

## Zorg & markt

Zorg & markt biedt opiniërende artikelen (bij voorkeur maximaal 400 woorden) en brieven (maximaal 200 woorden). Redactie: Karin Jusek, Hans Schlaghecke, Henk Snyders, Rijk Timmer, tel. 020-5928.789/696/763/729. Adres: Optiekredactie, postbus 216, 1000 AE Amsterdam, fax 020-5928.700, e-mail optiek@fd.nl. Auteurs geven toestemming hun artikel ook te publiceren in elektronische media van het FD.

# Coöperatie neemt onvrede in ziekenhuis weg

Dagelijkse praktijk in instellingen is nu dat er voortdurende spanning bestaat tussen organisatie en medisch specialisten

Rinus van Riel

Ziekenhuizen in Nederland zijn goed en toch is er veel onvrede. De onvrede van medisch specialisten richt zich vooral op de bureaucraties aanpak van de ziekenhuisorganisatie. Onvrede van medewerkers wordt vaak veroorzaakt door slechte communicatie met het management. Onvrede van bestuurders en toezichthouders vindt zijn oorzaak in het gebrek aan veranderingsvermogen in de ziekenhuisgemeenschap.

Het binnen een organisatie bestaan van twee systemen, de ziekenhuismedewerkers en de autonoom werkende medisch specialisten, alsmede een bestuurlijke dichotomie, te weten het ziekenhuisbestuur en het bestuur van de

medisch staf, is de kern van het bestuursvraagstuk. Vreemd genoeg beperkt de bevoegdheid van de raad van toezicht zich tot het ziekenhuisbestuur en strekt zij zich niet uit tot het bestuur van de medische staf, ondanks de macht die dit bestuur heeft.

De dagelijkse praktijk in een ziekenhuis is dat er voortdurende spanning bestaat tussen de belangen van de individuele specialist, diens maatschap, het bestuur van de medische staf, de ziekenhuisorganisatie, het ziekenhuismanagement en het ziekenhuisbestuur. Deze spanning uit zich in conflicten over veranderingen, prioriteiten, bezuinigingen, inzet van personeel, investeringen, toedeling van kosten et cetera. De crux is dat een gezamenlijk ondernemingsbelang ontbreekt. De zelfstandige en autonome positie van specialisten

leidt er ook nog eens toe dat ze buiten hun directe eigen verantwoordelijkheid van de patiënt wel veel invloed en macht hebben, maar geen verantwoordelijkheid. Omdat specialisten traditioneel ook niet over bevoegdheden binnen de organisatie beschikken, uit hun macht zich noodgedwongen in remmen van ontwikkelingen, dwars liggen bij veranderingen en protesteren als zij het oneens zijn met wat er gebeurt.

Het vinden van een adequate oplossing is niet eenvoudig. Duaal management is nu tien jaar in zwang in ziekenhuizen, maar heeft niet tot substantiële verbetering geleid. Met resultaatverantwoordelijke eenheden waar de specialist meer 'in the lead' is, zijn de ervaringen beperkt en wisselend. Bijna alles in een ziekenhuis draait om geld. Dus financiële ver-

antwoordelijkheid is de hoeksteen van de oplossing. Aandeelhouderschap van specialisten, inkomen afhankelijk van het resultaat van het ziekenhuis en dat soort prik-

### Coöperatie Meer zeggenschap

De meeste specialisten hebben **weinig met besturen of managen**. Hun belang is meer zeggenschap. Vanuit het gemeenschappelijk belang van de ziekenhuisorganisatie moet **meer zeggenschap samengaan met meer commitment** bij de organisatie en verantwoordelijkheid voor het totale resultaat. Hier sluit de rechtsvorm van de coöperatie bij aan.

kels lijken beter te passen bij de behoefte van medici.

Opvallend is dat specialisten die in een zelfstandig behandelcentrum gaan werken wel verantwoordelijkheid nemen en betere resultaten behalen dan binnen het ziekenhuis gebeurde. De specialist moet meer sturen in plaats van op de bagagedrager roepen dat het de verkeerde kant op gaat.

Van welke organisaties kunnen we leren? Het gaat om hoog opgeleide autonoom werkende professionals zoals advocaten, accountants en consultants. Partnership dus, maar hoe? De meeste specialisten hebben de ambitie noch de competenties om te besturen of te managen. Hun belang is eerder meer zeggenschap. Vanuit het gemeenschappelijk belang van de ziekenhuisorganisatie moet meer zeggenschap samengaan met

meer commitment bij de organisatie en verantwoordelijkheid voor en financiële afhankelijkheid van het totale resultaat. Hier sluit de rechtsvorm van de coöperatie bij aan.

De leden van de coöperatie kiezen het coöperatiebestuur en het coöperatiebestuur benoemt een bestuur van het ziekenhuis. Toezicht op het coöperatiebestuur wordt uitgeoefend door een raad van toezicht. Dit model zou binnen de huidige wettelijke kaders mogelijk moeten zijn, mits je de formele en financiële belangen van zorgverzekeraars en overheid niet schaaft. Specialisten werken dan in hun eigen coöperatie. Op werkniveau kan daarbij worden aangesloten door uit specialisten een bestuur van de werkeenheden te benoemen, die binnen de kaders en afspraken van de coöperatie

verantwoordelijk is voor de uitvoering van het beleid van de werkeenheden, de 'lokale' coöperatie. Dit bestuur stuurt de manager van de werkeenheden aan.

Waarom zal dit nu beter gaan werken dan de huidige structuur? In de eerste plaats omdat de mensen die in een ziekenhuis de kern vormen, de medisch specialisten, het bestuur kiezen. Het is 'hun' bestuur dat het ziekenhuis bestuurt. De acceptatiegraad van besluiten moet dus wel beter zijn dan nu het geval is. In de tweede plaats is er een raad van toezicht die toezicht houdt op het geheel inclusief de medisch specialisten. Hiermee is ook de vreemde lacune in het toezicht opgeheven.

**Drs. M. van Riel is interim/fusiedirecteur bij Drie Gasthuizen Groep te Arnhem.**