

OP WEG NAAR EEN GEÏNTEGREERD MEDISCH SPECIALISTISCH BEDRIJF MANAGEMENTPARTICIPATIE VAN MEDISCH-SPECIALISTEN IN NEDERLAND

H. van Lindert, D. Delnoij, P.P. Groenewegen & S. Hofland

Hanneke van Lindert is als onderzoeker verbonden aan het Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg.

Diana Delnoij is projectleider huisarts-specialist-ziekenhuis van het Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg.

Peter Groenewegen is afdelingshoofd van het Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg en bijzonder hoogleraar sociale en ruimtelijke aspecten van gezondheid en gezondheidszorg aan de Universiteit Utrecht.

Sandra Hofland is studente sociologie aan de Universiteit Utrecht.



In dit artikel worden gegevens gepresenteerd uit een onderzoek dat het Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg (NIVEL) verrichtte onder de algemene ziekenhuizen in Nederland. Doel van dit onderzoek was het in kaart brengen van de huidige stand van zaken met betrekking tot ontwikkelingen naar een geïntegreerd medisch specialistisch bedrijf. In Nederland zijn veranderingen gaande gericht op de integratie van de traditioneel gescheiden circuits van medisch specialisten (werkzaam in vrij beroep) en ziekenhuisorganisatie. Hierbij speelt managementparticipatie van medisch specialisten een cruciale rol. In dit artikel worden deze ontwikkelingen in beeld gebracht. Gezien 80% van alle Nederlandse ziekenhuizen heeft meegewerkt aan het onderzoek, biedt deze inventarisatie een goed overzicht van de actuele situatie.

Inleiding

In Nederland is, in tegenstelling tot de meeste andere West-Europese landen (met uitzondering van België en Luxemburg), het merendeel van de medisch specialisten binnen de algemene ziekenhuizen niet in loondienst, maar werkzaam als vrije ondernemer in het ziekenhuis. Kenmerkend voor het Nederlandse ziekenhuiswezen is dan ook de duale structuur. Enerzijds is er het circuit van de medisch specialisten, verantwoordelijk voor het klinisch proces, grotendeels vrijgevestigd en horizontaal georganiseerd in maatschappen. Anderzijds is er het facilitaire circuit, verticaal georganiseerd, dat verantwoordelijk is voor het beschikbaar stellen van ruimten, middelen en ondersteunend personeel aan de medisch specialisten. Tengevolge van de gescheiden circuits zijn er ook gescheiden geldstromen. Zolang zowel de financiering van het ziekenhuis als het verrichtingensysteem van de medisch specialisten een open-eindkarakter kenden, was het conflict-potentieel tussen deze twee circuits laag (Groenewegen, 1999). Met de invoering van budgetfinanciering voor ziekenhuizen in 1983 ontstonden echter spanningen. De incentives van medisch specialisten, een hoge productie, conflicteerden met de incentives van het ziekenhuis de kosten te besparen. Afstemming tussen ziekenhuis en medisch specialisten werd dan ook een noodzaak. Het rapport van de commissie Biesheuvel, waarin aanbevelingen staan voor de modernisering van de curatieve zorg, hanteert als kernbegrip voor de onderlinge afstemming het 'geïntegreerd medisch specialistisch bedrijf'. Ziekenhuiszorg en medisch specialistische zorg moeten volgens de commissie worden geïntegreerd tot een organisatorische eenheid (Biesheuvel, 1994). De lokale initiatieven van ziekenhuis, medisch specialisten en zorgverzekeraars, die halverwege de jaren negentig ontstonden om de spanningen als gevolg van conflicterende incentives het hoofd te bieden,

zijn een stap op weg naar integratie. Er wordt gewerkt met een 'lumpsum', een van tevoren vastgesteld budget voor de specialistenhonoraria. Daarnaast is onlangs de wet integratie medisch-specialistische zorg aangenomen waarin de totstandkoming van een geïntegreerd medisch specialistisch bedrijf wettelijk is verankerd (Stb. 1999, 16, 14-12-1998). Deze wet heeft betrekking op het integreren van de aanspraken van medisch specialistische zorg. Na de invoering van de wet zal er een geïntegreerd declaratieverkeer ontstaan. Het ziekenhuis zal bij het ziekenfonds de rekening indienen voor alle gemaakte kosten.

Het integratieproces binnen de Nederlandse ziekenhuiszorg is, zo blijkt uit het bovenstaande, in volle gang. Een geïntegreerd medisch specialistisch bedrijf impliceert echter niet alleen financiële integratie, maar leidt ook tot een nieuwe besturingsfilosofie. Het ziekenhuismanagement zal gezamenlijk met de medisch specialisten het beheer moeten gaan voeren over het ziekenhuis. Dit houdt een interne reorganisatie van de ziekenhuizen in, waarbij managementparticipatie van medisch specialisten centraal staat (Le Grand-van den Bogaard, 1997).

De klassieke scheiding van taken, waarbij de directie van het ziekenhuis zich bezighoudt met het management en de medisch specialist met medische zorg, is aan het vervagen. Medisch specialisten zullen meer betrokken worden bij de sturing van een ziekenhuis. Gezien het feit dat de medisch-specialistische zorg de kernactiviteit van een ziekenhuis is, is deze ontwikkeling niet verwonderlijk. Het maakt het medische beleid tot speerpunt van het ziekenhuisbeleid (Vleugels, 1991).

In dit artikel zal de huidige stand van zaken binnen de algemene ziekenhuiszorg in Nederland, met betrekking tot managementparticipatie van medisch specialisten, in kaart gebracht worden. Tevens zullen factoren ach-

naar integratie. Er wordt 'lumpsum', een van tevoren vastgesteld bedrag voor de specialistenhonoraria, volgens de wet integratie van de zorg aangenomen. De koming van een geïntegreerd medisch specialistisch bedrijf wettelijk (1999, 16, 14-12-1998), de afstemming op het integreren van medisch specialistische zorgverlening van de wet zal er voor zorgen dat er geen overbodige kosten ontstaan bij het ziekenfonds de voor alle gemaakte kosten.

binnen de Nederlandse gezondheidszorg blijkt uit het bovenstaande dat een geïntegreerd medisch bedrijf implicite economische integratie, maar leidt tot een bestuursfilosofie. Het zal gezamenlijk met de ziekenhuizen het beheer moeten voeren. Dit houdt implicite integratie van de ziekenhuizen met de ziekenhuizen gemeenschappelijke participatie van de ziekenhuizen centraal staat (Leard, 1997).

ing van taken, waarbij de ziekenhuizen zich bezighouden met de medisch specialistische zorg, is aan het vervagen. De ziekenhuizen zullen meer betrokken worden bij de zorg van een ziekenhuis. De medisch-specialistische zorg van een ziekenhuis is niet verwonderlijk. Het beleid tot speerpunt van (Vleugels, 1991).

nu huidige stand van zaken in de ziekenhuiszorg in verband met de afstemming tot management van medisch specialisten, in kaart brengen van de factoren ach-

terhaald worden die een stimulerende dan wel een belemmerende invloed hebben op het totstandkomen van managementparticipatie van medisch specialisten.

Alvorens de methode en de resultaten uit het onderzoek te presenteren zal eerst het begrip geïntegreerd medisch specialistisch bedrijf nader worden ingevuld. Hiertoe is een historisch kader onontbeerlijk. We gaan derhalve kort in op de financiële en organisatorische achtergrond van de ontwikkelingen naar een geïntegreerd medisch specialistisch bedrijf. Van daaruit komen we tot een definitie van kenmerken van, en voorwaarden voor, een geïntegreerd medisch specialistisch bedrijf.

Financiële achtergrond

Binnen de Nederlandse gezondheidszorg werkten lange tijd twee tegenstrijdige prikkels op elkaar in. Enerzijds was er op microniveau de prikkel van medisch specialisten tot een toename van het aantal verrichtingen. Medisch specialisten werkten binnen de algemene ziekenhuizen grotendeels als vrije beroepsbeoefenaren en werden betaald per verrichting. Een toename van het aantal verrichtingen had dus een stijging van het inkomen tot gevolg. Anderzijds was er het streven van de overheid op macroniveau de kosten zoveel mogelijk te beperken.

Met de invoering van de budgettering van de algemene ziekenhuizen in 1983 (De Folter, 1997, 92) ontstonden spanningen tussen de incentives van het ziekenhuis, het aantal ziekenhuisopnames laag te houden en de incentives van de medisch specialisten naar een hoog aantal verrichtingen. In 1989 sloten ziekenhuizen, medisch specialisten en zorgverzekeraars het zogenaamde vijf-partijenakkoord af. Doel van dit akkoord was het bevorderen van de doelmatigheid van medisch-specialistische hulp (Nienoord-Buré, 1996, Lieverdink, 1999). De macrokosten van de medisch-specialistische hulp

werden bevroren. Eventuele overschrijdingen van het budget werden gecompenseerd met tariefverlagingen in het volgend jaar (Scholten, 1997). Deze manier van aanpak versterkte echter de prikkel tot productiestijging, omdat een daling van het inkomen tengevolge van de tariefskorting kon worden gecompenseerd door een toename van het aantal verrichtingen (Delnoij, 1994). De spanning binnen de gezondheidszorg werd derhalve alleen maar groter. Op lokaal en regionaal niveau ontstonden er begin jaren negentig dan ook initiatieven van verzekeraars, medisch specialisten en ziekenhuis om de impasse in de gezondheidszorg te doorbreken. Er werd gewerkt met een 'lumpsum'. In dit systeem biedt de zorgverzekeraar de medisch specialisten op basis van de omzet van de maatschap in een bepaald jaar, een budget, dat jaarlijks wordt herzien. Daardoor is er niet langer een directe koppeling tussen het aantal verrichtingen en het inkomen van medisch specialisten. De medisch specialisten verwerven op deze manier meer zekerheid over hun inkomen (Ankoné, 1996, 211). Bovendien zijn de productieparameters voor de budgetmutaties voor specialistische zorg meer gelijk aan die van het ziekenhuis. Het tripartiete overleg van de lokale initiatieven om te komen tot doelmatigheid en kwaliteit werd door de overheid ondersteund en gestimuleerd. Minister Borst van Volksgezondheid riep in 1995 alle partijen op het voorbeeld van de lokale initiatieven te volgen en te komen tot raamovereenkomsten. Tijdig afgesloten contracten zouden worden beloofd met een vrijwaring van tariefkortingen. Anno 1999 doen op twee na alle algemene ziekenhuizen mee (Scheerder, 1999, 244). Voor alle betrokken partijen is een winst situatie gecreëerd. Medisch specialisten zijn gevrijwaard van verdere kortingen, voor de ziekenhuizen betekent de lumpsumfinanciering van medisch specialisten dat het ziekenhuisbudget beter beheerst kan worden. Er bestaat voor de medisch specialisten namelijk

geen direct financieel belang meer bij een hogere productie. Ook voor de verzekeraars worden daardoor de kosten van specialistische zorg beter voorspelbaar (Scheerder, 1999, Le Grand-van den Bogaard, 1997, Nienoord-Buré, 1996).

Organisatorische achtergrond

De klassieke organisatiestructuur van de ziekenhuizen wordt gekenmerkt door een dienstenstructuur. De ziekenhuisorganisatie is gebaseerd op een indeling rondom bepaalde beroepsgroepen die werkzaam zijn binnen het ziekenhuis: medische dienst, verplegingsdienst, paramedische dienst, technische dienst etc. De toewijzing van de middelen vindt plaats via deze dienstenindeling (Van Montfort, 1996, 94). De medische dienst neemt in deze een bijzondere positie in. Kenmerkend voor de positie van de medisch specialist is enerzijds de professionele autonomie (Van Oorschot, 1995) en anderzijds het feit dat de medisch specialisten in tegenstelling tot de andere beroepsgroepen binnen het ziekenhuis grotendeels werkzaam zijn in vrij beroep. Dit betekent dat zij niet in een gezagsrelatie staan met het ziekenhuis. Het ziekenhuis (hiërarchisch opgebouwd) heeft voor de medisch specialist een facilitaire functie: het ter beschikking stellen van ruimte, personeel en middelen. Specialisten werken meestal in de vorm van maatschappen (horizontaal) binnen het eigen specialisme (Kapteyn, 1995, Moen, Abma, 1992). Kenmerkend voor de maatschap is de gezamenlijke inbreng van de maten. Alle inkomsten van de individuele maten vallen in de maatschap en worden op basis van de geleverde inspanning onder de maten verdeeld. In het maatschapscontract zijn met name financiële zaken geregeld. Met betrekking tot managementparticipatie is veelal niets geregeld in het maatschapscontract. Wanneer een van de maten managementtaken op zich neemt, bijvoorbeeld het stafvoorzitterschap, vallen de

daaruit verkregen inkomsten in de maatschap. De extra tijd die het uitoefenen van managementtaken van een maat met zich meebrengt, wordt opgevangen door de overige maten. Dit betekent dat met name binnen kleine maatschappen weinig ruimte bestaat voor het uitoefenen van managementfuncties. Besluitvorming binnen de maatschappen vindt plaats op basis van consensus. De grootte van de maatschap varieert van 2 tot 15 medisch specialisten (Hofland, 1999). Om de financiële positie van de vrije beroepsbeoefenaren in overleg met derden te versterken zijn in sommige ziekenhuizen grotere samenwerkingsverbanden dan de maatschap ontstaan. De meest gangbare vorm is de coöperatieve vereniging, een democratische organisatievorm met rechtspersoonlijkheid. Daarnaast bestaat er de stafmaatschap, dit is een samengaan van de verschillende specialisten in een grote maatschap.

Slechts een klein deel van de medisch specialisten werkt in dienstverband en staat daarmee in een hiërarchische relatie tot het ziekenhuis. In de praktijk liggen de verschillen tussen medisch specialisten in vrij beroep en in dienstverband echter niet zo zeer op het gebied van de autonomie maar op een verschillende wijze van inkomstenvergarig en tijdsbesteding (Van der Velden e.a., 1997). De invloed van de hiërarchische relatie van de dienstverbanders met het ziekenhuis komt door het geringe aantal dienstverbanders in de algemene ziekenhuizen feitelijk niet of nauwelijks tot gelding. De medisch specialisten in dienstverband profiteren als het ware van de grotere autonomie van de vrije beroepsbeoefenaren.

Het professionele handelen van de medisch specialisten wordt in belangrijke mate bepaald door normen en waarden die gelden binnen de professionele groep en minder door organisatorische kaderstellingen en voorschriften vanuit de ziekenhuizen (Van

en inkomsten in de maat-
tijd die het uitoefenen van
en van een maat met zich
dt opgevangen door de over-
etekent dat met name binnen
ppen weinig ruimte bestaat
enen van managementfunc-
ning binnen de maatschap-
s op basis van consensus. De
maatschap varieert van 2 tot
pecialisten (Hofland, 1999).
le positie van de vrije beroeps-
overleg met derden te verster-
mmige ziekenhuizen grotere
verbanden dan de maatschap
leest gangbare vorm is de
eniging, een democratische
i met rechtspersoonlijkheid
iat er de stafmaatschap, dit is
van de verschillende specia-
rote maatschap.

n deel van de medisch specia-
dienstverband en staat daar-
rarchische relatie tot het zie-
praktijk liggen de verschillen
specialisten in vrij beroep en
id echter niet zo zeer op het
autonomie maar op een ver-
e van inkomstevergaring en
(Van der Velden e.a., 1997).
i de hiërarchische relatie van
iders met het ziekenhuis komt
ge aantal dienstverbanders in
ziekenhuizen feitelijk niet of
gelding. De medisch specia-
rband profiteren als het ware
re autonomie van de vrije
aren.

ele handelen van de medisch
wordt in belangrijke mate
vormen en waarden die gelden
ofessionele groep en minder
utorische kaderstellingen en
vanuit de ziekenhuizen (Van

Oorschot, 1995). De dominantie van de des-
kundigheidsmacht maakt het ziekenhuis
moeilijk bestuurbaar (Moen, 1997). De
bestuurbaarheid van het ziekenhuis wordt
tevens bemoeilijkt door de gebrekkige
afstemming tussen de diensten. De diensten-
indeling benadrukt meer de verschillende
belangen dan de gezamenlijke taak. Knelpunten die ervaren worden binnen de zie-
kenhuizen liggen dan ook op het terrein van
gebrekkige communicatie en onduidelijke
besluitvorming (Versluis, 1993, 22).

Deze besturingsproblemen gekoppeld aan de
boven beschreven veranderde wijze van
financiering leiden tot veranderingsprocessen
binnen de ziekenhuiszorg: de duale organisa-
tiestructuur van het ziekenhuis evolueert naar
een meer geïntegreerde.

Een geïntegreerd medisch specialistisch bedrijf

Theoretisch zijn er drie manieren om de
besturingsproblematiek tussen ziekenhuis en
specialist te benaderen (Moen, 1997, 872).
De eerste manier is het ondergeschikt maken
van de facilitaire ziekenhuisorganisatie aan de
daar werkzame medisch specialisten. De
medisch specialisten zijn deel-eigenaar van
het ziekenhuis (privé-kliniek). De tweede
(wereldwijd meest voorkomende) manier is
dat de medisch specialisten in dienst van het
ziekenhuis komen en daardoor ondergeschikt
worden aan het ziekenhuismanagement. Hier
blijft overigens het probleem van de moeilij-
ke bestuurbaarheid van de professionals
bestaan. De laatste manier is wat Moen en De
Roo aanduiden met de term 'co-makership'.
De autonomie van één van de betrokken par-
tijten wordt niet geëlimineerd maar als uit-
gangspunt genomen. De medische staf en het
ziekenhuismanagement ontwikkelen een
gemeenschappelijke visie op hun wederzijdse
afhankelijkheden, met behoud van de eigen
zelfstandige positie. Het is deze derde variant
die wij, aangeduid met de term 'geïntegreerd

medisch specialistisch bedrijf', nader uitwer-
ken.

Om als een geïntegreerd medisch specia-
listisch bedrijf op te treden, zowel met betrek-
king tot de patiëntenzorg als naar derden toe,
zal op alle niveaus, strategisch, tactisch en
operationeel, meer samenwerking moeten
plaatsvinden tussen medisch specialisten en
ziekenhuis. Medisch specialisten zullen actief
moeten gaan deelnemen aan het ziekenhuis-
management.

Managementparticipatie van specialisten kan
op verschillende manieren plaatsvinden:

- * zwaarwegend advies- of instemmingsrecht van het stafbestuur in overleg met directie/Raad van Bestuur;
- * participatie van medisch specialisten in het lijnmanagement;
- * deelname van de stafvoorzitter in de directie/Raad van Bestuur.

Deze drie vormen van managementparticipa-
tie zijn gekoppeld aan een aantal voorwaar-
den. Deze liggen zowel op het vlak van de
organisatiestructuur van het ziekenhuis als op
het gebied van de regelingen van de medische
staf. Lijnmanagement op tactisch en opera-
tioneel niveau veronderstelt een decentralisa-
tie van bevoegdheden. Door een kanteling
van de ziekenhuisorganisatie van een dien-
stenstructuur naar een patiëntgeoriënteerd
model, waar de zorgprocessen het uitgangs-
punt vormen voor de organisatiestructuur,
kan op decentraal niveau managementparti-
cipatie van medisch specialisten plaatsvinden
(De Folter, 1997, 96). Er zijn drie gekantel-
de organisatievormen te onderscheiden:

- * scheiding in werkeenheden rondom klini-
sche en ambulante zorg;
- * werkeenheden waarbinnen diverse specia-
listen zijn geclusterd, ook wel divisies
genoemd, bijvoorbeeld de snijdende,
beschouwende en ondersteunende specia-
listen;
- * werkeenheden rondom een specialisme.

Een cluster of divisie is een rond een groep van specialismen gegroepeerd deel van het ziekenhuis met eigen bevoegdheden op het gebied van budgetverantwoordelijkheden en personeelsbeleid (Huurman, 1997). Een cluster kan gezamenlijk geleid worden door een medisch specialist en een organisatorisch manager. Medisch specialisten krijgen op deze manier een rol op tactisch niveau in de organisatie. Ook op het niveau van de werkeenheden (operationeel niveau) kunnen medisch specialisten in dual management (gezamenlijk met een organisatorisch manager) leiding geven.

Advies- of instemmingsrecht van het stafbestuur in overleg met de directie/Raad van Bestuur en zitting van de stafvoorzitter in de directie/Raad van Bestuur (strategisch niveau) kan pas als managementparticipatie van medisch specialisten opgevat worden als er sprake is van deelname *namens* de medische staf. Dit betekent dat het stafbestuur vertegenwoordigingsbevoegd moet zijn. Een slagvaardig optreden van het stafbestuur wordt bevorderd wanneer de vertegenwoordigingsbevoegdheid collectief geregeld is. Het oprichten van een formele vereniging kan gezien worden als een mogelijkheid om de

vertegenwoordigingsbevoegdheid collectief te regelen. Als rechtspersoon is een formele vereniging rechts- en handelingsbevoegd en kan dus onder andere overeenkomsten sluiten, die bindend zijn voor de individuele leden. In de statuten moet worden vastgelegd hoe geldige beslissingen genomen worden. Aangezien geldig genomen besluiten van de algemene ledenvergadering bindend zijn voor alle leden kan er eenheid van beleid komen. Maar natuurlijk kan de vertegenwoordigingsbevoegdheid van het stafbestuur ook op basis van een individuele volmacht geregeld worden.

In schema 1 worden, gezien het thema van ons onderzoek, de verschillen tussen een geïntegreerd medisch specialistisch bedrijf en de klassieke ziekenhuisorganisatie belicht vanuit de veranderde positie van de medisch specialist. Voor verdergaande veranderingen in het organogram van het geïntegreerde ziekenhuis dat is georganiseerd rondom zorgprocessen verwijzen wij naar Vleugels (1998).

Methodie

Het inventariserend onderzoek dat is uitgevoerd naar de integratie van medisch specia-

Schema 1. Verschillen tussen de klassieke ziekenhuisorganisatie en het geïntegreerd medisch specialistisch bedrijf

klassieke organisatiestructuur	geïntegreerd medisch specialistisch bedrijf
<p>overleg stafbestuur directie/Raad van Bestuur heeft klankbordfunctie</p> <ul style="list-style-type: none"> * stafbestuur niet vertegenwoordigingsbevoegd * vertegenwoordigingsbevoegdheid stafbestuur niet collectief geregeld 	<p>overleg stafbestuur directie/Raad van Bestuur heeft dringend advies- of instemmingsfunctie</p> <ul style="list-style-type: none"> * stafbestuur vertegenwoordigingsbevoegd * vertegenwoordigingsbevoegdheid stafbestuur collectief geregeld
<p>geen specialisten in lijnmanagement dienstestructuur</p>	<p>specialisten in lijnmanagement patiëntgeoriënteerd model:</p> <ul style="list-style-type: none"> * werkeenheden rondom klinische en rondom ambulante zorg * werkeenheden rondom een specialisme * clusters (divisies, sectoren) rondom diverse specialismen
<p>stafvoorzitter geen lid directie/Raad van Bestuur</p>	<p>stafvoorzitter lid van Raad van Bestuur</p>

voegdheid collectief te worden is een formele verleningsbevoegdheid en kan overeenkomsten sluiten, de individuele leden worden vastgelegd hoe nomen worden. Aan besluiten van de algemeen bindend zijn voor alle leden beleid komen. Maar vertegenwoordigingsbestuur ook op basis van macht geregeld worden.

gezien het thema van verschillen tussen een specialistisch bedrijf en een organisatie belicht de positie van de medisch gaande veranderingen het geïntegreerde ziektiseerd rondom zorgnaar Vleugels (1998).

onderzoek dat is uitgevoerd van medisch specialistisch bedrijf

medisch specialistisch bedrijf

specialistisch bedrijf

Directie/Raad van Bestuur
Bestemmingsfunctie
Vertegenwoordigingsbevoegd
Bevoegdheid stafbestuur

Bestuur

Medische en rondom

en specialisme
1) rondom diverse

van Bestuur

lijsten en ziekenhuis is tweeledig. Enerzijds heeft op basis van een telefonische enquête kwantitatief onderzoek plaatsgevonden, anderzijds is er met behulp van een meervoudige gevalstudie kwalitatief onderzoek verricht. Het kwantitatieve onderzoek (de telefonische enquête) dient om het materiaal uit de daaropvolgende meervoudige gevalstudie (interviews) beter te kunnen plaatsen, de meervoudige gevalstudie dient omgekeerd om de complexiteit van het interne organisatieonderzoek beter in beeld te brengen (Yin, 1990, Hutjes, 1992).

De telefonische enquête heeft in augustus/september 1998 plaatsgevonden onder de voorzitters van de medische staven van alle algemene ziekenhuizen in Nederland. In de vorm van met name gesloten vragen zijn de stafvoorzitters ondervraagd over de relatie ziekenhuis-medisch specialist en medisch specialisten onderling. Centraal stond de aanwezigheid van managementparticipatie.

Van de 100 stafvoorzitters hebben 80 de vragen beantwoord. Genoemde redenen voor non-respons zijn tijdgebrek en enquête-moeite.

Aan de hand van interviews met medisch specialisten en leden van de directie/Raad van Bestuur in acht algemene ziekenhuizen zijn stimulerende en belemmerende factoren achterhaald die van invloed zijn op het totstandkomen van managementparticipatie. De selectie van deze acht ziekenhuizen heeft plaats gevonden op basis van de gegevens uit de telefonische enquête. In elk van de geselecteerde ziekenhuizen zijn in de periode december 1998/januari 1999, gesprekken gevoerd met de stafvoorzitter, een medisch specialist in vrij beroep, een medisch specialist in dienstverband en een lid van de directie/Raad van Bestuur. De keuze voor de acht ziekenhuizen is gebaseerd op een zo gespreid mogelijke aanwezigheid van verschillende kenmerken. De algemene ziekenhuizen zijn op basis van de gegevens uit de enquête inge-

deeld in vier groepen: de aanwezigheid van een dienstenstructuur dan wel een patiëntgeoriënteerd model en de aanwezigheid van een juridische vorm van de medische staf dan wel een informele vereniging. Uit elk van deze groepen zijn uiteindelijk twee ziekenhuizen geselecteerd. Hierbij stond niet de representativiteit centraal, maar het verkrijgen van een zo breed mogelijk beeld van de situatie binnen de algemene ziekenhuizen. Er is derhalve gelet op een relatief evenredige verdeling van het al dan niet voorkomen van de volgende indicatoren: de vertegenwoordigingsbevoegdheid van de medische staf, collectieve regelingen betreffende de vertegenwoordigingsbevoegdheid van de medische staf, specialisten als lijnmanagers, aparte organisatievormen van specialisten in vrij beroep en lidmaatschap van de stafvoorzitter van de directie/Raad van Bestuur. Tevens werd de grootte en de geografische spreiding van de ziekenhuizen in het oog gehouden.

Voor de uiteindelijke selectie van de gesprekspartners binnen de ziekenhuizen zijn de stafvoorzitters aangesproken om hun medewerking te verlenen. De stafvoorzitter is gevraagd een lid van de directie/Raad van Bestuur en twee leden van de medische staf te selecteren (waarvan één staflid in dienstverband en één in vrij beroep). Het gegeven dat de stafvoorzitters de keuze hebben gemaakt voor de andere gesprekspartners kan een vertekend beeld opleveren.

In het totaal zijn er 32 gesprekken gevoerd. De verslagen van de gesprekken zijn door de desbetreffende respondenten geautoriseerd. De respondenten zijn gekoppeld aan een bepaald nummer, verwijzingen naar de interviews in dit artikel vinden plaats op basis van deze nummering.

ONDERZOEKSRESULTATEN

Voor een beter begrip van managementparticipatie van medisch specialisten presenteren wij voorafgaand aan deze specifieke gegevens,

eerst wat algemene informatie over de relatie specialist-ziekenhuis en de relatie specialisten onderling.

Relatie ziekenhuis-specialist

Stand van zaken

Uit de gegevens van de telefonische enquête blijkt dat de Nederlandse ziekenhuiszorg volop in beweging is. Inmiddels kent 61% van de ziekenhuizen een gekantelde ziekenhuisstructuur rondom zorgprocessen. 39% van de algemene ziekenhuizen heeft dus nog een dienstenstructuur. Van de ziekenhuizen die een gekantelde structuur kennen, heeft 33% gekozen voor een indeling op basis van een scheiding tussen ambulante en klinische, 47% voor een indeling op basis van clusters en 20% op basis van werkeenheden rondom een specialisme.

In tabel 1 wordt de organisatiestructuur gerelateerd aan de grootte van het ziekenhuis. In de grotere ziekenhuizen (> 450 bedden) is 60% georganiseerd op basis van werkeenheden

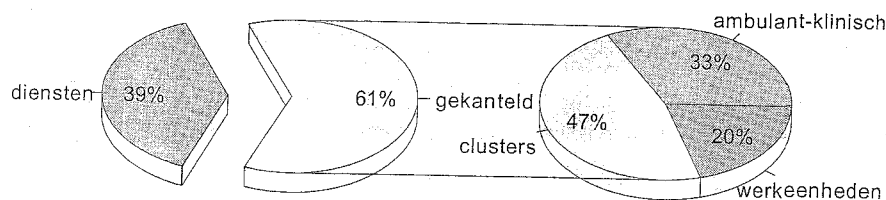
den rondom een specialisme of op basis van clusters, slechts 23% is georganiseerd rondom diensten. In de kleinere ziekenhuizen (< 450 bedden) is 48% nog rondom diensten georganiseerd.

Bevorderend/belemmerende factoren

Uit de interviews blijkt dat over het algemeen gesproken de keuze voor de organisatiestructuur, respectievelijk de oorzaak van de kanteling niet beïnvloed is door het rapport van de commissie Biesheuvel, waarin de totstandkoming van een geïntegreerd medisch specialistisch bedrijf bepleit werd (Biesheuvel, 1994). Al heeft „... de commissie wel gezorgd voor de nodige onrust in het veld, waardoor reorganisaties zijn doorgevoerd om de onrust te beteugelen” (II.2). De lokale initiatieven zijn als het ware geïncorporeerd in datgene waar het ziekenhuis al mee bezig was (VII.1).

Niet alleen de organisatiestructuur maar ook de persoonlijke verhouding tussen medisch specialisten en ziekenhuismanagement en de invloed van de lumpsum financiering worden

Figuur 1. Organisatiestructuur ziekenhuizen (n = 80)



Tabel 1. Grootte ziekenhuis in aantal bedden en organisatiestructuur (n=80)

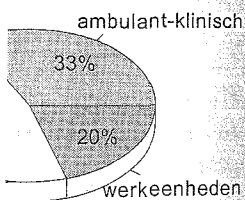
	< 350 bedden	350-450 bedden	450-600 bedden	> 600 bedden	Totaal
dienstenstructuur	16	8	5	2	31
klinisch-ambulant	9	2	5	0	16
werkeenheden	1	4	2	3	10
clusters	8	2	5	8	23
Totaal	34	16	17	13	80

specialisme of op basis van 3% is georganiseerd rond de kleinere ziekenhuizen 48% nog rondom diensten

Belemmerende factoren

blijkt dat over het algemeen de oorzaak van de kanteling is door het rapport van de Biesheuvel, waarin de totstandkoming van medisch specialisme werd (Biesheuvel, 1994). De lokale initiatieven zijn gecorporeerd in datgene waar mee bezig was (VII.1).

organisatiestructuur maar ook de verhouding tussen medisch ziekenhuismanagement en de lumpsum financiering worden



600 bedden	Totaal
2	31
0	16
3	10
8	23
13	80

als bepalend gezien voor de relatie ziekenhuis-specialist.

Als basis voor een goede relatie tussen medisch specialisten en ziekenhuis worden genoemd: een open houding, vertrouwen en geen dubbele agenda's (IV.1, III.2, V.2). Ook het vele onderhandelen over de kanteling van de organisatie heeft geresulteerd in een toenadering tussen directie en medische staf (I.3). De geluiden betreffende de relatie ziekenhuis-medische staf zijn niet uitsluitend positief. Er wordt gesproken over het 'probleemkarakter' van het vele overleg, het 'niet-inspirerende verloop van het contact' (II.4) en de negatieve invloed van de lumpsum financiering en de honoreringsafspraken op de relatie ziekenhuis medisch specialist. Hiermee is „...de spirit voor een groot deel uit het ziekenhuis gehaald. Of er nu wel of niet harder gewerkt wordt, het geld blijft hetzelfde.... Dit veroorzaakt een houding van niet bewegen. Want zodra er bewogen wordt, is er de kans dat de overeenkomst straks wordt opgeblazen en er eventueel teruggegaan wordt naar het oude systeem, dan wordt als het ware in de eigen staart gebeten. De groei is hiermee uit het ziekenhuis gehaald” (V.1). De ziekenhuizen waar de specialisten meer bevoegdheden gekregen hebben en waar de directie open staat voor de 'noden van de medische staf' karakteriseren de relatie positiever dan die ziekenhuizen waar dit niet het geval is (II.2, III.3). Of zoals een respondent het noemt: „Als voornaamste basis voor vertrouwen tussen ziekenhuis en specialist.... (geldt) openheid. Daarnaast waarborgt nevenschikking een goede discussie tussen beide partijen” (VI.2).

Relatie specialisten onderling

Stand van zaken

Binnen de algemene ziekenhuizen werkt 74% van de specialisten in vrij beroep. In 41% van de onderzochte ziekenhuizen zijn

de vrije beroepsbeoefenaren, naast de gebruikelijke maatschapsvorm, apart georganiseerd. In driekwart van deze ziekenhuizen is gekozen voor de coöperatieve vereniging, in 10% voor de stafmaatschap.

Bevorderende/belemmerende factoren

De invloed van de hiërarchische relatie van de dienstverbanders met het ziekenhuis wordt door de geïnterviewden niet of nauwelijks ervaren. De autonomie van vrije beroepsbeoefenaar komt als het ware ook de autonomie van de dienstverbanders ten goede (VIII.4).

Uit de gesprekken blijkt dat alle respondenten de verhouding tussen de dienstverbanders en vrije beroepsbeoefenaren als goed kwalificeren. Terwijl meerdere respondenten die in dienstverband werkzaam zijn, aangeven het als positief te ervaren dat de meerderheid in vrij beroep werkzaam is (vanwege de sterke autonomie-norm die daardoor binnen de ziekenhuiscultuur heerst), geeft een respondent aan dat dienstverbanders vanwege hun beperkt aantal een tamelijk geïsoleerde positie innemen (III.4). De vrije beroepsbeoefenaren zijn over het algemeen voorstander van het vrij beroep en de dienstverbanders voorstander van het dienstverband. Voordelen van vrij beroep zijn de hogere inkomsten, de prikkel tot een hoge productie en de waarborg van de autonomie. Genoemde voordelen van het dienstverband zijn het zich 'vrij voelen', minder administratieve rompslomp en goede dienst- en pensioenregelingen (I.2, II.4, III.4).

Het merendeel van de geïnterviewde vrije beroepsbeoefenaren vindt aparte organisatievormen voor de medisch specialisten in vrij beroep noodzakelijk, aangezien er een gemeenschappelijk financieel belang is dat behartigd dient te worden. Enkele dienstverbanders zien in aparte organisatievormen van vrije beroepsbeoefenaren een gevaar voor

Tabel 2. Gebruik van collectieve regelingen met betrekking tot de vertegenwoordigingsbevoegdheid van het stafbestuur namens de medische staf (n=80)

Door de medische staf gebruikte collectieve regeling	aantal ziekenhuizen	
	n	%
geen	38	48
stafreglement	16	20
statuten van de vereniging	13	16
stafreglement en statuten vereniging	10	13
statuten coöperatieve vereniging	1	1
stafreglement en addendum	1	1
<i>1 missing value</i>		

tweedeling van medisch specialisten (IV.4). Dat de vrije beroepsbeoefenaren zich apart organiseren kan daarentegen ook ten goede komen aan de dienstverbanders. Stafvergaderingen gaan veelal over geld, zodat dienstverbanders soms minder naar vergaderingen komen. Door aparte organisatievormen voor vrije beroepsbeoefenaren kunnen zorginhoudelijke discussies in de algemene stafvergadering weer aangezwengeld worden (V.1). De specialisten in dienstverband zouden zich als tegenwicht ook kunnen organiseren.

MANAGEMENTPARTICIPATIE VAN SPECIALISTEN

Overleg stafbestuur met de directie/Raad van Bestuur

Stand van zaken

Alle geënquêteerde stafvoorzitters geven aan dat er binnen hun ziekenhuis overleg plaats vindt tussen het stafbestuur en de

directie/Raad van Bestuur. De frequentie van het overleg is in 33% van de ziekenhuizen wekelijks en in 39% van de ziekenhuizen tweewekelijks.

Het karakter van dit overleg is afhankelijk van twee aspecten: kan het stafbestuur in dit overleg beslissingen nemen *namens* de gehele achterban en heeft het stafbestuur in dit overleg advies- of instemmingsrecht. Voor het eerste aspect is het belangrijk te kijken naar de vertegenwoordigingsbevoegdheid en hoe deze geregeld is.

63% van de stafvoorzitters geeft aan vertegenwoordigingsbevoegd te zijn. 84% van de stafbesturen die vertegenwoordigingsbevoegd zijn, is dit op basis van een collectieve regeling. Van alle onderzochte ziekenhuizen geeft 53% aan gebruik te maken van collectieve regelingen. De meest genoemde regelingen zijn het stafreglement (n=27) en de statuten van de vereniging (n=23).

Tabel 3. Vertegenwoordigingsbevoegdheid van het stafbestuur en juridische vorm medische staf (n=80)

	medische staf als informele vereniging		medische staf als formele vereniging	
	n	%	n	%
stafbestuur vertegenwoordigingsbevoegd	25	48	25	89
stafbestuur niet vertegenwoordigingsbevoegd	27	52	3	11

woordigingsbevoegdheid van het

ziekenhuizen	%
48	
20	
16	
13	
1	
1	

Bestuur. De frequentie van 33% van de ziekenhuizen 39% van de ziekenhuizen

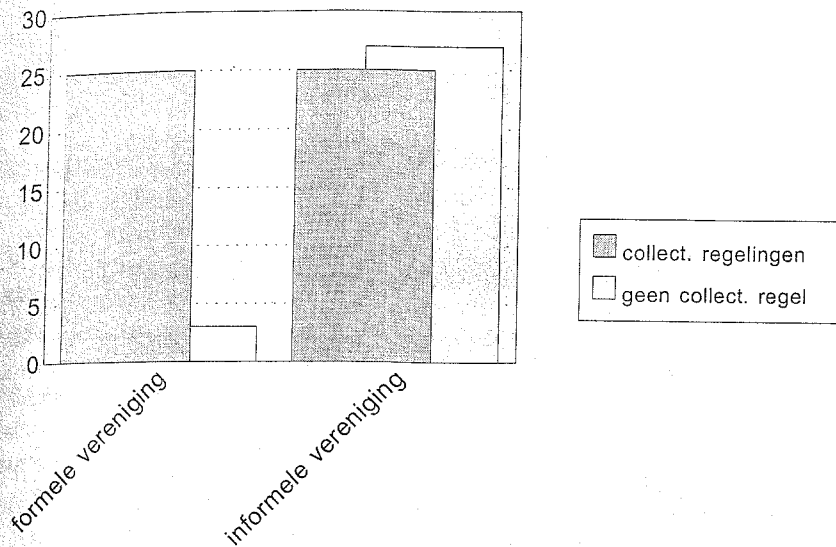
dit overleg is afhankelijk : kan het stafbestuur in dit en nemen namens de gehele : het stafbestuur in dit overstemmingsrecht. Voor het : belangrijk te kijken naar ligingsbevoegdheid en hoe

voorzitters geeft aan verte-voegd te zijn. 84% van de : vertegenwoordigingsbevoegd is van een collectieve rege- : erzochte ziekenhuizen geeft : te maken van collectieve : meest genoemde regelingen : ment (n=27) en de statuten : (n=23).

m medische staf (n=80)

che staf als formele vereniging	%
89	
11	

Figuur 2. Verschillen tussen formele en informele vereniging medische staf met betrekking tot de collectieve regelingen van vertegenwoordigingsbevoegdheid (n = 80)



In 35% van de onderzochte ziekenhuizen heeft de medische staf een formele verenigingsvorm.

In 89% van deze formele verenigingen is het stafbestuur vertegenwoordigingsbevoegd. Van de medische staven met een informele verenigingsstructuur is 48% vertegenwoordigingsbevoegd.

Het blijkt dat in vrijwel alle ziekenhuizen waar de medische staf een formele vereniging is, collectieve regelingen betreffende de vertegenwoordigingsbevoegdheid van de medische staf aanwezig zijn.

Onderwerpen waarover de vertegenwoordigingsbevoegdheid namens de medische staf geregeld is, worden weergegeven in tabel 4. De onderwerpen kunnen niet alleen afzonderlijk maar ook in combinatie met elkaar worden genoemd. Een combinatie van alle in tabel 4 genoemde onderwerpen gezamenlijk komt het meest voor (n=15).

Wanneer we de gegevens met betrekking tot het eerste aspect kort samenvatten, blijkt dat in 53% van de ziekenhuizen collectieve regelingen aanwezig zijn waarin de vertegenwoordigingsbevoegdheid is vastgelegd. In

Tabel 4. Onderwerpen waarover de vertegenwoordigingsbevoegdheid namens de medische staf geregeld is (n=42)

Onderwerpen waarover de vertegenwoordigingsbevoegdheid geregeld is	aantal ziekenhuizen
zorgverzekeraar	30
budgettering	22
productieafspraken	25
financiële afspraken	23
kwaliteitsbeleid	28
doelmatigheidsbeleid	27

34% van alle onderzochte ziekenhuizen wordt het stafreglement en in 29% de statuten van een vereniging genoemd.

Het tweede aspect dat wij als bepalend voor het karakter van het overleg tussen stafbestuur en directie/Raad van Bestuur beschouwen is of er sprake is van instemmings- of adviesrecht van het stafbestuur in dit overleg. Met andere woorden heeft de medische staf het recht om mee te beslissen op strategisch niveau of slechts om mee te denken. Op basis van de gegevens uit de telefonische enquête is dit niet te herleiden. In de interviews is hieraan wel aandacht besteed.

In de acht geselecteerde ziekenhuizen blijkt dat er in de meeste gevallen sprake is van een adviserende rol van de medische staf. De directie/Raad van Bestuur kan voorbij gaan aan het advies van de staf. Er wordt echter over het algemeen gestreefd naar een breed draagvlak. Ook al heeft het stafbestuur formeel geen instemmingsrecht in overleg met de directie/Raad van Bestuur, toch zal veelal gestreefd worden naar consensus.

„Een verstandige directie maakt ... niet voortdurend oorlog met de medische staf” (III.2). Slechts in één van de ziekenhuizen waar interviews zijn afgenomen is er formeel sprake van gezamenlijke bevoegd- en verantwoordelijkheid met betrekking tot beslissingen in het overleg. Wanneer er geen consensus bereikt wordt zal in dit ziekenhuis een speciale procedure in werking treden.

Bevorderend/belemmerende factoren

Een probleem dat optreedt wanneer medisch specialisten instemmingsrecht hebben inzake beslissingen van de directie/Raad van Bestuur, is het feit dat medisch specialisten in dienstverband hiermee in een dubbele positie komen. Een stafbestuurslid dat in dienstverband is, staat in een hiërarchische relatie

tot het ziekenhuis, door gelijktijdig op strategisch niveau het ziekenhuis te leiden wordt hij/zij zijn/haar eigen chef. Hierdoor ontstaat een gecompliceerde situatie. „Het beperkt de vrijheid om alles te zeggen wat men denkt” (VII.4).

Een respondent beschrijft het streven naar consensus tussen stafbestuur en directie als een papieren zaak, want „... het stafbestuur heeft onvoldoende instrumentarium om dit te doen. Bijvoorbeeld onvoldoende inzicht in het financiële reilen en zeilen van de organisatie (...) naast de competentie van de mensen die leiding geven aan managementprocessen is het van essentieel belang dat de participant over een instrumentarium beschikt om de bedrijfsprocessen in beeld te krijgen” (VII.4).

Medisch specialisten als lijnmanagers

Stand van zaken

Van de onderzochte ziekenhuizen kent 53% medische specialisten in het lijnmanagement. Van de overige ziekenhuizen heeft ruim de helft plannen hiertoe (n=15).

42% van de ziekenhuizen die zijn georganiseerd volgens het dienstenmodel kent medisch specialisten in het lijnmanagement. Voor ziekenhuizen die gekanteld zijn naar een patiëntgeoriënteerd model geldt dat 60% de functie medisch manager kent. 61% van de ziekenhuizen ingedeeld op basis van clusters en 100% van de ziekenhuizen die georganiseerd zijn rondom werkeenheden kennen medisch specialisten in het lijnmanagement. Niet alleen de aanwezigheid van medisch specialisten in het lijnmanagement verschilt naar gelang de organisatiestructuur van het ziekenhuis, ook het aantal medisch managers verschilt per organisatiestructuur. Ziekenhuizen met meer dan 6-10 managers komen slechts voor bij organisatiestructuren op basis van clusters en werkeenheden.

gelijktijdig op strahuis te leiden wordt af. Hierdoor ontstaat tie. „Het beperkt de ren wat men denkt”

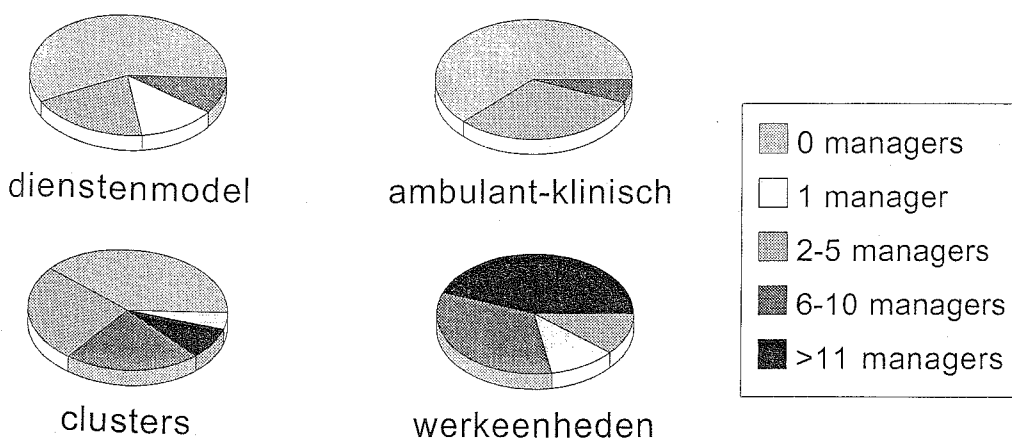
ijft het streven naar stuur en directie als „... het stafbestuur umentarium om dit voldoende inzicht in eilen van de organi- etentie van de men- an managementpro- tieel belang dat de instrumentarium rocessen in beeld te

Als lijnmanagers

senhuizen kent 53% het lijnmanagement. uizen heeft ruim de (=15).

en die zijn georgani- lienstenmodel kent het lijnmanagement. gekanteld zijn naar model geldt dat 60% rager kent. 61% van ld op basis van clus- ekenhuizen die geor- verkeenheden kennen het lijnmanagement. eheid van medisch spe- gement verschilt naar ructuur van het ziele- d medisch managers structuur. Ziekenhui- 10 managers komen tiestructuren op basis heden.

Figuur 3. Organisastructuur ziekenhuis en aantal medisch specialisten in lijnmanagement (n = 80)



77% van de ondervraagde stafvoorzitters heeft een positief oordeel over deelname van medisch specialisten in het lijnmanagement, slechts 6% vindt het niet zinvol.

Bevorderende/belemmerende factoren

Of er in een ziekenhuis lijnmanagers aanwezig zijn wordt door een respondent in het interview gekoppeld aan de grootte van het ziekenhuis. In kleinschalige ziekenhuizen zal bijvoorbeeld een clusterstructuur niet snel ontstaan (III.3). Een andere respondent koppelt de behoefte aan het uitvoeren van managementtaken door medisch specialisten aan de hoeveelheid beschikbare middelen: „Het ziekenhuis heeft de staf altijd erg gefaciliteerd. Veel dingen lopen erg goed, er zijn genoeg bedden, voldoende personeel, de specialisten zitten in allerlei investeringscommissies. Het voordeel van managementparticipatie wordt derhalve niet gezien. Het gaat goed zoals het loopt” (V.1).

Een probleem dat meerdere respondenten signaleren is het gebrek aan motivatie voor managementtaken. Als reden wordt aangegeven dat specialisten liever vakinhoudelijk bezig zijn. Een respondent koppelt deze wens aan de ervaring:

„De geringe belangstelling voor managementparticipatie is algemeen aanwezig onder jonge specialisten. Zij willen vakinhoudelijk bezig zijn, de belangstelling voor managementparticipatie zal wel komen door de jaren heen doordat men meer routine krijgt in het vak” (I.3).

Naast de ervaring wordt ook het maken van clusters met zorginhoudelijk gerelateerde specialismen genoemd om de betrokkenheid van specialisten voor managementfuncties te verhogen (II.2).

Als knelpunt bij het uitvoeren van lijnmanagementfuncties wordt gebrek aan scholing op dit gebied genoemd. Specialisten hebben bijscholing nodig om managementtaken goed te kunnen vervullen (VI.1). „De capaciteiten van de specialisten voor managementtaken wisselen nogal. Ze moeten vooral een bredere visie op de gezondheidszorg hebben en worden hier ook op geselecteerd” (IV.1).

Een van de leden van de Raad van Bestuur vindt managementparticipatie op tactisch niveau niet zinvol: „Betrokkenheid van specialisten bij het management is belangrijk, maar artsen kunnen.... geen leiding geven, zodat ze beter niet in de lijn kunnen worden opgenomen” (II.1).

Stafvoorzitter lid van de directie/Raad van Bestuur

Stand van zaken

In 14% van de ziekenhuizen is de stafvoorzitter lid van de directie/Raad van Bestuur. In twee ziekenhuizen bestaat het lidmaatschap sinds 1992, in twee ziekenhuizen sinds 1995, in één sinds 1996 en in de overige zes ziekenhuizen is het lidmaatschap van recente datum (variërend van 1997 tot 1998). Van de overige 69 ziekenhuizen waar de stafvoorzitter geen lid is van de directie/Raad van Bestuur hebben 13 ziekenhuizen (19%) plannen hiertoe.

48% van alle ondervraagde stafvoorzitters (n=80) acht het zinvol dat de stafvoorzitter lid is van de directie/Raad van Bestuur, 31% daarentegen vindt het niet zinvol.

Bevorderend/belemmerende factoren

Een aantal respondenten uit de interviews heeft weerstand om op de stoel van de directeur te gaan zitten, een respondent ziet het zelfs als een 'omkoopoging', „... de arts krijgt wel de verantwoordelijkheid maar geen bevoegdheid" (III.2).

CONCLUSIE EN NABESCHOUWING

Er bestaat binnen de Nederlandse algemene ziekenhuiszorg een zeer gevarieerd beeld met betrekking tot managementparticipatie van medisch specialisten. In bijna tweederde van de algemene ziekenhuizen heeft een reorganisatie plaats gevonden naar een patiëntgeoriënteerd model. Een medisch specialist als manager op operationeel en tactisch niveau binnen een ziekenhuis blijkt geen rareiteit meer te zijn. Opvallend is dat alle ziekenhuizen die georganiseerd zijn rondom werkeenheden van een specialisme, medisch specialisten in lijnmanagementfuncties kennen. Ook overleg tussen stafbestuur en directie/

Raad van Bestuur op strategisch niveau is niet onbekend. In alle onderzochte ziekenhuizen is er regelmatig overleg tussen het stafbestuur en de directie/Raad van Bestuur. Op basis van gegevens uit de telefonische enquête kan echter geen inzicht verkregen worden of het overleg een advies-/instemmingsfunctie heeft of een klankbordfunctie. Uit de gesprekken met de geïnterviewde ziekenhuisnetwerken blijkt dat instemmingsrecht nauwelijks voorkomt, er is meestal hooguit sprake van adviesrecht. Wel kunnen we aan de hand van regelingen met betrekking tot de vertegenwoordigingsbevoegdheid opmaken of het stafbestuur in dit overleg deelneemt *namens* de medische staf. Bijna tweederde van de stafvoorzitters geeft aan vertegenwoordigingsbevoegd te zijn. De vertegenwoordigingsbevoegdheid van het stafbestuur is in 29% van de onderzochte ziekenhuizen vastgelegd in de statuten van de vereniging. 40% van de ziekenhuizen noemt uitsluitend het stafreglement als collectieve regeling waar de vertegenwoordigingsbevoegdheid is vastgelegd. Wij vermoeden dat het in de ziekenhuizen die uitsluitend het stafreglement noemen, niet gaat om bevoegdheden van het stafbestuur om namens de staf vergaande beslissingen te nemen die afdwingbaar zijn voor de individuele specialist. Voor het regelen van zulke bevoegdheden is het oprichten van een formele vereniging een geëigende weg. Een zetel van de stafvoorzitter in de directie/Raad van Bestuur komt het minst van de drie vormen van managementparticipatie voor. Slechts 14% van de ziekenhuizen kent deze managementvorm voor medisch specialisten. Het blijkt ook dat de behoefte aan managementparticipatie in de vorm van deelname in de directie/Raad van Bestuur minder aanwezig is. Terwijl met betrekking tot lijnmanagement slechts 6% van de ondervraagde stafvoorzitters een negatief oordeel velt over de zin van deze managementvorm, heeft 31% onder hen bezwaren bij deelname in de directie/Raad van Bestuur.

gisch niveau is niet
 ochte ziekenhuizen
 ssen het stafbestuur
 Bestuur. Op basis
 nische enquête kan
 egen worden of het
 amingsfunctie heeft
 Uit de gesprekken
 iekenhuisnetwerken
 ht nauwelijks voor-
 uit sprake van ad-
 e aan de hand van
 ig tot de vertegen-
 opmaken of het
 ; deelneemt *namens*
 reederde van de staf-
 egenwoordigingsbe-
 egenwoordigingsbe-
 stuur is in 29% van
 izen vastgelegd in de
 ig. 40% van de zie-
 itend het stafregle-
 ling waar de verte-
 eid is vastgelegd.
 in de ziekenhuizen
 reglement noemen,
 den van het stafbe-
 vergaande beslissin-
 ngbaar zijn voor de
 oor het regelen van
 et oprichten van een
 eëigende weg.
 orzitter in de direc-
 nt het minst van de
 agementparticipatie
 e ziekenhuizen kent
 oor medisch specia-
 lat de behoefte aan
 in de vorm van
 /Raad van Bestuur
 wijl met betrekking
 its 6% van de onder-
 en negatief oordeel
 e managementvorm,
 zwaren bij deelname
 Bestuur.

Managementparticipatie van medisch specia-
 listen vereist een cultuurverandering binnen
 de ziekenhuiszorg. De traditionele, exclusief
 op de patiëntenzorg gerichte professionele
 cultuur zal zich moeten ontwikkelen tot een
 cultuur waarin zorginhoudelijke en bedrijfs-
 economische waarden in samenhang worden
 gebracht (Moen, 1997). Dit vereist dat
 medisch specialisten beleidsmatig en de
 managers van de ziekenhuisorganisatie kli-
 nisch geschoold worden (Sermeus, 1996,
 Shortell, 1996). Aangezien er in een profes-
 sionele organisatie niet alleen belangentegen-
 stellingen een rol spelen tussen de zieken-
 huisorganisatie en professionals, maar ook
 tussen de professionals onderling, heeft het
 management van een professionele organisa-
 tie een extra zware taak (Visser, 1996, 53).
 Het vereist specifieke vaardigheden van
 managers om met deze dubbele belangente-
 genstellingen om te gaan. Inherent aan een
 professionele organisatie blijft echter, dat hoe
 goed georganiseerd deze ook is, er een zeke-
 re mate aan onbestuurbaarheid blijft bestaan
 (Van Krimpen, 1997, 870).

De in ons onderzoek gesignaleerde knelpun-
 ten met betrekking tot managementparticipa-
 tie situeren zich zowel op het vlak van gebrek
 aan scholing aan de kant van de medisch spe-
 cialisten, als op het vlak van onvoldoende
 inzicht in het financiële beleid van de zieken-
 huisorganisatie. Om bedrijfsprocessen in
 beeld te krijgen dienen medisch specialisten
 over een instrumentarium te beschikken. Dit
 staat hen volgens de geïnterviewden veelal
 niet ter beschikking. Een positieve beoorde-
 ling van de relatie ziekenhuis-medisch specia-
 list blijkt daarentegen niet zozeer afhankelijk
 te zijn van de aanwezigheid van manage-
 mentparticipatie als wel van een open hou-
 ding en wederzijds vertrouwen. Beoordelin-
 gen aan de hand van wat Shortell (1996, 42)
 'resultaatcriteria' noemt (het aantal verrich-
 tingen, marktaandeel, kwaliteit van zorg)
 worden niet genoemd om de onderlinge rela-

tie te karakteriseren. Hierbij dient opgemerkt
 te worden dat het doel van ons onderzoek, het
 in kaart brengen van managementparticipatie
 van medisch specialisten, de vraag naar de
 beoordeling in de richting van procescriteria
 (beoordelingen op het gebied van communi-
 catie, probleemoplossend vermogen, mate en
 kwaliteit van managementparticipatie van
 medisch specialisten) beïnvloedde.

Of managementparticipatie van medisch spe-
 cialisten, met behoud van het vrij beroep, de
 oplossing zal zijn voor de besturingsproble-
 matiek waarmee men binnen de algemene
 ziekenhuizen te maken heeft kan in het kader
 van dit onderzoek niet beantwoord worden.
 Verder onderzoek zal moeten uitwijzen of een
 geïntegreerd medisch specialistisch bedrijf
 bijdraagt tot een doelmatige organisatie en
 zorg op maat. Duidelijk is dat ziekenhuis en
 medisch specialist zonder elkaar niet kunnen
 bestaan. Er zal dan ook gezamenlijk naar
 oplossingen gezocht moeten worden om de
 onderlinge afhankelijkheden organisatorisch
 vorm te geven. De waarborg van het vrij
 beroep vereist hierbij, gezien de discussies in
 het parlement over de wet integratie
 medisch-specialistische zorg (Stb. 1999 16,
 14-12-1998), juridische hoogstandjes (Han-
 delingen II, nr.24, Handelingen I, nr.15).
 Wil een medisch specialist door de fiscus en
 de sociale verzekeringen beschouwd worden
 als vrije ondernemer, dan moeten de werk-
 zaamheden geheel voor eigen risico en reke-
 ning zijn. De vraag of een gemeenschappelijk
 declaratierecht van ziekenhuis en medisch
 specialist het vrij beroep waarborgt, kwam
 gedurende de totstandkoming van de wet
 integratie medisch-specialistische zorg veel-
 vuldig aan de orde. De keuze tussen het vrij
 beroep en dienstverband zou door deze wet
 niet aangetast mogen worden. Gezien de niet
 ondubbelzinnige wetteksten sloten de Neder-
 landse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ),
 Zorgverzekeraars Nederland (ZN) en de
 Orde van Medisch Specialisten (OMS) naar

aanleiding van deze wet (toen nog wetsvoorstel) een Convenant (22-9-1997) waarin gemeenschappelijke uitgangspunten geformuleerd werden. Er werd een addendum opgesteld, waarin is vastgesteld dat de werkzaamheden van de medisch specialist geheel voor eigen risico en rekening zijn. Dit addendum is goedgekeurd door de staatssecretarissen van Financiën en SZW. Wanneer dit addendum wordt gehanteerd moet de belastingdienst de specialist beschouwen als iemand voor wie het vrije ondernemerschap geldt. Of dit addendum echter na de inwerkingtreding van de wet integratie medisch-specialistische zorg (vermoedelijk 1-7-1999) voldoende waarborgen biedt voor het vrij beroep moet nog blijken. Verder is nog onduidelijk aan welke juridische randvoorwaarden collectieven van medisch specialisten (zoals de coöperatieve vereniging en de vereniging medische staf) moeten voldoen, om de criteria te vervullen die de Nederlandse belastingdienst voor het vrij beroep heeft opgesteld. Ledenbindende besluiten

van medisch specialisten gericht op ondernemersbevoegdheden, tasten volgens de Nederlandse belastingdienst het vrije ondernemerschap aan, aangezien er niet langer voldaan wordt aan het zelfstandigheidsvereiste (Orde van Medisch Specialisten, 1999). Dit soort besluitvorming met behoud van het vrij beroep kan slechts plaatsvinden op basis van individuele volmachten. Niet alleen ledenbindende besluitvorming met betrekking tot financiële afspraken, ook kwaliteitsafspraken van de medische staf, die uitmonden in vergaande protocollering, kunnen een gevaar opleveren voor het vrij beroep. Hiermee ondergraaft de belastingdienst als het ware het beleid dat het ministerie van VWS de afgelopen jaren gevoerd heeft. De ingeslagen weg naar een geïntegreerd medisch specialistisch bedrijf en daarmee naar managementparticipatie van medisch specialisten blijkt grotere fiscale hobbels te hebben dan verwacht. Hoe de integratie zich dan ook verder zal ontwikkelen, zal verder onderzoek moeten uitwijzen. ■

Referenties

- Ankoné, A., „Rond de tafel over de lokale en regionale initiatieven”, *Medisch Contact*, 51, 1996, nr. 6, p. 211-214
- Biesheuvel, B.W., (voorz.) *Gedeelde zorg: betere zorg. Rapport van de Commissie Modernisering Curatieve Zorg*, Rijswijk/Den Haag, 1994
- Delnoij, D.J.M., *Physician payment systems and cost control*. Nivel, Utrecht, 1994
- Folter, R.J. de, *The services of medical specialists and hospitals*, in: Schrijvers, A.J.P. (ed.), *Health and health care in the Netherlands*, De Tijdstroom, Utrecht, 1997
- Groenewegen, P.P., *The relations between hospitals and independent physicians*, in voorbereiding
- Le Grand-van den Bogaard, M.J.M., D.K. Munsterman & R.L.W.M Spaay, *Het perspectief van de ziekenhuizen*, in: Elsinga, E., Kemenade, van Y.W., *Van revolutie naar evolutie. Tien jaar stelselwijziging in de Nederlandse gezondheidszorg*, De Tijdstroom, Utrecht, 1997, p. 52-77
- Hofland, S., *Veranderingen in de functie en structuur van maatschappen*, ongepubliceerde uitgave 1999
- Hutjes, J.M. & J.A. van Buuren, *De gevalstudie. Strategie van kwalitatief onderzoek*, Boom/open universiteit, Meppel, Amsterdam, Heerlen, 1992
- Huurman, J.G.J. & J.R. van de Kamp, „Managementparticipatie van medisch specialisten”, *Medisch Contact*, 52, 1997, nr. 27/28, p. 876-877
- Kapteyn, B., *Organisatietheorie voor non-profit*, Bohn Stafleu van Loghum, Houten/Diegem, 1986, achtste oplage 1995
- Krimpen, C. van & J. Moen, „Invoering van het geïntegreerd medisch specialistisch bedrijf”, *Medisch Contact*, 52, 1997, nr. 27/28, p. 868-870
- Lieverdink, H., *Collectieve besluiten, belangen en wetgeving. De totstandkoming van tarieven voor medisch specialisten in Nederland tussen 1986 en 1992*, Maastricht, 1999

gericht op ondernemen volgens de Nederlandse vrije ondernemer niet langer voldaan. De vereiste (Orde en, 1999). Dit soort houd van het vrij vinden op basis van. Niet alleen leden met betrekking tot kwaliteitsafspraken uitmonden in ver kunnen een gevaar rij beroep. Hiermee dienst als het ware nisterie van VWS de heeft. De ingeslagen erd medisch specialisee naar management- ch specialisten blijkt te hebben dan verie zich dan ook verder al verder onderzoek

- Moen, J. & T.A. Abma, *Het ziekenhuis als een transactienetwerk van maatschappen*, in: de Jong, P., Korsten, A.F.A., van der Made, J.H., *Ziekenhuizen: besluitvorming en management*, Van Gorcum, 1992, p. 18-27
- Moen, J. & A. de Roo, „Het samenspel tussen specialisten en ziekenhuis: co-makership”, *Medisch Contact*, 52, 1997, nr. 27/28, p. 871-873
- Montfort, A.P.W.P. van & E.E. Können, *Moderne ziekenhuismanagers: captains of hospital industry*, in: Visser, G.R. et al., *Ondernemend besturen. Ziekenhuismanagement van overmorgen*, van Gorcum, Assen, 1996
- Nienoord-Buré, C.D., P.M. van Rooij & L.G. van Avesaath, *Specialisten gebudgetteerd!? De effecten van lokale initiatieven geïnventariseerd*, NZi, Utrecht, 1996
- Orde van Medisch Specialisten, „Bijeenkomst over coöperaties en geïntegreerd declareren”, *Nieuws Orde van Medisch Specialisten*, 3, 1999, nr. 5, mei 1999, p. 2-4
- Oorschot, J.A. van, et al, *Professionele autonomie van de medisch specialist*, Van Gorcum, Assen, 1995
- Scheerder, R. & H. van Vliet, „De lumpsum en honorering van medisch specialisten”, *Medisch Contact*, 54, 1999, nr. 7, p 244-247
- Scholten, G.R.M., A.J.M. Roex & J.W. Sindram, „De verandering van het honoreringssysteem voor medisch specialisten. Een stille revolutie in de Nederlandse gezondheidszorg”, *Acta Hospitalia* 1997, nr. 1, p. 29-40.
- Sermes, W., „Integratie van klinische zorg en management”, *Acta Hospitalia*, 1996, nr. 2, p. 5-17
- Shortell, S.M., *Effective Hospital-Physician relationships*, Michigan, 1991
- Velden, L. van der, L. Hingstman, Ph. Heiligers & P.P. Groenewegen, *Gevolgen voor zorgaanbod en wachttijden door overgang van medisch specialisten van vrij beroep naar dienstverband*, Nivel, Utrecht, 1997
- Versluis, J.W.M. & M.C. Hesselink, *Managementparticipatie van medisch specialisten in algemene ziekenhuizen*, NZi, 1993
- Visser, G.R., et al, *Ondernemend besturen, ziekenhuismanagement van overmorgen*, van Gorcum, Assen, 1996
- Visser, J., „Managementparticipatie van specialisten. Een goede sfeer is snel weer verziekt”, *Zorgvisie*, 14, 1998, p. 6-9
- Vleugels, A., *De geneesheer in het beleid en de organisatie van het ziekenhuis, Vervolmakingscyclus voor Beleid en Verzorgingsinstellingen 1991-1992*, K.U. Leuven Permanente Vorming Centrum voor Ziekenhuiswetenschappen
- Vleugels, A., „De maatschappelijke ontwikkeling naar een nieuw ziekenhuismodel”, *Acta Hospitalia*, 1998, nr. 2, p. 15-28
- Yin, Robert K. & D.T. Campell, *Case study research: design and methods, revised edition*, London, 1990
- Wet integratie medisch-specialistische zorg, Wet van 24-12-1998 tot wijziging van de ziekenfondswet en de Wet op de toegang tot ziektekostenverzekeringen, Stb. 1999 16, 14-12-1998
- Handelingen I, 1997/1998, nr.15, p.468-481
- Handelingen II, 1997/1998, nr.24, p. 5085-51013

de functie en structuur van de uitgeave 1999

uren, *De gevalstudie: Stratek*, Boom/open universiteit, en, 1992

de Kamp, „Management-specialisten”, *Medisch Contact*, i-877

orie voor non-profit, Bohn ten/Diegem, 1986, achtste

Moer, „Invoering van het alistisch bedrijf”, *Medisch* 3, p. 868-870

besluiten, belangen en wet-tarieven voor medisch spe-1986 en 1992, Maastricht,