Op weg naar een geïntegreerd medisch-specialistisch bedrijf

De invloed van integratie van specialisten in het ziekenhuis op onderhandelingen in de gezondheidszorg

Universiteit Utrecht

Vakgroep: Sociale en Organisatie Psychologie

Begeleider: Dr. M.C. Euwema

NIVEL

Begeleiders: Dr. D.M.J. Delnoij

Prof. Dr. P.P. Groenewegen

NIVEL
nederlands instituut
voor onderzoek van de
gezondheidszorg

drieharingstraat 6
postbus 1568 3500 bn utrecht
tel. 030 2729700 fax 030 2729729

Utrecht, mei 1997

Arjan-Peter Lagro

Studentnummer: 8957169

Miranda van Putten

Studentnummer: 9072799

Voorwoord

In het kader van ons afstuderen hebben wij een onderzoek verricht naar de invloed van de mate van integratie van specialisten in het ziekenhuis op onderhandelingen in de gezondheidszorg. Dit onderzoek vormt de afronding van onze studie organisatiepsychologie aan de Universiteit Utrecht. Wij hebben het onderzoek uitgevoerd in opdracht van het NIVEL, Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg.

Gedurende het onderzoek zij wij vanuit de Universiteit Utrecht begeleid door Dr. M.C. Euwema en vanuit het NIVEL door Dr. D.M.J. Delnooij. Wij willen hen bedanken voor hun begeleiding en ondersteuning tijdens ons afstudeerproces. Hun opmerkingen zijn van grote waarde geweest bij de totstandkoming van dit verslag. Daarnaast willen wij Prof. Dr. P.P. Groenewegen van het NIVEL bedanken voor zijn begeleiding en commentaar in het begin het onderzoek. Ook willen wij het NIVEL bedanken voor het bieden van de mogelijkheid om voor het NIVEL een onderzoek te kunnen verrichten.
Voor de ingangen in de twee onderzochte ziekenhuizen willen wij de heer Lagro, huisarts, Drs. G. van den Brink, studieadviseur, en mevrouw M. Bontemps, kinderarts, bedanken voor hun hulp en inzet hierbij.
Daarnaast willen wij alle geïnterviewden bedanken voor de vruchtbare gesprekken en de tijd die zij daarvoor vrij hebben willen maken. Dit is een essentieel onderdeel van ons onderzoek geweest
Tot slot willen wij alle andere mensen die ons tijdens dit afstudeerproces ondersteund hebben van harte bedanken voor hun steun en betrokkenheid.

Arjan-Peter Lagro en Miranda van Putten

Samenvatting

De minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport is voornemens uitvoering te geven aan de voorstellen van de Commissie Modernisering Curatieve Zorg, beter bekend als de Commissie-Biesheuvel. Dit zal onder andere tot gevolg hebben dat specialisten en ziekenhuizen zich zullen ontwikkelen tot een geïntegreerd medisch-specialistisch bedrijf. Dit heeft gevolgen voor de interne organisatie van ziekenhuizen en van specialisten, voor de relatie specialist-ziekenhuis en voor de relaties die beide partijen onderhouden met andere aanbieders van zorg en met zorgverzekeraars. Een eerste aanzet hiertoe heeft reeds plaatsgevonden. Bijna alle ziekenhuizen hebben namelijk in 1995 binnen de randvoorwaarden van VWS een eigen invulling gegeven aan de lokale initiatieven. De bedoeling is dat deze initiatieven uiteindelijk leiden tot een geïntegreerd medisch-specialistisch bedrijf.

In dit afstudeeronderzoek wordt de invloed van de mate van financiële en organisatorische integratie van specialisten in het ziekenhuis op de gevoerde en te voeren onderhandelingen in kaart gebracht. Concreet gaat het in dit onderzoek om de aard, de inhoud en het verloop van de onderhandelingen tussen ziekenhuis en specialisten enerzijds en anderzijds de onderhandelingen die ziekenhuis en specialisten voeren met de zorgverzekeraars. Hiertoe hebben we de situatie voor de totstandkoming van de lokale initiatieven vergeleken met de huidige situatie en vervolgens de toekomstsituatie in kaart gebracht.

Dit onderzoek besloeg twee fasen: fase 1 betrof een uitgebreide literatuurstudie en fase 2 een tweevoudige gevalstudie. Op basis van de in fase 1 verkregen informatie omtrent integratie, financiële en organisatorische, en onderhandelingsmodellen uit het literatuuronderzoek, is een aantal onderzoeksvragen naar voren gekomen. Deze vragen en daaraan gekoppelde verwachtingen zijn in fase 2 in de praktijk onderzocht.

Fase 2 heeft plaats gevonden middels het beschrijven van de situatie in twee ziekenhuizen. Op theoretische gronden hebben wij deze gevalstudie toegespitst op een ziekenhuis met een autonoom lokaal initiatief en een ziekenhuis dat met meerdere ziekenhuizen samen één initiatief vormt. Hiertoe hebben we twee ongeveer even grote ziekenhuizen met een vergelijkbare regiofunctie onderzocht. Per ziekenhuis hebben wij interviews afgenomen bij directie, specialisten en betrokken zorgverzekeraar. De uit deze interviews verkregen resultaten hebben wij vervolgens teruggekoppeld naar de drie door ons gestelde hoofdvragen. De uitkomsten hiervan zullen in het hierna volgende behandeld worden.

In hoeverre is er sprake van een toegenomen mate van financiële en organisatorische integratie?
In onderstaand schema staan kort de door ons getoetste kenmerken van integratie met daarbij per ziekenhuis of er al dan niet sprake van is:

Kenmerken van verregaande integratie	case 1	case 2
decentrale organisatie structuur	nee	nee
managementparticipatie	nee	nee
situatie 2, waarbij directie en specialisten als één partij naar buiten treden	nee	nee
overeenstemming interne en externe mutatiesystematiek	ja	nee
interne verdeling door ziekenhuisadministratie	nee	ja
declaratie via ziekenhuisadministratie	nee	ja

Er is dus in beide ziekenhuizen sprake van een zeer beperkte mate van integratie. Wel is er door het tot stand komen van de lokale initiatieven en het daaruit voortvloeiende feit dat specialisten nu samen met de directie in onderhandeling treden met de zorgverzekeraar, een eerste stap op weg naar een geïntegreerd medisch-specialistisch bedrijf gezet. Door alle respondenten is echter te kennen gegeven dat nog een lange weg te gaan is alvorens sprake kan zijn van een geïntegreerd medisch-specialistisch bedrijf.

Welke veranderingen zijn opgetreden in de wijze van onderhandelen naar aanleiding van de lokale initiatieven?
In navolgend schema wordt voor beide ziekenhuizen aangegeven dat er een verschuiving in het karakter van de onderhandelingen heeft plaatsgevonden:

Onderhandelingsstructuren	Tijdens	Na
over de raamovereenkomst	integratief	distributief
over produktieafspraken tripartite (extern)	integratief	distributief
over produktieafspraken bipartite (intern)	integratief	integratief
met de eigen leden	n.v.t.	n.v.t.

De wijze van onderhandelen tussen zorgverzekeraar, ziekenhuis en specialisten is ingrijpend veranderd door de totstandkoming van de lokale initiatieven. Alleen al het feit dat deze drie partijen gezamenlijk aan de onderhandelingstafel plaats hebben genomen is opmerkelijk te noemen; voor de lokale initiatieven was hier zelfs helemaal geen sprake van. Direct gevolg hiervan is geweest dat de verhouding tussen specialisten en ziekenhuisdirectie verbeterd is. Daarnaast heeft, zoals hierboven reeds is geconstateerd, een verschuiving van karakter plaats gevonden van integratief tijdens de totstandkoming van de raamovereenkomst naar meer distributief na de totstandkoming van de raamovereenkomst. Deze verschuiving in typering van de onderhandelingen hangt voor een groot deel samen met de uitkomsten van deze onderhandelingen.

Tot slot blijkt de keuze voor een regionaal initiatief (in plaats van de keuze voor een autonoom initiatief) niet per definitie een negatieve invloed te hebben op het verloop van de onderhandelingen; slaagt men erin snel een coalitie te vormen dan wordt het verloop van de onderhandelingen niet bemoeilijkt door het grotere aantal ziekenhuizen.

Welke veranderingen worden in de toekomst verwacht?

Op basis van de interviewgegevens en literatuur zullen, volgens ons, in de toekomst de hierna volgende zaken een bepalende rol gaan spelen bij de totstandkoming van een geïntegreerd medisch-specialistisch bedrijf:

1. cultuuromslag van duaal denken naar eenheidsdenken;
2. organisatiestructuurverandering naar een meer decentrale vorm;
3. herpositionering van de medische staf;
4. inkomensharmonisatie of loondienst;
5. aanpassing van het toelatingscontract (goodwill);
6. één budget voor ziekenhuis en specialisten samen.

Ter realisatie van bovenstaande punten zal nog veel onderhandeld moeten worden door specialisten, ziekenhuizen, zorgverzekeraars en overheid, zowel op lokaal als op landelijk niveau.

Tot op heden kan geconcludeerd worden dat de mate van integratie van specialisten in het ziekenhuis nog nauwelijks is toegenomen, terwijl de wijze van onderhandelen een grote verandering heeft ondergaan. De invloed van de integratie op de onderhandelingen is, tot nu toe, dan ook niet zo groot geweest. De verwachting is echter wel dat de mate van integratie een toenemende invloed gaat krijgen op de onderhandelingen tussen ziekenhuis, specialisten en zorgverzekeraar.

Inhoud

Voorwoord

Samenvatting I

Inhoud V

1 De invloed van integratie van specialisten in het ziekenhuis op onderhandelingen in de gezondheidszorg 1

1.1 Inleiding 1

1.2 Aanleiding 1

1.3 Fase 1: oriëntatie met nadruk op literatuur en documentatie 3

1.4 Probleemstelling 3

1.5 Indeling van het onderzoeksverslag 4

2 Beleidsontwikkelingen binnen de gezondheidszorg 7

2.1 Inleiding 7

2.2 Beleidsontwikkelingen in de gezondheidszorg 7

2.2.1 Ontwikkelingen tot aan 1983 7

2.2.2 Ontwikkelingen vanaf 1983 10

2.2.3 Commissie Biesheuvel 11

2.2.4 Lokale initiatieven 13

2.3 Huidige mate van integratie en toekomstbeeld 14

3 Functie en organisatie van ziekenhuis, specialisten, zorgverzekeraars en huisartsen 23

3.1 Inleiding 23

3.2 Ziekenhuis 23

3.3 Specialisten 26

3.4 Zorgverzekeraars 28

3.5 Huisartsen 31

4 Onderhandelen **35**

4.1 Inleiding 35

4.2 Onderhandelen en strategisch gedrag 35

4.3 Een model: distributieve en integratieve onderhandelingen 36

4.3.1 Distributieve onderhandelingen 37

4.3.2 Integratieve onderhandelingen 38

4.3.3 Conclusie 39

4.4 Succesfactoren bij onderhandelingen 41

4.5 Multipartiële onderhandelingen; de problematiek van meerdere partijen 42

4.6 Achterban-problematiek 43

5 Onderhandelingen en integratie in de gezondheidszorg **47**

5.1 Inleiding 47

5.2 De relatie tussen ziekenhuis en medisch specialisten 47

5.3 Onderhandelingen tussen ziekenhuis en specialist 48

5.4 Relaties met derden, te weten: zorgverzekeraars en huisartsen 50

5.4.1 De relatie met de zorgverzekeraars 50

5.4.2 De relatie met de huisarts 52

5.5 Onderhandelingen met derden, te weten: zorgverzekeraars en huisartsen 53

5.5.1 Onderhandelingen met de zorgverzekeraar 53

5.5.2 Onderhandelingen met de huisartsen 56

5.6 Verwachtingen 56

6 Onderzoeksopzet **61**
6.1 Inleiding 61
6.2 Onderzoeksfase 2: tweevoudige gevalstudie 61
6.2.1 Methode van onderzoek 61
6.2.2 Bepaling onderzoeksobjecten 62
6.2.3 Operationele instrumenten 63
6.2.4 Validiteit en betrouwbaarheid van het meetinstrument 66
6.3 Interviews: afname, analyse en verwerking 67
6.3.1 Afname van de interviews 67
6.3.2 Verloop interviews 69
6.3.3 Analyse en verwerking van gegevens 69
6.4 Tot slot 70
7 Case 1: resultaten **73**
7.1 Inleiding 73
7.2 Resultaten 73
7.3 Mate van integratie 74
7.3.1 Formele organisatiestructuur 75
7.3.2 Managementparticipatie en betrokkenheid 76
7.3.3 Onderhandelingssituatie ten aanzien van produktieafspraken 77
7.3.4 Overeenstemming interne en externe mutatiesystematiek 78
7.3.5 Interne verdeling honorariumbudget 80
7.3.6 Locatie van het verrekencentrum 80
7.4 Onderhandelingen 80
7.4.1 Onderhandelingen binnen de stuurgroep 82
7.4.2 Onderhandelingen over produktieafspraken: tripartite 85
7.4.3 Onderhandelingen over produktieafspraken: bipartite 87
7.4.4 Onderhandelingen met de eigen leden 88
7.4.5 Vertrouwensrelaties 88
7.5 Context voor onderhandelingen in de toekomst 89

8 Case 2: resultaten **95**

8.1 Inleiding 95

8.2 Resultaten 95

8.3 Mate van integratie 96

8.3.1 Formele organisatiestructuur 97

8.3.2 Managementparticipatie en betrokkenheid 98

8.3.3 Onderhandelingssituatie ten aanzien van produktieafspraken 99

8.3.4 Overeenstemming interne en externe mutatiesystematiek 100

8.3.5 Interne verdeling honorariumbudget 101

8.3.6 Locatie van het verrekencentrum 101

8.4 Onderhandelingen 102

8.4.1 Onderhandelingen over de raamovereenkomst 104

8.4.2 Onderhandelingen over produktieafspraken: tripartite 106

8.4.3 Onderhandelingen over produktieafspraken: bipartite 107

8.4.4 Onderhandelingen met de eigen leden 108

8.4.5 Vertrouwensrelaties 109

8.5 Context voor onderhandelingen in de toekomst 110

8.6 Tot slot 114

9 Conclusie, discussie en aanbevelingen **117**

9.1 Inleiding 117

9.2 Mate van integratie 117

9.2.1 Huidige mate van integratie 117

9.2.2 Integratie in de toekomst 120

9.2.3 Waarom integratie? 126

9.3 Onderhandelen 127

9.3.1 Huidige wijze van onderhandelen in de twee cases 127

9.3.2 Toekomstige wijze van onderhandelen in de twee cases 129

9.3.3 Onderhandelingen over de totstandkoming van een geïntegreerd medisch-specialistisch bedrijf 133

9.4 Eindconclusie 137

Literatuur **143**

Verklarende woordenlijst **149**

Bijlagen:

I: Vragenlijst 153

II: Benaderingsbrief 159

III: Begeleidende brief 163

IV: Analyse van gegevens 167

V: Organigram ziekenhuis I 171

VI: Organigram ziekenhuis II 175

VII: Organigram scheiding ambulante en klinische zorg 179

VIII: Organigram kleinschalige eenheden 183

IX: Organigram clustering in grotere eenheden 187

Lijst van figuren en tabellen

Figuren:

1-1: visuele weergave probleemstelling 4
3-1: declaratie via ziekenfonds 29
3-2: declaratie via particuliere verzekeraar 30
4-1: vergelijking Mastenbroek en Lewicki & Litterer 40
5-1: situatie voor 1995 54
5-2: situatie na 1995 55
5-3: toekomstsituatie 55
6-1: analyse van gegevens 69

Tabellen:

4-1: integratief versus distributief onderhandelen 40
6-1: selectiecriteria voor cases 62
7-1: resultaten ten aanzien van gestelde verwachtingen 74
7-2: onderhandelingsstructuren voor en na de lokale initiatieven 81
7-3: karakter van de onderhandelingen binnen de diverse structuren 82
8-1: resultaten ten aanzien van de gestelde verwachtingen 96
8-2: onderhandelingsstructuren voor en na de lokale initiatieven 103
8-3: karakter van de onderhandelingen binnen de diverse structuren 104
9-1: mate van integratie in case 1 en case 2 118
9-2: karakter van de onderhandelingen binnen de diverse structuren in beide ziekenhuizen 87

1

De invloed van integratie van specialisten in het ziekenhuis op onderhandelingen in de gezondheidszorg

1.1 Inleiding

In dit hoofdstuk wordt in paragraaf 2 de aanleiding voor dit onderzoek besproken, paragraaf 3 behelst de verantwoording voor fase 1 van ons onderzoek, de literatuurstudie. In paragraaf 4 komt de probleemstelling aan de orde en tot slot wordt in paragraaf 5 een overzicht van de inhoud van het verdere onderzoeksverslag geschetst.

1.2 Aanleiding

De minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport is voornemens uitvoering te geven aan de voorstellen van de Commissie Modernisering Curatieve Zorg, beter bekend als de Commissie-Biesheuvel. Dit zal onder andere tot gevolg hebben dat specialisten en ziekenhuizen zich zullen ontwikkelen tot een geïntegreerd medisch-specialistisch bedrijf. Dit heeft gevolgen voor de interne organisatie van ziekenhuizen en van specialisten, voor de relatie specialist-ziekenhuis en voor de relaties die beide partijen onderhouden met andere aanbieders van zorg en met zorgverzekeraars. Naar aanleiding hiervan wil het NIVEL, in samenwerking met de vakgroep Sociale en Organisatie Psychologie van de Universiteit Utrecht en de Texas Tech University, het onderzoek "naar een geïntegreerd medisch-specialistisch bedrijf" uitvoeren. Het doel van dit onderzoek is om de ontwikkeling in kaart te brengen van de integratie van specialisten in ziekenhuizen onder invloed van de implementatie van de voorstellen van de Commissie Biesheuvel.

Daarnaast wordt in dit onderzoek aandacht besteed aan de gevolgen van deze integratie voor de relaties die ziekenhuizen en specialisten - hetzij samen, dan wel afzonderlijk - onderhouden met zorgverzekeraars.

Ter voorbereiding op dit geplande onderzoek zal in het hier betreffende afstudeeronderzoek, "Op weg naar een geïntegreerd medisch-specialistisch bedrijf", de wijze waarop specialisten, verzekeraars en ziekenhuizen hun onderhandelingen voeren in kaart gebracht worden. De keuze voor de invloed van integratie van specialisten in het ziekenhuis op onderhandelingen vloeit voort uit de hierna te noemen ontwikkeling binnen verschillende organisaties.

Volgens Kluytmans (1996) lijkt centrale collectieve belangenbehartiging in te boeten ten gunste van directere vormen van medezeggenschap. Dit verschijnsel toont zich ook in de curatieve zorg, waarin specialisten steeds meer betrokken worden bij budgettaire en beleidsontwikkelingen. Kluytmans is van menig dat hierdoor de relaties tussen partijen zullen veranderen en men geconfronteerd wordt met andere overleg- en onderhandelingsstructuren.

Dit onderzoek betreft een oriëntatie met nadruk op literatuur en documentatie en een tweevoudige gevalstudie. Uit de voor het schrijven van de hoofdstukken 2, 3, 4 en 5 opgedane literatuurkennis, is het navolgende onderzoeksidee naar boven gekomen: Er zal gekeken worden naar de invloed van de mate van integratie van specialisten in ziekenhuizen op het onderhandelen tussen de drie verschillende partijen. Zijdelings zullen in het literatuurgedeelte ook de huisartsen aan de orde komen, aangezien dit in het voorgenomen NIVEL-onderzoek de vierde te onderzoeken partij vormt.

De aanleiding voor het onderzoek is enerzijds praktisch van aard, het vergaren van informatie ter ondersteuning van het NIVEL-onderzoek. Anderzijds vormen de huidige ontwikkelingen in de gezondheidszorg en de gevolgen die deze hebben gehad voor de interne organisatie van de gezondheidszorg (instellingen) een interessant en uitdagend onderzoeksterrein voor de organisatiepsychologie.

1.3 Fase 1: Oriëntatie met nadruk op literatuur en documentatie

In deze eerste fase van ons onderzoek is gekeken naar wat een geïntegreerd medisch-specialistisch bedrijf inhoudt, in hoeverre er reeds sprake is van een geïntegreerd medisch-specialistisch bedrijf en wordt een overzicht gegeven van de bestaande literatuur op het gebied van onderhandelingsmodellen. Specifiek gaat het hierbij om literatuur over de navolgende onderwerpen: voorwaarden en kenmerken van integratie van specialisten in het ziekenhuis, de huidig mate van integratie, de lokale initiatieven, de organisatie van en de huidige relaties tussen de vier verschillende partijen, onderhandelingsmodellen, machtsverhoudingen en coalities en multipartiële- en achterbanproblematiek.

Tijdens de literatuurstudie hebben gesprekken met een aantal deskundigen plaats gevonden ter oriëntatie op de te onderzoeken problematiek, te weten: medewerkers NIVEL, Universiteit Utrecht en deskundigen uit de beroepspraktijk. Literatuur is verkregen uit de Universiteitsbibliotheken, de bibliotheek van het NIVEL en de bibliotheek van het NZi. Op basis van deze literatuurstudie is aan de hand van een tweetal vragen de probleemstelling voor de volgende fase van ons onderzoek naar boven gekomen. Deze zullen in de navolgende paragraaf worden besproken.

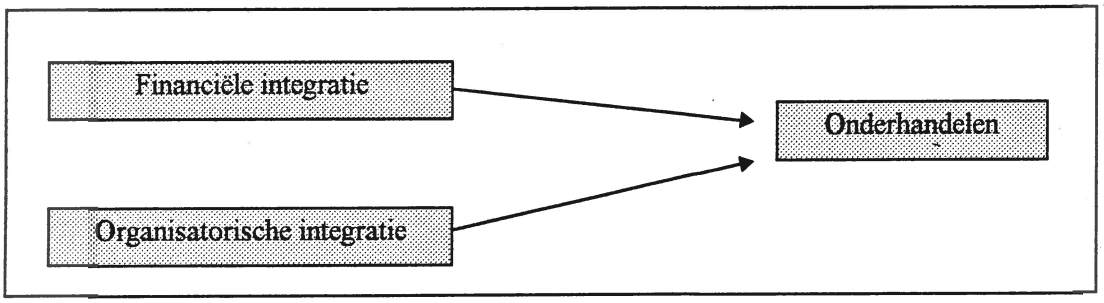
1.4 Probleemstelling

Het te onderzoeken vraagstuk betreft twee beschrijvingsvragen:

1. Wat wordt verstaan onder "naar een geïntegreerd medisch-specialistisch bedrijf"?
   Wij zullen hierbij kijken naar twee aspecten van integratie van specialisten in het ziekenhuis die bepalend lijken te zijn voor de mate van integratie, te weten: "organisatorische integratie" en "financiële integratie".
2. Op welke wijze worden, in Nederland op lokaal niveau, onderhandelingen gevoerd tussen de volgende drie partijen in de curatieve zorg, te weten: specialisten, verzekeraars en ziekenhuizen?

In onderstaande figuur wordt weergegeven dat ons inziens beide integratievormen van invloed zijn op het onderhandelen, dit zal later nog uitvoerig aan de orde komen.

Figuur 1-1: visuele weergave probleemstelling



Bovenstaande twee beschrijvingsvragen hebben, na het uitvoeren van een literatuurstudie, geleid tot de volgende probleemstelling voor de tweevoudige gevalstudie:

"Wat is de invloed van de mate van integratie van specialisten in het ziekenhuis op het onderhandelen tussen ziekenhuizen, medisch specialisten en zorgverzekeraars?"

Deze probleemstelling brengt een aantal onderzoeksvragen en verwachtingen met zich mee, welke aan de orde zullen komen in hoofdstuk 5.

1.5 Indeling van het onderzoeksverslag

In hoofdstuk 2 worden de beleidsontwikkelingen in de gezondheidszorg in kaart gebracht. Kort worden de ontwikkelingen tot aan de Commissie-Biesheuvel geschetst, waarna dieper in wordt gegaan op de plannen van de Commissie-Biesheuvel, de lokale initiatieven en de toekomst.

Hoofdstuk 3 behandelt de huidige functie en organisatie van ziekenhuizen, specialisten, zorgverzekeraars en huisartsen.

Vervolgens wordt in hoofdstuk 4 de overstap gemaakt naar onderhandelingen. In dit hoofdstuk worden distributieve en integratieve onderhandelingssituaties nader besproken en wordt gekeken naar de invloeden van enerzijds meerdere partijen en coalities en anderzijds van de achterban op onderhandelingen.

In hoofdstuk 5 worden dan de vorige hoofdstukken gecombineerd om te komen tot onderhandelingen in de gezondheidszorg. Het hoofdstuk wordt afgesloten met een aantal verwachtingen, die in ons verdere onderzoek in de praktijk getoetst zijn.

Hoofdstuk 6 behelst de onderzoeksopzet voor het verdere onderzoek. Hierin wordt de tweevoudige gevalstudie besproken en verantwoord en komt de keuze voor het gebruik van een interview aan de orde. Het hoofdstuk wordt afgesloten met een paragraaf over het verwerken van de gegevens.

Verder worden de twee cases beschreven en geanalyseerd in de hoofdstukken 7 en 8. Hierin worden de gegevens van de interviews besproken en geanalyseerd aan de hand van de in hoofdstuk 5 beschreven verwachtingen.

Tenslotte wordt dit rapport afgesloten met hoofdstuk 9; eerst worden de twee cases gezamenlijk terugvertaald naar de drie in hoofdstuk 5 gestelde hoofdvragen, vervolgens wordt deze analyse teruggekoppeld naar de probleemstelling.

2

Beleidsontwikkelingen binnen de gezondheidszorg

2.1. Inleiding

In dit hoofdstuk zal een beeld geschetst worden van de ontwikkelingen die zich voor hebben gedaan in de gezondheidszorg. De nadruk zal hierbij komen te liggen op de voorstellen van de Commissie-Biesheuvel, die beslag hebben gekregen in het rapport: "Gedeelde zorg: Betere zorg". Dit rapport bepleit onder meer de ontwikkeling van een geïntegreerd medisch-specialistisch bedrijf. In paragraaf 2 zal de geschiedenis van ziekenhuis en specialist geschetst worden, deze paragraaf is opgedeeld in ontwikkelingen tot 1983, ontwikkelingen vanaf 1983, Commissie-Biesheuvel en de lokale initiatieven. In paragraaf 3 zullen de huidige mate van integratie en het toekomstbeeld aan de orde komen.

2.2 Beleidsontwikkelingen in de gezondheidszorg

2.2.1 Ontwikkelingen tot aan 1983

In 1865 komen de geneeskundige wetten in Nederland tot stand. Geneeskundigen worden voortaan officieel aangeduid als artsen. Hier ligt het begin van het ontstaan van de moderne (huis)artsen en hun zorgverlening (Jaspers, 1985). Tot die tijd voldeed zij niet aan de voorwaarden die aan een dergelijke status verbonden zijn. Belangrijk voor een professie is het exclusieve recht om bepaalde activiteiten te mogen uitvoeren (van Oorschot, 1995). De geneeskundige wetten van 1865 gaven dit monopolie aan de artsen (Jaspers, 1985).

De ontwikkeling van een beroep tot een professie wordt aangeduid met de term professionalisering. Kenmerken van een professie zijn:

- specifieke deskundigheid;
- dienstverlening met betrekking tot een maatschappelijk hoog gewaardeerd goed;
- exclusieve bevoegdheid tot uitoefening van bepaalde activiteiten;
- controle over de eigen opleiding;
- controle over de toelating tot het beroep;
- tastbare resultaten in relatie tot de specifieke deskundigheid van de beroepsgroep/professie.

Belangrijk is tevens dat het hebben van een professionele autonomie niet alleen wordt beschouwd als een voorwaarde op macroniveau, maar tevens als eis gesteld wordt aan het (individuele) medisch handelen, waarbij dit handelen gericht is op het belang van de patiënt.

Het ziekenhuis had vroeger alleen de functie van verzorgingshuis, zieke mensen werden niet zozeer beter gemaakt, maar moesten verzorgd worden. Met de professionalisering van de artsen werd ook het "beter maken" belangrijker en kreeg het ziekenhuis dan ook daadwerkelijk de functie die men met de huidige term associeert. Door deze ontwikkeling is een wederzijdse afhankelijkheid tussen ziekenhuis en specialist tot stand gekomen. Waarin de specialist afhankelijk is van de faciliteiten die het ziekenhuis biedt en het ziekenhuis van de expertise en deskundigheid van de medisch-specialisten, die onmisbaar zijn voor de uitoefening van de primaire taak van het ziekenhuis.

De artsenzorg in Nederland in de twintigste eeuw kenmerkt zich door een drietal ontwikkelingen (Jaspers, 1985):

1. expansie: dit uit zich in een toename van het aantal artsen, een toename van het aantal patiënten en tevens het aantal klachten per patiënt en tenslotte in een toenemende werkbelasting per arts;
2. differentiatie: een toename van arbeidsdeling ofwel specialisatie van artsen. De specialisatie wordt in 1931 officieel geregeld en zal in de loop van de naoorlogse periode het produktiecircuit van artsen gaan domineren;

3. hospitalisatie: dit heeft betrekking op de toenemende afhankelijkheid tussen de ziekenhuisorganisaties en de artsen. Een steeds groter deel van de produktie van artsendiensten wordt geleverd in de ziekenhuizen. Het zwaartepunt in het artsenwerk verschuift van thuiszorg naar ziekenhuiszorg. De hospitalisatie blijkt ook uit het feit dat rond 1900 steeds vaker de leiding van een ziekenhuis in handen gelegd wordt van een geneesheer-directeur en nier meer in handen van een predikant, een gedelegeerde uit het regentencollege of een moeder-overste (Querido, 1967).

Na de oorlog is met name door kostenoverwegingen de overheidsbemoeienis in de gezondheidszorg sterk toegenomen. Deze ontwikkeling resulteerde in 1956 in de invoering van de gezondheidswet. Deze wet beoogde een goede samenwerking tussen overheid en particulier initiatief te bewerkstelligen. Daarnaast werd een aantal sturende en adviserende organen in het leven geroepen, zoals de Nationale Raad voor de Volksgezondheid (toen nog Centrale Raad geheten).

In de jaren '70 vervolgt deze tendens zich. Op basis van de structuurnota van de toenmalig staatssecretaris van Volksgezondheid, Hendriks (1974), kwam een aantal planningswetgevingen tot stand: de Wet Ziekenhuisvoorzieningen (WZV), van 1971 en de Wet Tarieven Gezondheidszorg (WTG) van 1977 en bijna negen jaar na de structuurnota, in 1983, de Wet Voorzieningen Gezondheidszorg (WVG). Het huidige stelsel is nog steeds gebaseerd op de ideeën van deze structuurnota, voor zover het bijvoorbeeld de indeling in eerste en tweede lijn betreft (ten Broeke, 1993). Medische verrichtingen en ziekenhuiszorg werden in deze tijd bekostigd middels een open eindfinanciering, d.w.z. dat als de uitgaven in een bepaald jaar de inkomsten overschreden, dit bedrag door de overheid werd aangevuld.

In de jaren '80 vormden met name deze ontwikkelingen en de daarmee samenhangende hoge kostenstijgingen voor de overheid de aanleiding voor het in 1983 invoeren van de ziekenhuisbudgettering (Scholten, 1994). In de volgende paragraaf zal hier verder op worden ingegaan.

2.2.2 Ontwikkelingen vanaf 1983

De uitgaven voor intramurale zorg, met name de groei van deze uitgaven, werden vanaf de jaren '70 in toenemende mate onderwerp van discussie. Hiertoe werd een oplossing gezocht in de vorm van budgettering. In 1983 werd deze budgettering van overheidswege ingevoerd. Dit hield in dat door de minister van WVC in het Financieel Overzicht Zorg (FOZ) een macrobudget voor de intramurale gezondheidszorg werd aangegeven, dat weer verdeeld kon worden in microbudgetten voor de verschillende instellingen. Dit instellingsbudget kon vervolgens binnen de instelling weer verdeeld worden in afdelingsbudgetten. Aangezien het budget werd vastgesteld op basis van de in 1982 gerealiseerde kosten op instellingsniveau, ontstond er een ongelijke startpositie tussen de verschillende ziekenhuizen. Dit leidde midden jaren '80 tot het vervangen van deze systematiek door de zogenaamde Bredero-systematiek die verder werd verfijnd en leidde tot de functiegerichte budgettering (FB), die werd ingevoerd in 1988 (Kemenade & Bakx, 1996). Deze systematiek beoogde zoveel mogelijk de functies van ziekenhuizen en de daarmee samenhangende activiteiten bij de bepaling van het ziekenhuisbudget als uitgangspunt te nemen, hetgeen daarvoor niet het geval was. Dit ziekenhuisbudget was opgebouwd uit een genormeerd bedrag en een vergoeding voor de locatiegebonden kosten (ten Broeke, 1993). Echter, door gebruik van dit systeem werd het ziekenhuis geconfronteerd met een vast budget, terwijl specialisten nog steeds werden gehonoreerd per verrichting. Bij bijna iedere verrichting die door specialisten uitgevoerd werd, stegen de kosten van het ziekenhuis, zonder dat daar in het budget rekening mee werd gehouden (NIVEL & NZi, 1996).

Om de negatieve aspecten hiervan te ondervangen, bracht de overheid overleg tot stand tussen de betrokken partijen (specialisten, ziekenhuizen en verzekeraars): het Vijf Partijen Overleg (VPO). Eind 1989 werd door de betrokken partijen het zogenaamde Vijf Partijen Akkoord (VPA) gesloten. Hierin werden afspraken gemaakt over maatregelen ter bevordering van de doelmatigheid en de kwaliteit van de medisch-specialistische hulp en werd overeengekomen dat de uitgaven voor medisch-specialistische hulp "bevroren" zouden worden op het niveau van 1989.

Echter, door een blijvende stijging van het aantal verrichtingen van de medisch-specialistische hulp waren tariefsverlagingen noodzakelijk om het uitgavenniveau te stabiliseren. Ook in 1992 zag de overheid zich weer genoodzaakt tariefsmaatregelen af te kondigen. Bovendien had zij toen een krachtig wettelijk instrument in handen gekregen om eenzijdige tariefsmaatregelen op te leggen, namelijk de aanvaarding in 1991 van het amendement op de Wet Tarieven Gezondheidszorg (WTG). Vanaf 1992 heeft de overheid hier ook veelvuldig gebruik van gemaakt. De toenmalige staatssecretaris van Volksgezondheid, Simons, oordeelde dat de achtereenvolgende tariefsmaatregelen geen structurele oplossing waren voor het uitgavenprobleem. In 1993 werd derhalve de Commissie-Biesheuvel geïnstalleerd, die onder andere moest adviseren over een nieuwe aanpak.

2.2.3 Commissie-Biesheuvel

De kern van de ideeën van de Commissie-Biesheuvel zal in het onderstaande worden weergegeven. Op 27 januari 1993 werd de Commissie Modernisering Curatieve Zorg geïnstalleerd onder het voorzitterschap van oud-minister Biesheuvel (Elsinga, 1996). Doel van deze commissie was het uitbrengen van advies ten aanzien van de volgende onderwerpen:

- de samenwerking tussen specialist en ziekenhuis;
- de samenwerking tussen specialist en huisarts;
- de kostentoedelingen en de declaratiesystemen van huisartsen, specialisten en ziekenhuizen;
- de rol van de verzekeraars bij het functioneren van huisarts, specialist en ziekenhuis.

Continuüm van zorg

Voor de Commissie-Biesheuvel stond één begrip centraal en wel het begrip "continuüm van zorg". Hiermee wordt gedoeld op het doorbreken van de huidige, nog uit de tijd van de structuurnota daterende, relatie tussen eerste lijn en tweede lijn waardoor een meer vloeiende lijn kan ontstaan van generalistische zorg aan de ene kant via transmurale zorg naar specialistische zorg aan de andere kant. Aan de generalistische kant staat dan de huisarts centraal terwijl de specialist een centrale rol speelt in het tot stand komen van de specialistische zorg.

Integratie

Tevens is het in de opvattingen van de commissie noodzakelijk dat uiteindelijk wordt toegewerkt naar het ontstaan van een geïntegreerde ziekenhuisorganisatie waarvan de medisch specialisten onderdeel uitmaken.

Uitvoering

Willen deze veranderingen tot stand kunnen worden gebracht dan zal een aantal aanpassingen aan de kant van het ziekenhuis en de specialisten noodzakelijk zijn. Voor het ziekenhuis betekent dit o.a. een verandering in de interne organisatie leidend tot een versterking van de decentrale organisatie. De belangenverenigingen van medisch specialisten (bijvoorbeeld LSV) percipiëren een dergelijke integratie als een mogelijk verlies van autonomie voor de specialisten. Voor beide partijen geldt bovendien dat de integratie leidt tot een "samenvloeien" van ziekenhuis en specialisten in relatie tot de verzekeraar; de driehoeksrelatie ziekenhuis-specialist-verzekeraar wordt een tweezijdige tussen medisch specialistisch bedrijf en verzekeraar. Een belangrijke verandering voor de specialisten die wordt voorgesteld door de commissie is de afschaffing van het verrichtingensysteem. De commissie stelt voor om over te gaan naar een systeem van basishonorering, aan te vullen met flexibele beloningscomponenten. Tevens heeft de commissie voorgesteld de zogenaamde goodwillregeling af te schaffen en de praktijkkosten van de medisch specialist over te dragen naar het ziekenhuis. In januari 1994 resulteerde het werk van deze commissie in het rapport genaamd "Gedeelde zorg, betere zorg". Ter uitwerking hiervan werd drie maanden later het Platvorm Curatieve Zorg ingesteld. Al snel werd echter duidelijk dat deze niet tot overeenstemming kon komen over de positionering en honorering van de medisch specialisten.

Met het aantreden van het paarse kabinet en de minister van Volksgezondheid mevr. Borst, werd aan de voorstellen van de Commissie-Biesheuvel invulling gegeven. Met name de integratie van de medisch specialisten in het ziekenhuis en de financiering van de medisch-specialistische zorg via het ziekenhuisbudget worden door haar sterk onderschreven. Om uitvoering te geven aan deze integratie koos minister Borst echter voor een aanpak die meer gericht was op het eigen initiatief van partijen en minder op het afdwingen van veranderingen via landelijke regulering; de weg van de lokale initiatieven.

2.2.4 Lokale initiatieven

In een brief van 17 november 1994 sprak minister Borst de bereidheid uit het budget van de medisch-specialistische hulp met 290 miljoen gulden te verhogen (met andere woorden een vrijwaring van de tariefskortingen), met als voorwaarde dat er op regionaal en lokaal niveau afspraken moesten worden gemaakt over de samenwerking tussen ziekenhuizen, specialisten en verzekeraars over onder andere de honorering van de medisch specialisten. Ter realisatie van deze lokale en regionale afspraken is daarom begin 1995 begonnen met tripartite onderhandelingen, die hebben geleid tot het indienen van raamovereenkomsten bij het ministerie. Hiertoe zijn specialisten, ziekenhuizen en zorgverzekeraars in 1995 druk bezig geweest met het maken van onderlinge afspraken over de wijze van bekostiging van de medisch specialisten in de komende jaren. Dit zijn de zogenaamde lokale initiatieven.

Deze bereidheid om op regionaal niveau met elkaar in overleg te treden kan worden gezien als een belangrijke stap in de richting van het ontwikkelen van een oplossing voor de jarenlange discussies over de uitgavenontwikkeling van de medisch specialisten.
Op een viertal ziekenhuizen na hebben, anno 1995, alle ziekenhuizen, specialisten en verzekeraars een raamovereenkomst ingediend. Alle zijn goedgekeurd.

De gemaakte regionale en lokale afspraken voor de jaren 1995 en 1996 zijn gericht op een organisatorische en financiële integratie van specialistenmaatschappen in het ziekenhuis, teneinde te werken aan het toekomstige ziekenhuis-nieuwe-stijl waar geïntegreerde zorg wordt geleverd. Kenmerkend voor deze initiatieven is dat er tussen de betrokken partijen vooraf een afspraak wordt gemaakt over een lumpsum-bedrag voor de kosten van de medisch specialistische hulp. Met dit door het COTG (Centraal Orgaan Tarieven Gezondheidszorg) goed te keuren bedrag verplichten de medisch specialisten zich zorg te bieden en komt een einde aan de directe band tussen verrichting en omzet van de specialist.

De minister heeft een aantal voorwaarden gesteld waar de initiatieven aan moeten voldoen. Er dient tussen partijen overeenstemming te bestaan over het startbudget, de mutatie-systematiek en de hoogte van het budget op instellingsniveau. Daarnaast mogen de projecten niet alleen een financiële constructie bevatten, maar moeten ook gericht zijn op het bewerkstelligen van kwaliteits- en doelmatigheidseffecten (Kemenade & Bakx, 1996). Verder is er een aantal spelregels waar de deelnemers aan de projecten aan moeten voldoen (Ankoné,1995):

- er moet op lokaal/regionaal niveau onderhandeld worden met een duidelijk tripartite karakter;
- alle specialisten moeten meedoen. Aan deze laatste eis heeft men in de praktijk niet altijd kunnen voldoen en deze is dan ook afgezwakt;
- onderhandelingsresultaten moeten worden vastgelegd in een overeenkomst met daarin zowel de kwalitatieve als financiële afspraken;
- de projecten moeten worden aangemeld bij VWS/VMP;
- het ministerie van VWS moet het project beoordelen;
- na aanvaarding toetst het COTG en stelt een budget vast.

De lokale initiatieven zijn ofwel in een regionaal verband gestart ofwel lokaal. In een regionaal verband hebben meerdere ziekenhuizen met één zorgverzekeraar plaatsgenomen. Hierbij wordt één lumpsum ter verdeling beschikbaar gesteld voor alle ziekenhuizen samen. In het lokale verband is er sprake van één ziekenhuis en één zorgverzekeraar en één lumpsum. Deze lokale initiatieven zullen uiteindelijk moeten resulteren in een volledig geïntegreerd medisch-specialistisch bedrijf; in de volgende paragraaf zal hier verder op ingegaan worden.

2.3 Huidige mate van integratie en toekomstbeeld

Huidige mate van integratie

Wat is nu eigenlijk integratie en meer specifiek wat houdt het begrip geïntegreerd medisch-specialistisch bedrijf in?

Hodge & Anthony (1991) omschrijven integratie als de situatie waarin alle delen van de totale organisatie samen functioneren in een dynamisch evenwicht. Het gaat hierbij om de middelen die een organisatie gebruikt om het werk van de verschillende taakgroepen te coördineren.

In de vele literatuur op het gebied van integratie van specialisten in het ziekenhuis is er echter geen eenduidige definitie te vinden van een geïntegreerd medisch-specialistisch bedrijf. Meerdere auteurs spreken over integratie als het groeien tot één samenhangend geheel. Van Rens (1991) is van mening dat de behoefte aan integratie voortkomt uit de problemen rondom de dualistische ziekenhuisstructuur. In een ziekenhuisorganisatie zijn namelijk twee partijen te onderscheiden, met aan de ene kant de professie in de inhoudelijke rol en aan de andere kant het management in de faciliterende rol. Bij een ziekenhuis in de huidige tijd grijpen deze beide processen zo in elkaar dat het dualistische systeem leidt tot fricties en verlies aan effectiviteit.

Na het lezen van het rapport: "Gedeelde zorg: Betere zorg" kunnen de ideeën van de Commissie-Biesheuvel als volgt worden uitgelegd: Ziekenhuizen zullen moeten worden omgevormd tot een zogeheten medisch-specialistisch bedrijf, een organisatorische eenheid waarin voortdurend nauw overleg bestaat tussen de diverse specialismen en waarin een nauwe samenwerking tot stand komt met de eerstelijnszorg.

Samenvattend kunnen ons inziens twee ontwikkelingen onderscheiden worden die kenmerkend zijn voor de integratie van de specialist in het ziekenhuis. Allereerst is daar de zogenaamde "organisatorische integratie", dat wil zeggen integratie ten gevolge van de ontwikkeling van het ziekenhuis van facilitair bedrijf naar integrerend kader voor de medisch specialistische zorg. Sleutelwoorden hierbij zijn managementparticipatie en organisatiestructuurverandering in de richting van een decentrale vorm, bijvoorbeeld een divisiestructuur (zie paragraaf 3.2). Ten tweede is er sprake van integratie als gevolg van een verandering in betalingswijze van de specialisten, "de financiële integratie". Werden tot voor kort ziekenhuizen en specialisten op uiteenlopende wijze bekostigd, heden ten dage wordt ook voor specialisten, werkzaam in het ziekenhuis, een budget (lumpsum) vastgesteld dat extern wordt toegekend en dat intern (dus binnen het ziekenhuis) in onderling overleg moet worden verdeeld over de afzonderlijke specialisten. Ondanks het feit dat deze twee vormen in dit onderzoek onderscheiden worden, zijn ze in de praktijk vaak onlosmakelijk met elkaar verbonden.

Door het NZi is inmiddels een onderzoek gedaan naar het verloop en de resultaten van de lokale initiatieven. Blijkens dit rapport is in de praktijk op de navolgende wijze uitvoering gegeven aan de vooraf gestelde spelregels. In een lokaal initiatief (Nienoord-Buré, van Rooij en van Avesaath, 1996) worden financiële en zorginhoudelijke afspraken gemaakt en in één overeenkomst tussen specialisten, ziekenhuizen en zorgverzekeraars (tripartite) geregeld. Deze zogenaamde raamovereenkomsten kunnen worden ingedeeld in een drietal delen, te weten een algemeen deel, een financieel deel en een kwaliteits- en doelmatigheidsdeel.

Het algemene deel bestaat uit een zogenaamde pré-ambule en een aantal algemene zaken die in geen enkel contract kunnen ontbreken.

Het financiële gedeelte beslaat de vaststelling van het externe budget, de mutatiesystematiek van het externe budget en de interne verdeling en mutatiesystematiek. Ook de clearing house-constructie komt in dit gedeelte aan de orde.

Het externe budget is het totale bedrag dat op ziekenhuisniveau beschikbaar is voor de honoraria van alle deelnemende specialisten gezamenlijk. Dit externe budget heeft, zoals hierboven reeds vermeld, een lumpsumkarakter. Als basis voor de vaststelling van het externe budget diende de omzet van de specialisten in het jaar 1992, 1993, of 1994. Dit was de enige keuzevrijheid die men had en in de praktijk is gebleken dat men massaal heeft gekozen voor het jaar 1994.

Onder externe mutatiesystematiek wordt verstaan: "De wijze waarop het externe budget van jaar tot jaar muteert". VWS schreef voor dat deze mutatie plaats dient te vinden op basis van onderhandelingen over de aantallen voordeurparameters: opnames, dagbehandelingen en de eerste polikliniekbezoeken. Deze aantallen voordeurparameters lopen gelijk met de afspraken daaromtrent voor de ziekenhuizen. De mutatie van dit externe budget mag in principe niet boven het beschikbare FOZ-kader uitkomen, tenminste niet zolang de zorgverzekeraars nog niet substantieel gebudgetteerd zijn.

Onder interne verdeling verstaat men de manier waarop het externe startbudget, in het eerste jaar van de looptijd van de raamovereenkomst, over de specialisten wordt verdeeld.

De interne mutatiesystematiek is de wijze waarop de interne budgetten per specialist van jaar tot jaar muteren. De enige voorwaarde die aan deze systematiek is verbonden is dat de som van de interne budgetten niet boven het externe budget van een bepaald jaar uit mag komen, tenzij partijen hier vooraf afspraken over hebben gemaakt; verder is deze interne budgettering geheel vrij.

Een clearing house is een centraal punt via welke de projecten de reguliere medisch-specialistische tarieven dienen te declareren. Het verschil tussen de opbrengst van die tarieven en de vastgestelde lumpsum wordt jaarlijks verrekend via het verpleegtarief van het betrokken ziekenhuis (VWS, 1995).

Het door VWS vereiste kwaliteits- en doelmatigheidsdeel dient te voorkomen dat de raamovereenkomst slechts een financiële constructie is. Immers in de overeenkomst moeten zowel zorginhoudelijke als financiële aspecten worden geregeld.

Aan de interne mutatiesystematiek wordt in het algemeen een groter onderscheidend vermogen toegekend dan aan de externe mutatiesystematiek, daar de interne mutaties veel groter kunnen zijn dan de beperkte groei van het externe budget, met het FOZ als absolute bovengrens. Dit uit zich bijvoorbeeld in het feit dat een budgetstijging van de ene maatschap gefinancierd kan worden door een daling van het budget van een andere maatschap. Binnen de interne mutatiesystematiek zijn vier categorieën te onderscheiden namelijk:

1. interne mutatiesystematiek is niet opgenomen in de raamovereenkomst;
2. honderd procent variabel, dat wil zeggen volledig afhankelijk van de eerder genoemde of één van de eerder genoemde parameters;
3. gemengd systeem, dus met een vaste, semi-vaste en een variabele component;
4. mutatie met een vast percentage (FOZ), zonder koppeling aan parameters.

De externe mutatiesystematiek kan op drie manieren worden geregeld:

1. niet opgenomen in de raamovereenkomst;
2. externe mutatie is variabel, volledig afhankelijk van parameters;
3. externe mutatie met een vast percentage (FOZ), zonder koppeling aan parameters.

Waarbij het FOZ-kader op twee manieren kan worden gebruikt:

a) FOZ-kader is niet genoemd in de raamovereenkomst;

b) FOZ-kader is afgesproken als bovengrens voor de externe mutatie.

Hierbij dient te worden opgemerkt dat het ontbreken van afspraken in een raamovereenkomst niet wil zeggen dat er ook helemaal geen afspraken over zijn gemaakt.

Op basis van de hier genoemde criteria is een tiental verschillende combinaties te maken, dat door samenvoeging van sommige groepen gereduceerd is tot een zevental (Nienoord-Buré, van Rooij en van Avesaath, 1996). De verschillende lokale initiatieven zijn dan ook financieel gezien in te delen in zeven groepen.

1. interne en externe mutatie 100% variabel, FOZ bovengrens externe mutatie;
2. interne en externe mutatie 100% variabel, geen bovengrens externe mutatie;
3. interne mutatie 100% variabel, externe mutatie met vast percentage (FOZ);
4. interne mutatie gedeeltelijk variabel, externe mutatie 100% variabel, FOZ bovengrens voor externe mutatie;
5. interne mutatie gedeeltelijk variabel, externe mutatie niet opgenomen in de raamovereenkomst;
6. interne mutatie met een vast percentage (FOZ);
7. de restgroep: interne mutatie is niet opgenomen in de raamovereenkomst.

De keuze voor groep 1 of 2 maakt een hogere mate van integratie mogelijk aangezien de keuze voor een 100% variabele systematiek de koppeling van honorariumbudget en ziekenhuisbudget garandeert. Deze koppeling komt voort uit het feit dat de produktieafspraken die gemaakt worden op basis van de voordeurparameters bepalend zijn voor de hoogte van het ziekenhuisbudget. Wanneer dan je systematiek 100% variabel is kunnen behoeften van ziekenhuis en specialisten makkelijker op elkaar afgestemd worden. Wanneer bijvoorbeeld met vaste componenten gewerkt wordt is de speelruimte kleiner.

De clearing house-constructie is voor zover ze nog niet bestond nergens ingevoerd op de wijze die men oorspronkelijk voor ogen had, hoewel op enkele plaatsen wel principe-afspraken zijn gemaakt hierover. Er is wel een centraal orgaan/clearing house gevormd, maar dit houdt zich slechts bezig met de verrekening van de verschillen tussen de opbrengsten van de declaraties en het vooraf overeengekomen budget. Feit is dat deze constructie tot nu toe in meerderheid wordt verricht door een apart opgericht orgaan in plaats van door de ziekenhuisadministratie en een in het ziekenhuis geïntegreerd declaratiesysteem in het merendeel van de gevallen (nog) niet tot stand is gekomen. Ongeacht de formeel-juridische structuur die is gekozen voor de uitvoering van de administratieve functie van de clearing house, is de specialist in alle gevallen verantwoordelijk gebleven voor zijn eigen declaraties. Deze worden nog steeds verstuurd naar de patiënt of naar de zorgverzekeraar. Echter in tegenstelling tot de vroegere situatie worden nu op een centraal punt deze declaraties opgeteld en vergeleken met het afgesproken budget van de maatschap. Het geconstateerde verschil wordt vervolgens, op verzoek van de betrokken partijen, door het COTG verwerkt in een opslag, danwel afslag op het verpleegtarief van het betreffende ziekenhuis.

Samenvattend kan dan gesteld worden dat de huidige mate van integratie af te meten is aan een aantal aspecten, waarbij wij als uitgangspunt voor integratie de definitie die eerder in dit hoofdstuk genoemd is nemen: "Integratie is het toegroeien naar één geheel". De mate van integratie wordt dan bepaald door:

Organisatorische integratie:

1. de gekozen formele structuur: bij een hoge mate van integratie vormen specialisten en ziekenhuis één geheel en is er sprake van een decentrale organisatiestructuur, waarin de duale structuur is opgeheven;
2. de mate van managementparticipatie: een hoge mate van integratie kenmerkt zich door specialisten die in het management geïntegreerd zijn;
3. de onderhandelingsvorm die wordt gebruikt voor het maken van produktieafspraken: een hoge mate van integratie kenmerkt zich door situatie 2 (zie paragraaf 5.3): waarbij directie en specialisten als één partij onderhandelen met de zorgverzekeraar.

Financiële integratie:

1. de vorm die gekozen is voor de interne en externe mutatiesystematiek: een hoge mate van integratie kenmerkt zich door een overeenstemming tussen deze systematieken, waarbij beide systematieken 100% variabel zijn;
2. de vorm die gekozen is voor de interne verdeling van het honorariumbudget: bij een hoge mate van integratie vindt deze verdeling plaats door een reeds in het ziekenhuis aanwezig orgaan, bijvoorbeeld de medische staf, en niet door een apart opgericht orgaan;
3. de locatie van het verrekencentrum: wanneer deze zich binnen de ziekenhuisorganisatie bevindt kan men spreken van een hoge mate van integratie.

Toekomstbeeld

De verzekeraars en de NVZ hebben te kennen gegeven dat zij in de toekomst toe willen naar een systeem waarin daadwerkelijk sprake is van een geïntegreerd beleid. In hun visie zal dit leiden tot het stand komen van o.a.:

- één prijs per produkt;
- één financieringsstroom tussen verzekeraar en instelling;
- één contractrelatie tussen verzekeraar en instelling;
- één aanspreekpunt voor de verzekeraar, nl. het instellingsmanagement.

De artsen gaat een dergelijke ontwikkeling te ver en zij pleiten dan ook weliswaar voor een geïntegreerde werkwijze, maar dan wel met behoud van ieders specifieke verantwoordelijkheden. Dit betekent dat er niet slechts sprake zal zijn van bipartite overleg tussen verzekeraar en instelling, maar dat tussen ziekenhuis en specialisten bipartite overleg moet zijn over volume en kwaliteit van de zorgprodukten en dat vervolgens in tripartite overleg met de zorgverzekeraars tot afspraken moet worden gekomen. Inmiddels is dit door middel van de lokale initiatieven gerealiseerd en nemen alle drie partijen deel aan het overleg (zie de in paragraaf 5.3 geschetste situaties).

Het is de bedoeling dat middels onderhandelingen en afspraken tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders jaarlijkse budgetten worden afgesproken waarbinnen het ziekenhuis, inclusief de daarin werkzame specialisten, zijn taken verricht. Het verrichtingensysteem voor de specialisten zal dientengevolge volledig komen te vervallen (Hulst, 1996).

Uiteindelijk willen wel alle partijen toe naar een systeem van produktomschrijvingen met daarbij behorende prijzen. Dit zal echter op korte termijn nog niet realiseerbaar zijn.
Wil men naar een volledig geïntegreerd medisch-specialistisch bedrijf toe, dan zal men de integratie van medisch specialisten in het ziekenhuis moeten institutionaliseren (Cummings & Worley, 1993). Dit houdt in dat men er voor moet zorgen dat de geplande veranderingen blijvend zijn en onderdeel worden van het dagelijks functioneren.

3

Functie en organisatie van ziekenhuis, specialisten, zorgverzekeraars en huisartsen

3.1 Inleiding

Na het beschrijven van de ontwikkelingen op beleidsgebied in de gezondheidszorg, zal in dit hoofdstuk enige aandacht geschonken worden aan het functioneren en de organisatie van de vier verschillende partijen. In de paragrafen 2, 3, 4 en 5 zullen het functioneren en de organisatie van respectievelijk het ziekenhuis, de specialisten, de zorgverzekeraars en de huisartsen aan de orde komen.

3.2 Ziekenhuis

Functie van ziekenhuizen

De ziekenhuisbranche kent drie soorten ziekenhuizen, namelijk algemene ziekenhuizen, academische ziekenhuizen en categorale instellingen. Dit onderzoek zal zich richten op de zogenaamde algemene ziekenhuizen, omdat dit de grootste groep is.

De hoofdtaak van een ziekenhuis in Nederland bestaat uit het verschaffen van medisch-specialistische zorg en de bijbehorende verpleging en verzorging (NIVEL & NZi, 1993).

Organisatie van ziekenhuizen

De laatste 15 jaar is het aantal ziekenhuizen behoorlijk teruggelopen. De verwachting is zelfs dat het aantal algemene ziekenhuizen zal blijven dalen om uiteindelijk onder de 100 uit te komen. Als belangrijkste oorzaken van deze ontwikkeling wordt gewezen op een grootschalig proces van fusie, schaalvergroting en concentratie van functies (NIVEL & NZi, 1993).

Belangrijkste redenen voor deze fusiegolf zijn:

- verhoging van de doelmatigheid;
- een strategische reactie op de grootschalige fusie- en samenwerkingsontwikkelingen in de wereld van de zorgverzekeraars.

De wijze waarop inhoud wordt gegeven aan deze fusieprocessen is sterk afhankelijk van de lokale situatie en op grond daarvan ontstaan nogal wat verschillende ziekenhuisvormen.

Op landelijk niveau zijn de ziekenhuizen georganiseerd in de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen, NVZ. Deze vereniging stelt zich de collectieve belangenbehartiging van de branche en ondersteuning van de individuele leden tot doel (NVZ, 1996).

Op dit moment kennen de meeste ziekenhuizen nog een functionele dienstenstructuur. Echter door de huidige ontwikkelingen, met name geïnitieerd door de overheid, zullen nieuwe organisatiestructuren moeten worden ingevoerd. Meestal gaat het dan om een zogenaamde "divisiestructuur". Samengevat komt het erop neer dat de overheid af wil van de huidige duale structuur en toe wil naar een systeem waarin decentrale management-participatie van medisch specialisten centraal staat.

Managementparticipatie (Cummings & Worley, 1993) is een vrij breed begrip, dat als doel heeft organisatieleden meer te betrekken bij het nemen van relevante organisatiebeslissingen. Idealiter heeft dit een continue kwaliteitsverbetering, grotere flexibiliteit en een grotere arbeidssatisfactie tot gevolg. Belangrijke sleutelwoorden in deze zijn: macht, informatie, beloning en kennis en vaardigheden.

In geval van managementparticipatie binnen ziekenhuizen gaat het dan om het meebepalen van het te voeren beleid, belangrijke investeringen en het meebesturen van de organisatie door artsen en verplegend personeel. Naast hun verantwoordelijkheid voor de inhoud van de zorg, moeten zij nu ook meedenken en meebeslissen in de organisatie daarvan (van der Wee, Felling en Persoon, 1996). Daarnaast onderscheiden wij nog betrokkenheid van specialisten bij het beleid. Het verschil zit hem dan in het feit dat betrokkenheid slaat op meepraten en managementparticipatie op meebeslissen en meebesturen.

In een organisatie met een divisiestructuur (Cummings & Worley, 1993) worden de activiteiten van de organisatie op basis van produkten, diensten, klantgroepen of geografie georganiseerd. Alle of de meeste bronnen die nodig zijn voor het volbrengen van bepaalde doelen worden georganiseerd als in een zogenaamde "self-contained unit" (semi-afhankelijk eenheid) met aan het hoofd een produkt- of divisiemanager. Het uiteindelijke resultaat is dan een grote organisatie die is opgebouwd uit kleinere (soms tijdelijke) organisaties met een speciaal doel, gericht op een specifiek produkt, dienst, klantgroep(en) of regio. In de gezondheidszorg betreft het dan organiseren rond zorgprocessen. Deze organisatievorm blijkt in de praktijk het best te werken onder de volgende omstandigheden:

- onstabiele en onzekere omgeving;
- grote organisatie;
- technologische interdependenties tussen de functies;
- doelen die produktspecialisatie en innovatie bevorderen.

De kracht van een dergelijke structuur (Daft, 1995) is dat er snel kan worden ingesprongen op veranderingen in de omgeving en dat ieder produkt wordt vertegenwoordigd door een aparte divisie, hetgeen het makkelijker maakt voor klanten om de juiste divisie te benaderen. Aangezien in de meeste ziekenhuizen de grootte niet toereikend is voor het tot stand brengen van een divisiestructuur, zal moeten worden gezocht naar andere vormen die een grote decentralisatie mogelijk maken. Een voorbeeld hiervan is een clustervorm, waarbij slechts een deel gedecentraliseerd is, en waarbij de ondersteunende specialismen gecentraliseerd blijven (meer hierover in hoofdstuk 9).

Ontwikkelingen van de branche

Lems (1990) onderscheidt een viertal grote tendensen met betrekking tot de externe organisatorische vormgeving van ziekenhuizen:

- concentratietendens: fusies, joint ventures;
- integratietendens: bijvoorbeeld managementparticipatie;
- decentralisatietendens;
- markttendens: beter passende produkt-markt-combinaties.

Afgezien van het feit dat alle tendensen onmiskenbaar ook hun uitwerking zullen hebben op de interne organisatorische vormgeving van het ziekenhuis hebben de integratietendens en de decentralisatietendens deze uitwerking in wel heel expliciete mate.

3.3 Specialisten

Specialisten zijn in het algemeen verbonden aan een ziekenhuis, voornamelijk omdat zij vanwege de noodzakelijke technologische voorzieningen aangewezen zijn op het ziekenhuis. Soms hebben specialisten daarnaast nog een eigen praktijk of zijn werkzaam in een privé-kliniek.

Binnen de groep van specialisten werkzaam in een ziekenhuis kan verder nog onderscheid gemaakt worden tussen de zogenaamde "poortspecialismen" en de "ondersteunende specialismen". Poortspecialismen zijn de specialismen waarnaar patiënten normaliter worden verwezen door hun huisarts en kunnen onderverdeeld worden in beschouwende en heelkundige specialismen. Ondersteunende specialismen omvatten onder meer anesthesie en radiologie. In totaal zijn er in Nederland 29 erkende specialismen.

Organisatie van de medisch specialisten

Op dit moment bevinden er zich in Nederland ongeveer 14.000 geregistreerde specialisten in de ziekenhuizen (Nienoord-Buré, van Rooij en van Avesaath, 1996). In het ziekenhuis kan een specialist werken als vrijgevestigd specialist of in loondienst (van Oorschot, 1995).
Binnen het ziekenhuis zijn de specialisten veelal verenigd in zogenaamde maatschappen. Deze maatschappen zijn horizontale samenwerkingsverbanden tussen specialisten van (meestal) een en hetzelfde specialisme. Binnen de maatschap is er sprake van een gelijke verdeling van werk en (daardoor) inkomen, waardoor hiërarchische verhoudingen in principe ontbreken. Juridisch gezien is een maatschap geen rechtspersoon en is het een samenwerkingsverband waarbinnen personen individueel aanspreekbaar blijven.

Voor hun landelijke vertegenwoordiging kunnen specialisten een keuze maken uit een aantal organisaties:

- de Landelijke Specialisten Vereniging (LSV), als overkoepelende organisatie van de specialisten;
- het Nederlands Specialisten Genootschap, NSG, met ongeveer 300 leden (Ankoné, 1995);
- de Nederlandse Specialisten Federatie, NSF, met 2233 leden (Wildevuur, 1995);

- de Academische Specialisten Vereniging, ASV, met circa 1500 leden en gericht op specialisten werkzaam in academische ziekenhuizen (NIVEL & NZi, 1993).

De overheid erkent echter slechts twee verenigingen als onderhandelingspartner te weten: de LSV en de NSF. Hierbij moet nog worden gezegd dat LSV en NSF een zekere gelijkgerichtheid hebben in hun activiteiten wat betreft de positionering en honorering van de specialisten. Hiernaast bestaat er per specialisme (29 in totaal) ook nog een wetenschappelijke vereniging, die verantwoordelijk is voor onder andere zaken als opleidingen, kwaliteitsbevordering, protocolontwikkeling.

Ondanks de onderlinge verscheidenheid lijkt er ook bereidheid te bestaan om zich te richten op het organiseren van de groepen binnen een groter verband. Voordelen van een dergelijke structuur kunnen zijn: samen sterk staan, het terugwinnen van leden, één specialistenvereniging in plaats van vier en niet achteruit vechten, maar vooruit acteren. Hiertoe is de Orde van Medisch Specialisten (afgekort: de Orde) opgericht (per: 31-01-1997). Met de Orde wil men bereiken wat de LSV eens was: een vereniging die de overgrote meerderheid en het liefst alle specialisten bindt (Wildevuur, 1996). Men wil één monolithische organisatie voor specialisten, waar alles voor en door specialisten gebeurt. De ledenbestanden van de LSV, de NSF en de Academische Specialisten Vereniging zullen worden samengevoegd in het ene lidmaatschap van de Orde. Binnen de Orde is hierdoor rekening gehouden met alle verschillende politieke en wetenschappelijke ideeën, hetgeen tot uiting komt in de oprichting van een Kamer Dienstverband, een Kamer Vrij Beroep en een Kamer Academische Specialisten.

Ontwikkelingen van de beroepsgroep

Een belangrijke ontwikkeling binnen de groep van medisch specialisten is het vervagen van de grenzen tussen de verschillende specialismen door het ontstaan van vele verschillende subspecialismen. Daarnaast zijn, met name door het op gang komen van de discussie over de toename van het volume van de specialistische zorg, de tegenstellingen binnen de beroepsgroep duidelijker naar voren gekomen. Met het oog op realisatie van integratie vormt vooral de externe sturing, liever gezegd het gebrek eraan, een probleem. Het is met andere woorden moeilijk om gerichte invloed uit te oefenen op de beroepsgroep.

Een aantal oorzaken ligt hieraan ten grondslag:

- de medisch-specialistische beroepsgroepen bepalen in hoge mate zelf de kwaliteit en kwantiteit van hun handelen;
- professionals laten zich moeilijk sturen (probleem van de professionele autonomie);
- de meeste specialisten zijn vrijgevestigd en zullen als uitvloeisel hiervan landelijke maatregelen altijd toetsen op financiële consequenties.

Vooral het inkomen van de specialisten vormt reeds jaren onderwerp van vele discussies.

3.4 Zorgverzekeraars

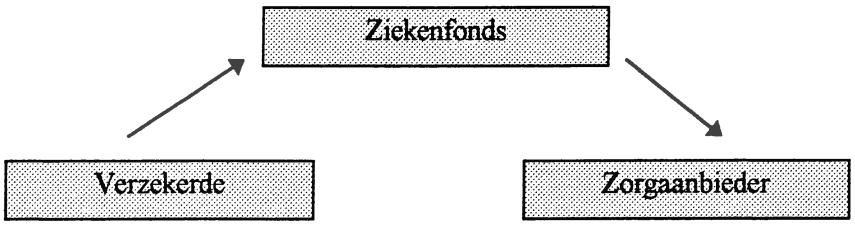
Organisatie van de zorgverzekeraars

In Nederland bestaan er drie soorten verzekeraars: de ziekenfondsen, de particuliere verzekeraars en de publiekrechtelijke verzekeraars. Alle drie werken zij met een ander premieheffingsstelsel en met een ander uitbetalingssysteem (NIVEL & NZi, 1993).

De ziekenfondsen kunnen worden beschouwd als uitvoerders van het in 1941 ingevoerde ziekenfondsenbesluit en de in 1966 aanvaarde Ziekenfondswet. Deze wet werd in het leven geroepen om de ziektekosten collectief te kunnen bekostigen. De premie die op basis van deze wet verplicht wordt geheven bestaat uit een percentage van het bruto-inkomen van de werknemer, mits dit inkomen beneden de loongrens ligt, en een bijdrage van de werkgever. Hierdoor zijn dan ook eventuele gezinsleden meeverzekerd. Tegenwoordig moet overigens wel per lid ook een vast bedrag betaald worden (ten Broeke, 1993). In ruil voor betaling van dit bedrag heeft de verzekerde dan recht op allerlei medische verstrekkingen die deel uit maken van het ziekenfondspakket. Tot voor kort diende de patiënt zich in te schrijven bij het ziekenfonds in zijn/haar eigen regio. In deze situatie is inmiddels enige verandering opgetreden waarover later meer. Patiënten die verzekerd zijn bij een ziekenfonds hoeven niet eerst zelf hun rekening te betalen daar deze rechtstreeks wordt toegestuurd aan het ziekenfonds; verplichtingen worden dus uitbetaald "in natura". Een ziekenfonds richt zich dus primair op de zorgaanbieders zelf.

De geldstroom tussen de drie partijen in dit verband kan als volgt visueel worden weergegeven:

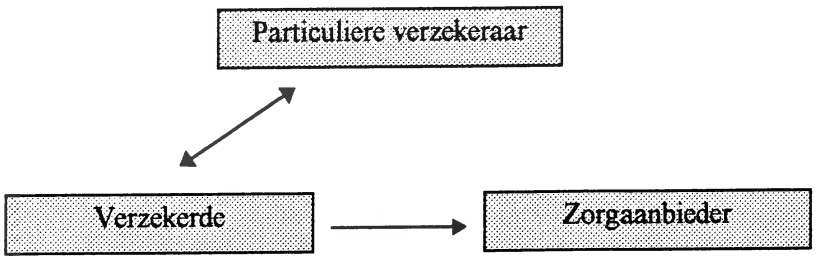
Figuur 3-1: declaratie via ziekenfonds



Tot voor kort was de financiering van de ziekenfondsen een zogenaamde "open eindfinanciering", d.w.z. dat als de uitgaven in een bepaald jaar de inkomsten overschreden de premie het jaar daarop werd aangepast. Een ziekenfonds kon dus in principe niet failliet gaan, maar maakte ook geen winst. Boven de ziekenfondsloongrens of als men een zelfstandig beroep heeft is men niet van rechtswege verzekerd en moet men zich laten verzekeren bij een particuliere ziektekostenverzekeraar.

Als particulier verzekerde moet men een vast premiebedrag per gezinslid betalen maar men heeft dan wel een grotere keuze in soorten verzekeringen en men kan een eigen risico nemen, dit in tegenstelling tot een ziekenfondsverzekerde (ten Broeke, 1993). Naarmate men zich voor meer verstrekkingen verzekert betaalt men ook meer premie, naarmate men een hoger eigen risico neemt betaalt men minder. Een particuliere ziektekostenverzekeraar werkt volgens een zogenaamd "restitutiesysteem" hetgeen wil zeggen dat de patiënt in principe eerst zelf de rekening voor de medische hulpverlening betaalt en deze vervolgens declareert bij zijn verzekeraar (overigens gaan particuliere verzekeraars tegenwoordig ook in toenemende mate over op het natura-stelsel; bijvoorbeeld voor geneesmiddelen die afgeleverd worden door de openbare apotheek). Afhankelijk van de afgesproken polisvoorwaarden krijgt de patiënt dan de kosten voor medische hulp geheel of gedeeltelijk vergoed. Een particuliere verzekeraar heeft dus vooral een financiële relatie met de verzekerde en niet met de zorgaanbieder. De geldstroom tussen deze drie partijen wordt in navolgende figuur weergegeven:

Figuur 3-2: declaratie via particuliere verzekeraars



Een particuliere verzekeraar is veelal landelijk georiënteerd en in tegenstelling tot de ziekenfondsen kan een particuliere verzekeraar voor eigen risico werken en kan in principe winst maken (ten Broeke, 1993).

Tenslotte is er dan nog de groep van de publiekrechtelijke verzekeringen. Dit stelsel van ziektekostenregelingen is van toepassing op Gemeente- en Provincieambtenaren en degenen die werkzaam zijn bij de politie. Deze verzekering maakt onderdeel uit van de arbeidsvoorwaarden. Een deel van dit verzekeringssysteem maakt gebruik van het reeds eerder genoemde restitutiesysteem en voor het andere deel heeft de verzekerde een eigen risico. De premie die men betaalt wordt procentueel geheven over het inkomen en is gebonden aan een bovengrens (van Praag, 1986).

Ontwikkelingen binnen zorgverzekering

De afgelopen jaren hebben zich binnen de zorgverzekeraarswereld nogal wat veranderingen voorgedaan. Allereerst zijn ziekenfondsen tegenwoordig niet meer gebonden aan een bepaalde regio maar kunnen zij in heel Nederland actief zijn. Daarnaast heeft zich op grote schaal een proces van fusie en samenwerking afgespeeld om hun concurrentiepositie te kunnen verstevigen. Dit ging om fusies tussen particuliere verzekeraars onderling maar ook om fusies tussen particuliere verzekeraars en ziekenfondsen (NIVEL & NZi, 1993). Inmiddels is deze fusiewoede al weer bekoeld en heeft de situatie zich gestabiliseerd. Belangrijke wijzigingen die in de nabije toekomst hun beslag krijgen, zijn de voltooiing van de stapsgewijs in gang gezette budgettering van de ziekenfondsen (1998) en de invoering van eigen bijdragen in de ziekenfondsverzekering per 1-1-1997.

3.5 Huisartsen

Functie van de huisarts

In Nederland is de huisarts verantwoordelijk voor de algemene medische zorg in de extramurale hulpverlening (NIVEL & NZi, 1993). Deze hulpverlening draagt een generalistisch karakter en is allereerst gericht op het verduidelijken van de hulpvraag om vervolgens te bevorderen dat passende hulpverlening wordt geboden. Behandeling vindt indien mogelijk plaats door de huisarts zelf en anders verwijst de huisarts door naar een meer passende en meer specialistische hulpverlening. In deze doorverwijzing ligt de zogenaamde "poortwachtersfunctie" van de huisarts besloten. De positie die de huisarts inneemt in het huidige stelsel is sinds 1983 vastgelegd in het Basistakenpakket (LHV, 1987). De belangrijkste taken die hierin zijn vastgelegd kunnen als volgt worden beschreven:

- huisartsen werken voor een vaste praktijkpopulatie van op naam ingeschreven patiënten;
- huisartsenhulp is voor iedereen in Nederland te allen tijde beschikbaar;
- de huisarts fungeert als eerste aanspreekpunt in geval van gezondheidsklachten.

In de toekomst is het de bedoeling dat het Basistakenpakket van de huisarts zoveel mogelijk wordt gedekt door standaarden die zijn ontwikkeld door het Nederlands Huisartsen Genootschap. Het gaat hierbij om standaarden voor veel voorkomende klachten of aandoeningen in de huisartspraktijk.

Organisatie van de huisartsen

In Nederland werken ongeveer 7000 huisartsen en iedere huisarts maakt deel uit van een huisartsengroep waarin afspraken worden gemaakt over zaken als waarneming, nascholing, praktijkvoering en samenwerking met anderen (LHV, 1995). Op landelijk niveau worden de huisartsen door twee organisaties vertegenwoordigd, te weten: de LHV, de Landelijke Huisartsen Vereniging, en het NHG, het Nederlands Huisartsen Genootschap. De LHV geeft enerzijds inhoud aan het beleid van de beroepsgroep (dus op landelijk niveau) en ondersteunt anderzijds de individuele huisarts bij zijn of haar praktijkuitoefening. Ongeveer 90% van alle huisartsen in Nederland is aangesloten bij de LHV en de organisatie kent verschillende niveaus.

Huisartsengroepen worden op regionaal niveau vertegenwoordigd door de Regionale Huisartsen Verenigingen, die tevens huisartsen afvaardigen naar de ledenvergadering van de Landelijke Huisartsen Vereniging. In totaal zijn er ruim 80 van dergelijke RHV-en. De RHV-en worden op hun beurt weer overkoepeld door 23 Districts Huisartsen Verenigingen. Deze DHV-en hebben een professionele staf en houden zich onder meer bezig met de onderhandelingen met verzekeraars en het vestigingsbeleid. De voorzitters van de DHV-en vormen, samen met een Dagelijks Bestuur, het Centraal Bestuur van de LHV. Daarnaast bestaat er ook nog het NHG, dat zich voornamelijk bezig houdt met de ontwikkeling van het huisartsenberoep in inhoudelijke zin. Circa 2/3 van de huisartsen is lid van het NHG.

4

Onderhandelen

4.1 Inleiding

In de hoofdstukken 2 en 3 is een beeld geschetst van de beleidsontwikkelingen binnen de gezondheidszorg en de functie en organisatie van ziekenhuizen, medisch specialisten, zorgverzekeraars en huisartsen. In dit hoofdstuk zal ingegaan worden op de bestaande theorie over onderhandelen. Deze drie hoofdstukken vormen de basis voor hoofdstuk 5, waar we onderhandelingen in de gezondheidszorg behandelen.

In dit hoofdstuk wordt in paragraaf 2 onderhandelen en strategisch gedrag besproken. In paragraaf 3 komt een onderhandelingsmodel aan de orde: distributief en integratief onderhandelen. In paragraaf 4 worden enige succesfactoren genoemd. Vervolgens wordt in de paragrafen 5 en 6 aandacht geschonken aan respectievelijk de multipartiële- en de achterbanproblematiek bij onderhandelingen.

4.2 Onderhandelen en strategisch gedrag

"Onderhandelen is een proces van informatie-uitwisseling, zólang, tot voor beide partijen voordelige compromissen zich beginnen af te tekenen." (Mastenbroek, 1990)

Mastenbroek (1990) onderscheidt twee karakteristieken van onderhandelingssituaties: Ten eerste zijn partijen wederzijds afhankelijk en ten tweede hebben partijen tegelijk verschillende belangen. Om deze belangen gerealiseerd te zien kan men drie vaardigheden toepassen, te weten: samenwerken, onderhandelen en vechten.

Onderhandelen onderscheidt zich als een sociale vaardigheid, het zit als een alternatief tussen samenwerkings- en vechtgedrag in. *Samenwerken* is op zijn plaats als men overeenkomstige belangen en doelen heeft. *Onderhandelen* is de juiste strategie als er sprake is van verschillende, soms zelfs tegenstrijdige, belangen, maar men tegelijkertijd zodanig van elkaar afhankelijk is dat er voor beide partijen voordelen aan een overeenkomst verbonden zijn. Partijen zijn het oneens, maar ze willen wel tot overeenstemming komen. *Vechten* is de meest waarschijnlijke strategie zolang, in geval van strijdige belangen, een partij meent meer te kunnen winnen door vechten dan onderhandelen. De grenzen tussen deze drie soorten gedrag zijn niet scherp.

Onderhandelen is volgens Mastenbroek een kwestie van het behoedzaam en flexibel hanteren van verschillende dilemma's. Deze dilemma's zijn te hanteren door vijf soorten activiteiten:

1. het beïnvloeden van de inhoud: tot resultaten komen, de baten en lasten verdelen;
2. het beïnvloeden van de sfeer: een constructief klimaat en redelijke persoonlijke relaties scheppen;
3. het beïnvloeden van de machtsbalans: de machtsbalans tussen partijen in evenwicht houden of iets gunstiger afstellen;
4. het beïnvloeden van de achterban: de eigen positie ten opzichte van de achterban verstevigen;
5. het beïnvloeden van de procedures: zodanige procedures ontwikkelen dat men flexibel blijft en tegelijk de kans op een voordelig compromis vergroot.

4.3 Een model: distributieve en integratieve onderhandelingen

Bij het typeren van onderhandelingen wordt vaak een onderscheid gemaakt tussen distributieve en integratieve onderhandelingen (Lewicki & Litterer, 1985). In de navolgende paragrafen zullen deze twee soorten onderhandelingen nader aan de orde komen.

4.3.1 Distributieve onderhandelingen

Bij distributieve onderhandelingen (Lewicki & Litterer, 1985) gaat het over onderhandelingen die competitief zijn; er is sprake van een win-lose situatie. De doelen van de ene partij en de manieren om deze doelen te bereiken zijn in direct conflict met de doelen van de andere partij. De bronnen om deze doelen te bereiken zijn beperkt en elke partij wil een zo groot mogelijk deel van deze bronnen bemachtigen.

De basisstructuur van distributieve onderhandelingen bestaat enerzijds uit het bepalen van het eigen openingsdoel (wat wil men bereiken) en anderzijds uit het bepalen van het eigen weerstandspunt (hoeveel wil men maximaal inleveren om tot een compromis te komen). De doelen van de andere partij worden vaak al snel duidelijk tijdens het onderhandelingsproces. Het weerstandspunt echter is vaak tot laat in het proces onbekend. Het weerstandspunt is wel heel belangrijk, aangezien het verschil tussen de weerstandspunten van beide partijen de onderhandelingsrange definieert. Het geeft het gebied weer, waarbinnen men kan onderhandelen. Onderhandelingen betreffen meestal meerdere onderwerpen, elk onderwerp heeft een eigen doel en weerstandspunt. Een voorwaarde voor succesvol distributief onderhandelen is dat het verschil tussen de weerstandspunten wel positief moet zijn. Twee voorbeelden:

1. een ziekenhuis wil in principe 15 hartoperaties per jaar uitvoeren (doel); met als minimum 12 (weerstandspunt); De zorgverzekeraar wil er echter maar 11 vergoeden (doel), doch uiterlijk 14 (weerstandspunt). De onderhandelingsrange ligt dus tussen de 12 en 14 operaties;
2. als de zorgverzekeraar van voorbeeld 1 maar een doel van 9 heeft en een weerstandspunt van maximaal 11, dan is de spreiding negatief en is succesvol onderhandelen onmogelijk.

Daarnaast hebben de onderhandelaars nog twee mogelijkheden tot hun beschikking voor een succesvolle uitkomst:

1. het beïnvloeden van het geloof van de andere partij in wat mogelijk is;
2. zo veel en zo snel mogelijk de positie van de andere partij bepalen en hun weerstandspunt zien te ontdekken.

Distributief onderhandelen is eigenlijk een conflictsituatie, waarin partijen hun eigen voordeel willen behalen door tot een compromis te komen wat zo dicht mogelijk bij het weerstandspunt van de andere partij ligt. Mogelijke tactieken zijn:

- het verkrijgen van informatie over de positie van de oppositie;
- het overtuigen van de leden van de andere partij dat zij hun ideeën moeten veranderen over het verkrijgen van hun eigen doelen;
- het promoten van de eigen doelen zó dat ze gewenst, nodig of zelfs onvermijdelijk lijken.

Ook tactieken als het achterhouden van informatie, proberen om de tegenpartij te misleiden en het gebruik van manipulatieve acties worden toegepast.

Escalatie is dus niet ondenkbaar, maar om een succesvol resultaat te bereiken, moeten beide betrokken partijen aan het einde het gevoel hebben dat de uitkomst de best mogelijke is, zodat ze deze kunnen accepteren en ondersteunen.

4.3.2 Integratieve onderhandelingen

Het begrip integratieve onderhandelingen (Lewicki & Litterer, 1985) behelst win-win situaties. Aan het begin van de onderhandelingen lijken de doelen onverenigbaar. Er heerst een idee dat er een gelimiteerde te verdelen hoeveelheid bronnen is (een "fixed-pie" situatie). Het verschil met distributief onderhandelen zit echter in de acceptatie van beide partijen dat het ene doel het andere niet hoeft uit te sluiten, dat het mogelijk is voor beide partijen om hun doelen te bereiken. Een collaboratieve, probleem-oplossende benadering van het conflict door beide partijen is hierbij onmisbaar. Succesvol integratief onderhandelen vereist vier condities:

1. de partijen moeten in staat zijn om de ware behoeften en doelen van de ander te begrijpen;
2. zij moeten in staat zijn om een vrije stroom van informatie en een open uitwisseling van ideeën te creëren;
3. zij moeten trachten om te focussen op gelijkheden en de nadruk leggen op zaken die zij gemeen hebben en juist niet op verschillen;
4. zij moeten zoeken naar oplossingen die de doelen van beide zijden tegemoet komen.

Vervolgens zijn er nog vijf andere precondities:

1. het proces wordt vergemakkelijkt als men een algemeen doel vormt;
2. de partijen moeten motivatie en commitment hebben om produktief samen te werken;
3. zij moeten elkaar kunnen vertrouwen en hard werken om dit vertrouwen te bewerkstelligen en te behouden;
4. er moet duidelijke en accurate communicatie zijn over wat men wil en men moet de behoeften van de ander proberen te begrijpen;
5. de partijen moeten open staan voor het feit dat de behoeften van de andere partij valide zijn.

De bovenstaande condities en precondities kunnen natuurlijk enige overeenkomst vertonen, het verschil zit hem in het moment waarop deze condities van belang zijn. Tot slot moet nog vermeld worden dat het integratief onderhandelingsproces bestaat uit drie fasen, te weten: probleem-identificatie, genereren van de oplossingen en als laatste het kiezen van een oplossing. Het is een moeilijk proces van onderhandelen en alleen door de hiervoor beschreven condities te creëren kan dit proces succesvol zijn.

4.3.3 Conclusie

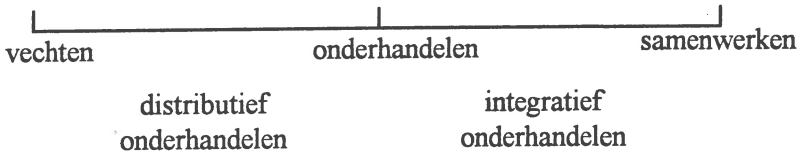
In navolgende tabel worden de kenmerken van respectievelijk distributief onderhandelen en integratief onderhandelen samengevat.

Tabel 4-1: distributief versus integratief onderhandelen

Distributief	Integratief
• win-loose situatie	• win-win situatie
• het doel van de tegenpartij zo snel mogelijk proberen te ontdekken	• in staat zijn om de wederzijdse doelen te begrijpen en willen begrijpen
• achterhouden van informatie, proberen de tegenpartij te misleiden	• vrije informatiestroom en open uitwisseling van ideeën
• wederzijdse doelen en oplossingen zijn in direct conflict	• benadrukken van overeenkomstige belangen
• een zo groot mogelijk deel van de bronnen willen bemachtigen	• zoeken naar gemeenschappelijke oplossingen
• geen streven naar samenwerking	• algemeen doel creëren
• competitieve relatie	• motivatie en committent om produktief samen te werken
	• wederzijds vertrouwen

Concluderend kan ons inziens nog gezegd worden dat op de as vechten, onderhandelen samenwerken, die Mastenbroek onderscheidt (zie paragraaf 4.2), het distributief onderhandelen aan de kant van vechten geplaatst kan worden, terwijl integratief onderhandelen veel meer richting samenwerken gaat.

Figuur 4-1: vergelijking Mastenbroek en Lewicki & Litterer



Ter verduidelijking van het verschil tussen distributief en integratief, tot slot nog een voorbeeld van een onderhandelingssituatie die op het eerste gezicht distributief lijkt, maar toch een integratief karakter blijkt te hebben.

Bij de budgetverdeling in een ziekenhuis is er bijvoorbeeld 10.000 gulden over divisie A en B te verdelen. Divisie A wil 6.000 gulden, maar divisie B ook. Dit lijkt een distributief onderhandelingskarakter: één van de twee krijgt 6.000 de ander 4.000 of beide krijgen ze 5.000. In deze situatie verliest er altijd iemand. Wanneer er verder onderhandeld wordt blijkt dat beide divisies een apparaat van 3.000 gulden willen aanschaffen. Uiteindelijk wordt besloten om dit apparaat samen aan te schaffen. Iedereen is tevreden, iedereen wint: een integratief onderhandelingsproces.

4.4 Succesfactoren bij onderhandelen

Hieronder zullen enige succesfactoren en vuistregels voor onderhandelen besproken worden. Deze succesfactoren zijn gebaseerd op verschillende auteurs: Bacharach, Druckman, Mastenbroek en Pruitt.

1. tijd: tijd is een zeer belangrijke factor bij onderhandelingen. Mensen hebben tijd nodig om aan iets te wennen. Geduld kan dan een belangrijke factor zijn in onderhandelingen. Tijdslimieten en tijdsdruk horen bij onderhandelen;
2. impasses: impasses zijn onvermijdelijk. Men kan impasses bewust gebruiken als tactisch instrument. Een impasse test de vasthoudendheid en de kracht van de andere partij. Het is tevens een middel om nieuwe informatie te genereren of om naar alternatieve oplossingen te gaan zoeken;
3. vragen en antwoorden: men moet vooraf mogelijke vragen van de tegenpartij met mogelijke antwoorden bedenken, aangezien het voor veel mensen vaak moeilijk is om snel en accuraat antwoord te geven op vragen;
4. schorsen: de effectiviteit van onderhandelen neemt toe als er veel schorsingen aangevraagd worden; dit heeft meer zin dan lang vergaderen met korte pauzes;
5. doelstelling: hoe hoger het aspiratieniveau, hoe beter het resultaat. Men moet echter wel oppassen dat men geen extreme onderhandelingsposities creëert. De geloofwaardigheid zal dan afnemen. Er moeten geen dingen die niet te verantwoorden zijn met feiten en argumenten gevraagd worden;
6. concessies: het is belangrijk om de andere partij de eerste concessie te laten doen op een belangrijke zaak, en zelf als eerste op minder belangrijke punten te beginnen;

7. agenda: degene die de agenda beheerst, beheerst datgene wat ter sprake komt en datgene wat niet ter sprake komt. De agenda kan het beste besproken worden voor de onderhandelingen beginnen;
8. overredingskracht, de volgende punten vereisen hierbij aandacht:
   - kennis van de achtergrond van de persoon/personen waarmee onderhandeld wordt;
   - presentatie;
   - een positieve instelling, zonder iets in te leveren;
   - beperking in argumenten: Hoe meer argumenten men aanvoert, hoe groter de kans dat de ander er één tussen vindt waarmee hij korte metten kan maken;
   - beperking in debatteren: Verzandt niet in eindeloze debatten, waarbij men steeds dezelfde argumenten aanvoert.

4.5 Multipartiële onderhandelingen; de problematiek van meerdere partijen

Eén van de meest fundamentele consequenties van meer partijen in de onderhandelingssituatie is, dat deze minder helder en meer complex neigt te worden. Ten eerste zijn er meer belangen, waarden en ideeën die geïntegreerd moeten worden. Ten tweede zal er hierdoor meer onzekerheid bestaan over de doelen van de andere partijen. Meer partijen leidt dus tot meer situationele complexiteit en tot een grotere individuele machteloosheid. Aangezien een groter aantal partijen meer heterogeniteit betekent wat betreft belangen en ideeën van de verschillende partijen, zal de zoektocht naar integratieve oplossingen (zie paragraaf 4.3.2) bemoeilijkt worden naarmate er meer partijen bij de onderhandelingen betrokken zijn (Lewicki & Litterer, 1985).

Het aantal betrokken partijen kan de onderhandelingen als volgt beïnvloeden (Midgaard & Underdal, 1977): naarmate er meer partijen zijn, is het des te aannemelijker dat een bereikte overeenstemming (als deze al bereikt wordt) maar gedeeltelijk bereikt is:

1. wanneer deze slechts betrekking heeft op een gedeelte van de onderhandelingsonderwerpen;
2. wanneer er op ambigue wijze enige onenigheid blijft bestaan;

3. wanneer deze maar door enkele partijen zal worden geaccepteerd.

Onderhandelen veronderstelt een zekere gelijkwaardigheid van partijen. Effectief onderhandelen hangt samen met een zeker machtsevenwicht. Bij duidelijke machtsverschillen ziet men ander gedrag optreden: manipulerend en exploiterend versus onderdanig en meegaand gedrag. Een zeker machtsevenwicht en een besef dat men elkaar nu eenmaal nodig heeft, zijn voorwaarden voor constructief onderhandelen. Meer partijen in een onderhandelingssituatie die hun machtsposities samenvoegen en zo één partij vormen leidt tot coalitievorming. Coalitievorming (Druckman, 1977) brengt 2 belangrijke vragen met zich mee:

1. Welke coalities zullen gevormd worden en waarom?
2. Wat zal het resultaat hiervan zijn?

Coalities worden gevormd omdat men verwacht door samenwerking meer te bereiken dan alleen, of als men het simpelweg alleen niet denkt aan te kunnen. Het resultaat van coalitievorming zal zijn dat men meer kans heeft om te "winnen"; men verwacht een voor de eigen partij zo gunstig mogelijke uitkomst te bereiken.

Doordat er door coalitievorming minder partijen bij de onderhandelingen betrokken zijn zal de situationele complexiteit verkleind worden. Onderhandelingen zullen dus in principe minder moeizaam verlopen. Binnen de coalitie moet dan wel iedereen op één lijn zitten. Bij onderlinge conflicten wordt de coalitie inflexibel en valt het voordeel van coalitievorming helemaal weg.

4.6 Achterban-problematiek

Bij de aanwezigheid van een achterban kunnen extra problemen ontstaan. De meest essentiële karakteristiek van de relatie met de achterban is het onderhandelingskarakter ervan (Mastenbroek, 1990). Het belang van deze onderhandelingsrelatie onderkennen veel onderhandelaars. Mastenbroek stelt zelfs dat de kern van succesvol onderhandelen ligt in het willen en kunnen onderhandelen met de achterban. Pas op de tweede plaats komt het onderhandelen met de tegenspelers.

Er is een vijftal tactieken te onderscheiden om het onderhandelen met de achterban te vergemakkelijken:

- voorkomen van een strikt mandaat of van precieze opdrachten, door een korte voorbereidingstijd of door de zaak verward te houden;
- de eisen van de achterban matigen, door tactisch informatie te geven over wat haalbaar is;
- personen met te hoge verwachtingen buiten de feitelijke onderhandelingen houden;
- het resultaat van de onderhandelingen vaag of meer ingewikkeld houden, zodat kritiek weinig houvast kan hebben;
- concessies van de tegenpartij opblazen.

Ten opzichte van de eigen achterban en die van de tegenpartij moet men proberen de volgende informatie naar boven te halen:

- Hoe sterk staan de onderhandelingspartners naar hun achterban, hoe sterk staat de onderhandelaar zelf?
- Waar liggen de primaire belangen van de achterban?
- Wie zijn de 'opinion-leaders' bij de achterban?
- Met wat voor zaken, die relatief weinig kosten, kunnen de onderhandelingspartners scoren bij de achterban (en andersom)?
- Onderhandelt de achterban constant mee of is er een duidelijke afstand?
- In welke mate is er een 'show' nodig naar de achterban?

Na in dit hoofdstuk een beeld te hebben geschetst van de voor ons onderzoek relevante literatuur op het gebied van onderhandelen, zal in het volgende hoofdstuk de koppeling gemaakt worden met de vorige hoofdstukken en zullen onderhandelingen in de gezondheidszorg aan de orde komen.

5

Onderhandelingen en integratie in de gezondheidszorg

5.1 Inleiding

In dit hoofdstuk zal een beeld geschetst worden van de huidige stand van zaken betreffende de relaties tussen ziekenhuis en specialist en de relatie met derden, te weten: de zorgverzekeraars en de huisartsen. Tevens zal een overzicht gegeven worden van de bestaande literatuur over de onderhandelingen tussen deze partijen.

In paragraaf 2 zal de relatie tussen ziekenhuis en specialist behandeld worden, paragraaf 3 gaat over de onderhandelingen die ziekenhuis en specialist met elkaar voeren. In de paragrafen 4 en 5 zal dit zelfde beeld geschetst worden met betrekking tot de zorgverzekeraars en de huisartsen. Tenslotte zullen in paragraaf 6 de verwachtingen, die op basis van de in de hoofdstukken 2, 3, 4 en 5 behandelde literatuur gevormd zijn, beschreven worden.

5.2 De relatie tussen ziekenhuis en medisch specialisten

De relatie tussen ziekenhuis en medisch specialisten kan gekenschetst worden als een van wederzijdse afhankelijkheid (van Oorschot, 1995): zonder professioneel werkende medisch specialisten geen volwaardig ziekenhuis en zonder (professioneel) ziekenhuis(-management) geen volwaardige specialistenpraktijk. Het is dus wezenlijk dat erkend wordt dat beide partijen evenwaardige onderhandelingspartners zijn. Pas als hieraan is voldaan kan via uitwisseling van kennis en inzichten worden gekomen tot het ontwikkelen van gemeenschappelijke doelen.

Binnen een ziekenhuis zijn alle specialisten bij elkaar georganiseerd in de medische staf. Deze staf kent een stafbestuur en de communicatie tussen het ziekenhuismanagement en de medische staf verloopt normaliter via dit bestuur. Afhankelijk van de relatie tussen stafbestuur en directie zal de samenwerking met de medische staf ook goed verlopen. Aangezien het principe van bestuurlijke collegialiteit ten grondslag ligt aan de besluitvorming binnen de medische staf, zal er vrijwel altijd geprobeerd worden tot een maximale consensus in de besluitvorming te komen.

Afspraken omtrent de relatie tussen specialisten onderling en tussen specialisten en ziekenhuis kunnen op drie verschillende manieren worden vormgegeven:

- een maatschapsovereenkomst tussen specialisten van één specialisme;
- een stafreglement tussen alle specialisten in een ziekenhuis;
- een toelatingsovereenkomst tussen specialisten en het ziekenhuis.

Probleem op dit moment is de vraag of deze vormen nog wel voldoen aan de eisen van de tijd.

Het ziekenhuismanagement dient zorg te dragen voor het scheppen van de voorwaarden die noodzakelijk zijn om de medicus zijn beroep autonoom te kunnen laten uitoefenen (mede in het belang van de patiëntenzorg). Met het oog op deze professionele autonomie is op de voorstellen van de Commissie-Biesheuvel door de specialisten kritiek geleverd. Met name wordt door hen gewezen op het belang van de professionele autonomie, die door een eventuele "onderschikking" aan het ziekenhuismanagement in gevaar kan komen.

5.3 Onderhandelingen tussen ziekenhuis en specialist

Met de integratie van specialisten in het ziekenhuis zullen de onderhandelingen tussen deze twee partijen ook een ander karakter krijgen. Door de financiële integratie krijgen specialisten in de toekomst mogelijk te maken met loononderhandelingen met het ziekenhuis. Echter op dit moment is hier nog geen sprake van en voeren de specialisten met het ziekenhuis en de verzekeraar onderhandelingen over produktieafspraken.

Bij deze onderhandelingen kunnen twee situaties worden onderscheiden (Nienoord-Buré, van Rooij en van Avesaath, 1996) die leiden tot deze produktieafspraken en blijk geven van de mate van interne integratie:

1. de situatie waarin de directie vooroverleg pleegt met de stafvertegenwoordigers en zelf de onderhandelingen voert en later de resultaten terugkoppelt aan de staf (getrapt systeem);
2. de situatie waarin de directie met de staf vooroverleg pleegt en vervolgens met stafvertegenwoordigers als één blok naar buiten treedt tijdens de onderhandelingen met de verzekeraar. De rol van de specialisten bij de onderhandelingen varieert van ondersteunend tot beïnvloedend.

In de tweede situatie is ons inziens meer sprake van een geïntegreerd medisch-specialistisch bedrijf, aangezien ziekenhuis en specialisten hier als één partij in onderhandeling treden met de zorgverzekeraar. Door de organisatorische integratie zullen de onderhandelingen die zij moeten voeren met het ziekenhuis niet slechts gaan over de dagelijkse gang van zaken, maar ook over beleidsmatige kwesties. Zij zullen meer medeverantwoordelijk worden voor de middellange- en langetermijn-planning (managementparticipatie, zie paragraaf 3.3).

De onderhandelingen over de inhoud van zorg die men voor de invoering van de lokale initiatieven voerde hadden een distributief karakter; men was door de duale structuur slechts verantwoordelijk voor de gang van zaken in de eigen maatschappen. Hierdoor was het enige doel om een zo groot mogelijk profijt voor de eigen partij binnen te halen, desnoods ten koste van andere partijen.

In de huidige situatie, waarin ziekenhuis en specialisten naar verwachting één partij zullen gaan vormen, is naast het belang van de eigen maatschap ook het belang van de andere maatschappen en de rest van het ziekenhuis een prominente rol gaan spelen. Er zal meer gekeken worden naar een voor ieder zo voordelig mogelijke verdeling van bronnen en middelen. Op basis van het bovenstaande kan ons inziens geconcludeerd worden dat er meer integratieve onderhandelingen zullen plaats vinden. Hier kan nog aan worden toegevoegd dat door de kwaliteits- en doelmatigheidseis die gesteld was aan het opstellen van de raamovereenkomst, ook meer integratieve onderhandelingssituaties tot stand gekomen zijn.

In instellingsgebonden projecten, die zich richten op met name de interne bedrijfsvoering en kwaliteit, heeft men gezamenlijk gezocht naar overkoepelende, voor iedere partij gunstige, kwaliteits- en doelmatigheidsprojecten (Nienoord-Buré, van Rooij en van Avesaath, 1996).

Inmiddels zijn de eerste resultaten van de lokale initiatieven bekend (Nienoord-Buré, van Rooij en van Avesaath, 1996). In een rapport worden de gevolgen hiervan voor onderhandelingen samengevat:

1. knelpunten worden niet weggestopt, maar ze worden gezamenlijk besproken. Communicatie en overleg tussen de partijen is sterk toegenomen;
2. door de uitwisseling van kennis over inhoudelijke zaken, over de achtergronden van partijen en feedback naar de achterbannen is meer begrip voor elkaar ontstaan;
3. binnen het ziekenhuis hebben de specialisten meer belang gekregen bij en zijn daardoor meer betrokken bij onderwerpen aangaande de budgettering en het algemeen beleid. Aan de andere kant raken ziekenhuisdirecties meer betrokken bij de specialistenbudgettering en de discussies over de interne verdeling van het externe budget;
4. vanuit de medische staven komt een eigen ontwikkeling op gang om een hechtere organisatie te vormen. Voor een geïntegreerde bedrijfsvoering zijn de onderlinge afspraken en mandatering in stafverband van belang.

5.4 Relaties met derden, te weten: zorgverzekeraars en huisartsen

5.4.1 De relatie met de zorgverzekeraars

Tot voor kort was het zo dat de ziekenfondsen op grond van de Ziekenfondswet (ZFW) verplicht waren schriftelijke overeenkomsten te sluiten met hulpverlenende personen en instellingen.

Deze werden door de koepelorganisaties van de partijen vastgelegd in zogenaamde Uitkomsten van Overleg (UvO) en ter goedkeuring voorgelegd aan de Ziekenfondsraad (ZFR). In de praktijk werden zodoende individuele overeenkomsten afgesloten tussen ziekenfonds en aanbieder overeenkomstig de geldende UvO.

In de toekomstige situatie zal de individuele overeenkomst echter veel belangrijker worden dan tot op heden het geval was. Afspraken tussen partijen zullen meer of minder bindend zijn afhankelijk van de organisatievorm van de partijen in het overleg. Een gevolg hiervan is dat een individuele overeenkomst in principe van de gemaakte afspraken mag afwijken zonder dat hiervoor de langdurige procedure van de ZFR noodzakelijk is (van den Oetelaar, 1993).

Over het algemeen zal de verzekeraar meer moeite gaan doen om de medisch specialist te betrekken (actief) bij de beleidsontwikkeling zoals deze wordt nagestreefd door ziekenhuis en verzekeraar zelf (NIVEL & NZi, 1993). Uiteindelijk doel van een dergelijke samenwerking is het tot stand brengen van kwaliteits- en doelmatigheidsprojecten met kostenbesparing als oogmerk. Voorwaarde hiervoor is dat de medische staf, ziekenhuisdirectie en zorgverzekeraar bereid zijn samen te werken. Uitvloeisel hiervan is dat er meer tripartite overleg zal plaats vinden tussen deze drie partijen.

De toekomstige situatie, als uitvloeisel van de lokale initiatieven, zal zich kenmerken door een honorerings- en bekostigingssysteem dat voor alle betrokkenen gelijk gericht werkt, afschaffing van de verrichtingensystematiek, één geïntegreerd budget en één financieringsstroom van zorgverzekeraar naar de ziekenhuisorganisatie. Met andere woorden het tot stand komen van een zogenaamd medisch-specialistisch bedrijf. In dit geïntegreerd medisch specialistisch bedrijf zijn de specialisten en de ziekenhuisdirectie geïntegreerd tot één partij, waardoor er met de zorgverzekeraar sprake is van bipartite overleg.

De huidige relatie tussen ziekenhuis en specialisten en zorgverzekeraar is per geval verschillend, aangezien men binnen de landelijke spelregels van de lokale initiatieven zelf invulling heeft gegeven aan deze relatie.

5.4.2 De relatie met de huisarts

De relatie tussen huisarts en medisch specialist wordt voornamelijk gekenmerkt door het verwijzen van patiënten van eerste lijn naar tweede lijn (en vice versa). Tussen de twee werksferen van de huisarts en medisch specialist fungeert de huisarts als poortwachter. Hij/zij selecteert wie wel en wie niet in aanmerking komt voor verdere specialistische zorg en zorgt ervoor dat de patiënt naar de juiste specialistische zorg wordt doorverwezen. Naast deze verwijsrelatie worden huisarts en specialist ook verbonden via het voorschrijven van medicijnen. Dit gebeurt op navolgende wijze:

- herhalingsrecepten worden door specialisten voorgeschreven en door de huisarts herhaald;
- voorschrijven van bepaalde medicijnen door de huisarts geschiedt na overleg met de specialist;
- er vindt controle plaats op elkaars beleid met betrekking tot behandeling van patiënten en het daarmee samenhangende voorschrijf-beleid.

Het contact tussen huisarts en medisch specialist blijkt in Nederland in de praktijk sterk afhankelijk te zijn van de regio en het specialisme. Over het algemeen blijft contact tussen de twee partijen meestal beperkt tot verwijsbrieven van de huisarts en ontslagbrieven van de specialist. Verder vindt er weinig overleg plaats.

In Nederland geldt dat een patiënt formeel onder de verantwoordelijkheid van de specialist valt zodra hij/zij het ziekenhuis betreedt (Kersten, 1992). Echter onder invloed van de plannen van de Commissie-Biesheuvel en de lokale initiatieven schieten transmurale projecten in de relatie huisarts-specialist uit de grond. Deze transmurale projecten komen in de raamovereenkomst aan de orde in de kwaliteits- en doelmatigheidspraragraaf en hebben als doel te komen tot een verschuiving/verplaatsing van zorg en/of om projecten om te komen tot een betere afstemming tussen eerste, tweede en derde lijn. Het merendeel van deze transmurale projecten heeft betrekking op samenwerking met huisartsen (Nienoord-Buré, van Rooij en van Avesaath, 1996).

5.5 Onderhandelingen met derden, te weten: zorgverzekeraar en huisarts

5.5.1 Onderhandelingen met de zorgverzekeraar

Door de lokale initiatieven maken ziekenhuisdirecties samen met specialisten onderling steeds meer goede afspraken, zodat de zorgverzekeraar met slechts een contract partner te doen heeft (Nienoord-Buré, van Rooij en van Avesaath, 1996). De onderhandelingen die ziekenhuis en specialist voeren met derden hebben hierdoor een andere aard en een andere inhoud gekregen.

De literatuur over multipartiële onderhandelingsproblematiek stelt dat naarmate er meer partijen bij de onderhandelingen betrokken zijn, de onderhandelingen moeilijker tot een voor iedere partij gunstig resultaat zullen leiden. Aangezien er na verregaande integratie één partij minder is door samenvoeging van specialist en ziekenhuis tot één partij, zullen de onderhandelingen makkelijker moeten gaan verlopen (zie paragraaf 4.5).

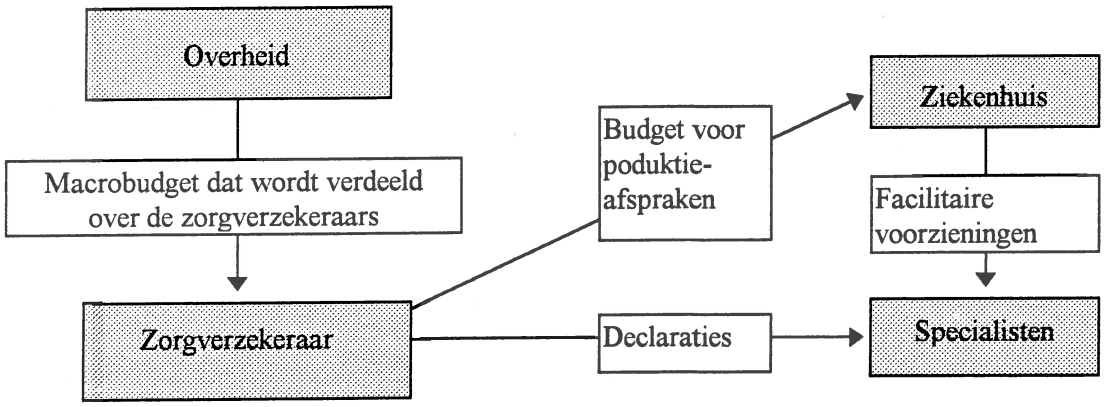
Echter, in de lokale initiatieven waar meerdere ziekenhuizen in één regio samen hebben plaatsgenomen, zijn er door de complexiteit van dit netwerk meer partijen bij de onderhandelingen aanwezig, waardoor in deze gevallen de onderhandelingen juist moeizamer zullen verlopen.

Binnen het ziekenhuis zal de machtsbalans evenwichtiger worden, door de betrokkenheid van medisch specialisten bij het management (zie paragraaf 3.2 en 5.3). Er zal meer integratief onderhandeld worden, omdat door de integratie de medisch specialisten meer betrokken zijn bij de bepaling van het lange en korte termijn beleid en het dagelijks leiding geven. Deze betrokkenheid vereist namelijk een meer integratief onderhandelingskarakter.

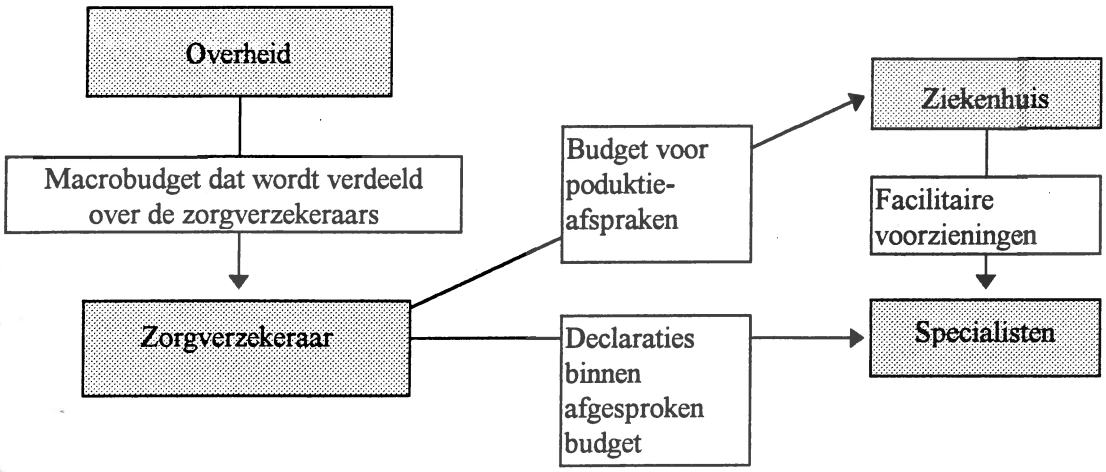
Voor de lokale initiatieven onderhandelde de zorgverzekeraar alleen met de directie van het ziekenhuis. In de huidige situatie is er sprake van één coalitie van specialisten en directie in de richting van "een geïntegreerd medisch-specialistisch bedrijf". Voor de onderhandelingen met de zorgverzekeraar betekent dit, als directie en specialisten werkelijk één geïntegreerd geheel vormen, dat door de verkleining van de situationele complexiteit de onderhandelingen minder moeizaam zullen verlopen (zie paragraaf 4.5).

De hierboven beschreven verwachtingen over veranderingen in de onderhandelingssituaties en de karakters van de onderhandelingen, zijn mede een gevolg van de invoering van de nieuwe financieringsstructuur. Waar specialisten vroeger los van het ziekenhuis het aantal declaraties zelf konden bepalen, zijn ze nu gebudgetteerd. In de toekomst zullen de partijen waarschijnlijk nog meer moeten gaan samenwerken, als ziekenhuis en specialisten ook daadwerkelijk één budget toegekend krijgen.
In de volgende drie figuren wordt dit verschil in financiering weergegeven.

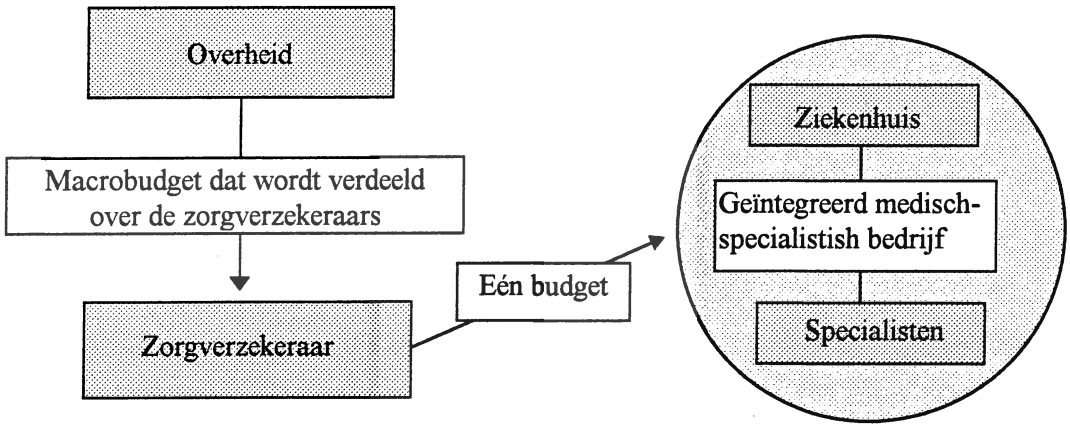
Figuur 5-1: situatie voor 1995



Figuur 5-2: situatie na 1995:



Figuur 5-3: toekomstsituatie



5.5.2 Onderhandelingen met de huisartsen

In paragraaf 4 is reeds beschreven dat er weinig overleg met de huisartsen plaats vindt. In de toekomst verwacht men echter wel verandering op dit gebied. In het kabinetsstandpunt inzake modernisering curatieve zorg, wordt aangegeven dat VWS vooral wil komen tot meer samenwerking in de curatieve zorg, met een spilfunctie voor de huisarts (kabinetsstandpunt, pagina 11). Het NZi (Nienoord-Buré, van Rooij en van Avesaath, 1996) noemt dit "ontschotting naar buiten", waardoor er meer ruimte zal ontstaan voor gestructureerde samenwerking met zorgaanbieders in de eerste lijn. Met betrekking tot onderhandelingen tussen ziekenhuis, specialist en huisarts kan men hierdoor verwachten dat deze in de toekomst frequenter gaan plaatsvinden. Doordat er meer samenwerking zal komen zullen ook de onderhandelingen inhoudelijk veranderen.

De huisarts blijft belangrijk voor specialisten, zolang hun lumpsum wordt vastgesteld met behulp van voordeurparameters.

5.6 Verwachtingen

Om door middel van bovenstaande literatuurstudie over onderhandelingen te komen tot onderhandelingen tussen de verschillende partijen, hebben wij op basis van die literatuur de volgende vragen en verwachtingen opgesteld welke aan de orde zullen komen in ons verdere onderzoek. Deze verwachtingen zijn verantwoord in de hiervoor beschreven literatuur.

Hoofdvragen:

1. In hoeverre is er sprake van toegenomen integratie, zowel organisatorische als financiële?
2. Welke veranderingen zijn er opgetreden in de wijze van onderhandelen naar aanleiding van de lokale initiatieven?
3. Welke veranderingen zullen nog gaan optreden en welke wenst men in de toekomst?

Verwachtingen:

Ad 1:

Een geïntegreerd medisch specialistisch bedrijf heeft de navolgende kenmerken (zie paragraaf 2.3):

1. ***een decentrale organisatiestructuur, waarin de duale structuur is opgeheven;***
2. ***managementparticipatie: de specialisten zijn in het management geïntegreerd;***
3. ***een onderhandelingsvorm waarbij directie en specialisten als één partij onderhandelen met de zorgverzekeraar (situatie 2, zie paragraaf 5.3);***
4. ***overeenstemming tussen de interne en externe mutatiesystematiek, waarbij beide systematieken 100% variabel zijn;***
5. ***interne verdeling van het honorariumbudget door een reeds in het ziekenhuis aanwezig orgaan, bijvoorbeeld de medische staf, en niet door een apart opgericht orgaan;***
6. ***locatie van het verrekencentrum binnen de ziekenhuisorganisatie.***

Ad 2:

Door de steeds verdergaande integratie van specialisten in het ziekenhuis (zowel financieel als organisatorisch), is naast het belang van de eigen maatschap ook het belang van de andere maatschappen en de rest van het ziekenhuis een prominente rol gaan spelen. Er zal meer gekeken worden naar een voor ieder zo voordelig mogelijke verdeling van bronnen en middelen (zie paragraaf 5.3).

Door invoering van de lokale initiatieven zullen de onderhandelingen van specialisten met het ziekenhuis meer integratief verlopen.

Bij de onderhandelingen die gevoerd worden met de zorgverzekeraar over produktieafspraken (zie paragraaf 5.3) zijn twee verschillende situaties met een verschillende mate van integratie te onderscheiden. In het geval waarin ziekenhuis en specialist als één partij naar de verzekeraar toetreden, is sprake van meer integratie en zullen de onderhandelingen makkelijker verlopen.
In geval van samengaan van ziekenhuis en medisch specialisten tot één partij/coalitie zullen de onderhandelingen met zorgverzekeraars makkelijker verlopen, de situatie is minder complex en helderder, en er zijn minder belangen, waarden en ideeën, die geïntegreerd moeten worden (zie paragraaf 4.5).

De lokale initiatieven zijn ofwel in een regionaal verband gestart ofwel lokaal. In een regionaal verband hebben meerdere ziekenhuizen met één zorgverzekeraar plaatsgenomen en in het lokale verband is er sprake van één ziekenhuis en één zorgverzekeraar (zie paragraaf 2.2.4).
Als er meer ziekenhuizen betrokken zijn in een netwerk van lokale initiatieven verlopen de onderhandelingen binnen dit netwerk moeizamer; de situatie is complexer, minder helder en er zijn meer belangen, waarden en ideeën die geïntegreerd moeten worden (zie paragraaf 5.5.1).

Vanuit de medische staven komt een eigen ontwikkeling op gang om een hechtere organisatie te vormen. Voor een geïntegreerde bedrijfsvoering zijn de onderlinge afspraken en mandatering in stafverband van belang (zie paragraaf 5.3).
Door de lokale initiatieven zijn specialisten nu direct betrokken bij de onderhandelingen met de zorgverzekeraar en worden de maatschappen direct vertegenwoordigd (zie paragraaf (5.3).
Door de lokale initiatieven zal het vertrouwen van medisch specialisten (= de achterban) in het ziekenhuismanagement toenemen.

6

Onderzoeksopzet

6.1 Inleiding

In dit hoofdstuk zal een verantwoording worden gegeven voor de onderzoeksmethode, het meetinstrument, de onderzoeksobjectbepaling en de analyse en verwerking van de interviews. In paragraaf 2 zal onderzoeksfase 2, de tweevoudige gevalstudie, worden besproken. Paragraaf 3 behelst de afname, het verloop, de analyse en de verwerking van de interviews. Tenslotte sluit paragraaf 4 dit hoofdstuk af.

6.2 Onderzoeksfase 2: tweevoudige gevalstudie

6.2.1 Methode van onderzoek

Om de probleemstelling te onderzoeken hebben we gebruik gemaakt van een tweevoudige gevalstudie. Het doel van deze tweevoudige gevalstudie is verkenning van een nog onvoldoende doorzien probleem (van der Zwaan, 1992). Het gaat hierbij om oriëntatie op complexe processen, om zo zicht te krijgen op de dynamiek van deze processen. Aangezien het in dit onderzoek gaat om een oriëntatie op de invloed van integratie van specialisten in het ziekenhuis op onderhandelen in de gezondheidszorg, is dan ook gekozen voor een gevalstudie. Op basis van de verkregen informatie omtrent integratie, financiële en organisatorische, en onderhandelingsmodellen uit het literatuuronderzoek, is een aantal onderzoeksvragen naar voren gekomen. Deze vragen en daaraan gekoppelde verwachtingen zijn in de praktijk onderzocht.

De meervoudige gevalstudie beslaat twee gevallen. Deze cases zijn door beide onderzoekers samen uitgewerkt en bestudeerd. De uitwerking van de interviewverslagen is echter wel opgesplitst, zodat beide onderzoekers ieder verantwoordelijk zijn geweest voor de uitwerking van de interviews in één case.

Wij hebben ons hierbij beperkt tot de visie van ziekenhuismanagement, specialisten en de zorgverzekeraar. Vanwege het korte tijdsbestek hebben we de visie van de huisartsen buiten beschouwing gelaten.

6.2.2 Bepaling onderzoeksobjecten

In het geval van een meervoudige gevalstudie gaat het volgens Yin (1989) om "analytische generalisatie", hetgeen betekent dat welbewust wordt gekozen voor een beperkt aantal gevallen vanuit een theoretisch oogmerk. De keuze wordt dus gemaakt op theoretische gronden. Aangezien integratie van specialisten in het ziekenhuis bestaat uit organisatorische en financiële integratie is er sprake van een tweeledige invloed op onderhandelingen en kunnen deze twee als selectiecriteria gebruikt worden. Echter de financiële integratie is een te complex gegeven om als selectiecriterium te dienen. De keuze voor het selectiecriterium is dus gevallen op een gegeven dat beide soorten integratie overkoepelt. Dit zijn de lokale initiatieven. Een onderscheid is dan te maken op complexiteit van het netwerk. Lokale initiatieven kunnen namelijk ofwel door één enkel ziekenhuis ofwel door meerdere ziekenhuizen samen gestart zijn (Nienoord-Buré, van Rooij en van Avesaath, 1996). Complexiteit ofwel grootte van het netwerk wordt dus het selectiecriterium. Idealiter zou dan aan het volgende plaatje voldaan moeten worden.

Tabel 6-1: selectiecriteria voor cases

	Grootte / complexiteit netwerk	
	Groot	Klein
Case	Case 1	Case 2

Onder een case verstaan we een ziekenhuis en het directe netwerk, te weten: de in het ziekenhuis aanwezige specialisten, de ziekenhuisdirectie en de betrokken zorgverzekeraars. Het onderzoek heeft betrekking op een aantal coördinerende sleutelfiguren, aangezien het gedurende onze beperkte tijd onmogelijk was alle betrokken personen aan het onderzoek deel te laten nemen. Sleutelfiguren zijn de afgevaardigden die deelnemen aan het tripartite overleg in het lokaal initiatief en een aantal specialisten dat hier juist geen deel aan neemt. Concreet betreft het dan de volgende sleutelfiguren: voor de specialisten de voorzitter van de medische staf, danwel van coöperatieve vereniging en vertegenwoordigers van maatschappen (bijv. chirurgie of interne geneeskunde), voor de ziekenhuizen de algemeen/economisch directeur, voor de zorgverzekeraars het ziekenfonds waar regionaal overleg mee wordt gevoerd door het betreffende ziekenhuis.

We hebben er in eerste instantie naar gestreefd om met tien personen per ziekenhuis gesprekken te hebben, om zo een zo volledig mogelijk beeld te krijgen van het netwerk binnen de ons beschikbare tijd en om zo uiteindelijk te kunnen beschikken over de informatie verkregen uit 20 interviews.

6.2.3 Operationele instrumenten

Keuze meetinstrument

Aangezien we ons in dit onderzoek richten op de vraag wat de invloed is van integratie op onderhandelingen in de gezondheidszorg, is het van belang om te weten te komen of de geïnterviewde deze invloed in de praktijk ervaart. Mede hierdoor is de keuze gevallen op een semi-gestructureerd interview, omdat het een exploratief, verkennend onderzoek betreft, waarin je zo veel mogelijk gegevens tracht te vergaren omtrent de problematiek.

Daarnaast (Cascio, 1991):

- is het de meest gebruikte techniek voor het achterhalen van de taken, plichten en gedragingen van personen binnen een organisatie;
- en worden met behulp van een interview activiteiten en gedragingen gerapporteerd die vaak niet geobserveerd kunnen worden. Zo ook activiteiten die over een lange periode hebben plaatsgevonden.

Om het interpreteren van de onderzoeksgegevens uitvoerbaar te maken konden de interviews niet een volledig open karakter hebben, maar is vastgehouden aan een vastomlijnde structuur waarin de door ons gewenste gegevens geoperationaliseerd zijn.

Vormgeving meetinstrument

Op basis van de verwachtingen in paragraaf 5.6 hebben we de volgende subvragen geformuleerd, aan de hand waarvan we vervolgens de vragenlijst hebben samengesteld (zie bijlage I).

Ad 1:

- Wat voor structuur heeft dit ziekenhuis?
- Is er sprake van managementparticipatie?
- Hoe vindt de externe mutatie plaats?
- Hoe vindt de interne mutatie plaats?
- Hoe wordt het budget intern verdeeld?
- Welk orgaan verzorgt verrekening van declaraties?

Ad 2:

- Welke partijen onderhandelen samen?
- Waarover wordt onderhandeld?
- Wat was het doel van het opstarten van de lokale initiatieven?
- Is er sprake van meer integratieve onderhandelingen ?
- Is er in de situatie waarin ziekenhuis en specialisten als één partij onderhandelen met de zorgverzekeraar sprake van makkelijker verlopende onderhandelingen?
- Is er in de situatie waarin meerdere ziekenhuizen plaats hebben genomen in één netwerk sprake van moeizamer verlopende onderhandelingen?
- Heeft de achterban vertrouwen in de afgevaardigde onderhandelaars en voelen de afgevaardigde onderhandelaars zich andersom gesteund door hun achterban?

Aangezien er weinig tot geen literatuur bestaat over de inhoud en het karakter van de gevoerde onderhandelingen zijn wij tijdens de interviews ingegaan op het onderscheid tussen integratief en distributief onderhandelen wat betreft inhoudelijke aspecten. Dit hebben we gedaan door een tabel, met daarin de eigenschappen van beide onderhandelingskarakters, aan de respondenten te tonen. Het doel hiervan was het verkrijgen van inzicht in welke onderhandelingssituaties en -relaties distributief en welke integratief van aard zijn. Tevens hebben we ons in dit onderzoek beperkt tot onderhandelingen ten aanzien van de raamovereenkomst en produktieafspraken. De verschillende onderhandelingen zijn moeilijk los te zien van elkaar, maar om verwarring te voorkomen hebben wij de interviews en de analyse gericht op bovengenoemde onderhandelingen.

Ad 3:

- Welke veranderingen verwacht men nog in de toekomst?
- Welke veranderingen zijn gewenst?

Gebruik meetinstrument

Alvorens van start te gaan met het afnemen van de interviews hebben we eerst een proefinterview afgenomen bij een specialist, om de vragenlijst in de praktijk te checken. Op basis hiervan is de meest geschikte volgorde voor het stellen van de vragen bepaald.

De interviews zijn door beide onderzoekers gezamenlijk afgenomen, met een duidelijke scheiding van taken, waarbij een ieder verantwoordelijk was voor het interviewen van zijn toegewezen case. De ander notuleerde hierbij ter ondersteuning en eventueel waar nodig ter aanvulling.

Telefonisch is een eerste contact gelegd om de mogelijkheden tot onderzoek te peilen. Vervolgens is aan de sleutelfiguren van de twee ziekenhuizen een brief gestuurd (zie bijlage II), die gekoppeld was aan een korte inhoudsbeschrijving van het interview. In deze brief werd om hun medewerking gevraagd, waarna zij telefonisch benaderd zijn om een afspraak te maken. De benaderingsroute zag er als volgt uit: na het ziekenhuis, de stafvoorzitter en de directie werden de specialisten benaderd.

De non-respons werd zo laag mogelijk gehouden door de sleutelfiguren te wijzen op de belangen van het onderzoek voor de verschillende partijen. In de praktijk bleek de bereidheid tot deelname groot.

6.2.4 Validiteit en betrouwbaarheid van het meetinstrument

De betrouwbaarheid (Baarda, de Goede en Teunissen, 1996) ofwel herhaalbaarheid van gegevens hebben we getracht te maximaliseren door de volgende controlemethodieken:

1. afname interviews door twee personen (onderlinge controle van de gegevens);
2. snelle uitwerking van de interviewaantekeningen;
3. terugkoppeling van de interviewverslagen naar de respondenten ter verificatie alvorens over te gaan tot gegevensverwerking;
4. triangulatie (gegevensverzameling vanuit verschillende invalshoeken).

De interne validiteit (Swanborn, 1987) handelt om de vraag of door het gebruikte meetinstrument (i.c. de vragenlijst) en door het verzamelen van relevante documenten, ook datgene wordt gemeten wat we willen meten; in dit geval dus welke invloed de integratie van specialisten in het ziekenhuis heeft op onderhandelingen. Om deze interne validiteit zo groot mogelijk te maken hebben we de volgende punten in acht genomen:

1. data-triangulatie (gebruik van verschillende soorten van gegevensbronnen);
2. gegevens vormen een "directe" weergave van hoe de situatie ervaren wordt door de direct betrokkenen (i.c. de specialisten, ziekenhuisdirectie en de zorgverzekeraar);
3. de vragenlijst is een directe operationalisering van de onderzoeksvragen en verwachtingen die we hebben opgesteld.

De externe validiteit handelt om de vraag of de uitkomsten van dit instrument algemene geldigheid hebben, bijvoorbeeld generaliseerbaar zijn naar andere ziekenhuizen. Van volledige externe validiteit kan helaas in ons onderzoek geen sprake zijn. Vanwege tijdgebrek is slechts een tweevoudige gevalstudie mogelijk.

Aangezien het onderzoeksgebied 104 ziekenhuizen betreft is twee ziekenhuizen een te kleine representatie van dit gebied. Daarentegen kan wel wat worden gezegd over vergelijkbare ziekenhuizen wat betreft regiofunctie, grootte, structuur en organisatie van taken.

Wij hebben gestreefd naar eenduidigheid van de vraagstelling en wel op zo'n manier, dat er bij het formuleren van de vraagstelling van uit werd gegaan zoveel mogelijk informatie te verkrijgen die relevant is. Sociaal wenselijke antwoorden[1] hebben we hiermee getracht tot een minimum te beperken.

6.3 De interviews: afname, analyse en verwerking

6.3.1 Afname van de interviews

In principe wilden we 10 vragenlijsten per geval afnemen bij eerder genoemde sleutelfiguren (zie paragraaf 6.2.2). In de praktijk is echter gebleken dat bij een aantal van 7 tot 8 interviews geen nieuwe informatie meer verkregen werd. Bij case 1 en case 2 hebben we door dit inzicht kunnen volstaan met respectievelijk 9 en 8 interviews. Zodoende zijn voor case 1 negen respondenten geïnterviewd: één directielid, één vertegenwoordiger van de zorgverzekeraar, 4 vertegenwoordigers van de medisch specialisten en 3 leden van de medische staf. Case 2 betrof de volgende acht respondenten: één directielid, één vertegenwoordiger van de zorgverzekeraar, de kwaliteitsmanager, één huidige vertegenwoordiger van de medische staf en één voormalige vertegenwoordiger, de voorzitter van de medische staf en 2 leden van de medische staf.

1 Sociale wenselijkheid: antwoorden worden beïnvloed door de neiging om te reageren op een manier waarvan men verwacht dat deze de interviewer, of bij een experiment de proefleider, bevalt (Swanborn, 1987).

Bij de interviewafname zijn we als volgt te werk gegaan:

- we hebben geprobeerd om zo snel mogelijk alle informatie omtrent organisatiestructuur en raamovereenkomst te achterhalen;
- daarnaast is middels de informatie van vertegenwoordigers van specialisten en directies deze informatie uitgebreid danwel verduidelijkt;
- zwaartepunt van de daarna komende interviews heeft gelegen bij punten 3 en 4 van de uiteindelijke vragenlijst (zie bijlage I);
- afname van de interviews:

  er is voor de tijdsduur van het interview uitgegaan van een half uur à drie kwartier. In de praktijk is echter gebleken dat dit zelfs nog aan de korte kant was.

  Bij de afname van de interviews is zoveel mogelijk vastgehouden aan de volgende volgorde:

  1. introductie interviewers;
  2. korte uitleg onderzoeksonderwerp en methode (d.w.z. de gegevens blijven vertrouwelijk en eerst zal terugkoppeling van het verslag plaatsvinden alvorens tot verwerking wordt overgegaan);
  3. aanvang van het interview waarbij zo veel mogelijk wordt vastgehouden aan de volgorde van de vragenlijst en de indeling integratief-distributief visueel wordt verduidelijkt middels de opgenomen figuur;
  4. afsluiting van het interview met daarbij nogmaals de uitleg over de verwerkingsprocedure en terugkoppeling van de onderzoeksresultaten na afronding van het gehele onderzoek.
- verwerking van de interviewgegevens in een verslag;
- dit verslag hebben wij teruggezonden aan de betreffende respondenten ter verificatie van het verslag, met een begeleidende brief (zie bijlage III);
- op- of aanmerkingen zijn vervolgens verwerkt in het definitieve verslag.

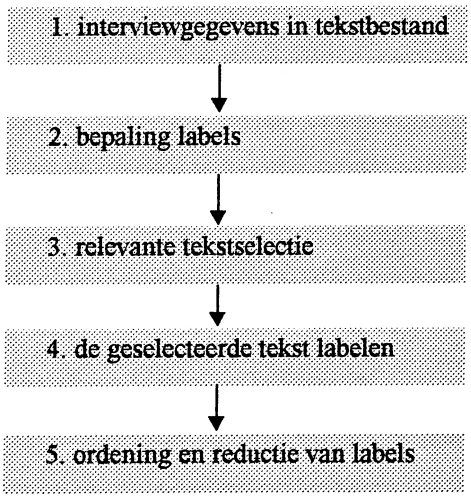
6.3.2 Verloop interviews

De interviews in beide onderzochte ziekenhuizen verliepen naar alle tevredenheid. Alle gewenste respondenten toonden meteen bereidheid tot medewerking. De gesprekken verliepen zeer open en de informatie die we wilden krijgen hebben we ook daadwerkelijk kunnen vergaren. Daarnaast waren de zorgverzekeraars waarmee de betreffende ziekenhuizen onderhandelen bereid om mee te werken. Ook deze gesprekken verliepennaar wens.

6.3.3 Analyse en verwerking van gegevens

De analyse van de gegevens betreft een kwalitatieve analyse. In navolgend schema wordt de analyse grafisch weergegeven (Baarda, de Goede en Teunissen, 1996).

Figuur 6.1: analyse van de gegevens



Alle interviewverslagen zijn per case in één bestand verwerkt;

De labels zijn van tevoren reeds bepaald door het opstellen van verwachtingen;

In de interviewverslagen wordt de relevante tekst geselecteerd;

In de hoofdstukken 7 en 8 wordt deze tekst gegroepeerd aan de hand van de labels;

In hoofdstuk 9 worden de labels gereduceerd tot de hoofdvragen en uiteindelijk tot de probleemstelling.

1. Voor de verwerking van interviews in een bestand is bij elk interview gebruik gemaakt van een vaste structuur die ingedeeld is naar onderwerp (zie bijlage IV).
   Alle interviewgegevens zijn los van de positie van de respondenten per case verwerkt. Op deze manier kon de anonimiteit waar nodig gewaarborgd worden. Dit was mogelijk omdat er weinig verdeling in de verschillende meningen bestond. Uitzonderingen zijn hierbij steeds genoemd;
2. Met het oog op de verwerking hebben wij van tevoren, tijdens onze literatuurstudie, de probleemstelling reeds geoperationaliseerd in de vorm van verwachtingen. Deze operationalisering komt tot uitdrukking in de items van de vragenlijst, die we gebruiken om de verwachtingen te toetsen. Bij de verwerking en analyse van de gegevens wordt dan ook weer teruggekoppeld naar de hoofdvragen uit paragraaf 5.6 om de probleemstelling uit hoofdstuk 1 te beantwoorden. Aan de hand van de vijf verwachtingen uit paragraaf 5.6 zijn de interviews per lokaal initiatief (ziekenhuis, specialisten en verzekeraar) en per verwachting verwerkt in de hoofdstukken 7 en 8;
3. We hebben de documenten (jaarverslagen en raamovereenkomsten) en de interviewverslagen geselecteerd op relevante tekst of citaten. Bij uiteindelijke uitspraken en conclusies hebben we altijd de documenten en de interviewgegevens met elkaar vergeleken ter verificatie. Dit hebben we per onderwerp gedaan, waarbij is uitgegaan van de documentgegevens en de overgrote meerderheid van meningen. De selectie betreft die citaten die volgens ons de heersende meningen het beste representeren;
4. Elk geselecteerde tekstdeel (citaat) heeft vervolgens een label gekregen (de verwachtingen);
5. In hoofdstuk 9 zijn dan de conclusies uit de hoofdstukken 7 en 8 gereduceerd tot drie labels, de hoofdvragen van ons onderzoek. Hier is de eindconclusie gebaseerd op de vergelijking van case 1 en 2.

6.4 Tot slot

In de hierna volgende twee hoofdstukken zullen de resultaten van de interviews besproken worden zoals in paragraaf 6.3.3 is geëxpliciteerd. Hoofdstuk 7 betreft dan case 1 en hoofdstuk 8 case 2.

7

Case 1: Resultaten

7.1 Inleiding

In dit hoofdstuk zullen in paragraaf 2 de resultaten van de interviews van case 1 kort weergegeven worden. In de navolgende paragrafen zal hier verder op ingegaan worden, met in paragraaf 3 de mate van integratie, in paragraaf 4 de onderhandelingen en in paragraaf 5 de context voor onderhandelingen in de toekomst. In deze paragrafen zullen de resultaten verduidelijkt worden met citaten, welke cursief gedrukt staan.

7.2 Resultaten

In tabel 7-1 wordt een overzicht geschetst van de uitkomsten van de in hoofdstuk 5 gestelde verwachtingen. De eerste kolom betreft de huidige situatie in dit ziekenhuis. De tweede kolom koppelt de resultaten aan de verwachtingen die wij gesteld hebben. In deze kolom zal dan ook vermeld worden of de door ons gestelde verwachting hiermee bevestigd wordt.

Tabel 7-1: resultaten ten aanzien van de gestelde verwachtingen

	uitkomst ten aanzien van de gestelde verwachtingen:	bevestiging:
1	het ziekenhuis kent een duale functionele structuur	nee
	er is sprake van beperkte managementparticipatie	nee
	situatie 2, waarbij directie en specialisten samen met de zorgverzekeraar	ja
	onderhandelen, wordt in beperkte mate toegepast	ja
	er is een overeenstemming tussen interne en externe mutatiesystematiek	nee
	er is een apart orgaan voor interne verdeling van het budget opgericht	nee
	de declaratie verloopt niet via de ziekenhuisadministratie	
2	door de lokale initiatieven zijn de onderhandelingen tussen directie en specialisten meer integratief gaan verlopen	ja
3	ziekenhuis en specialist hebben nog geen coalitie kunnen vormen; de onderhandelingen met de zorgverzekeraar lopen moeilijker dan voorheen	nee
4	er is sprake van moeizamere onderhandelingen door de keuze voor een regionaal lokaal initiatief	ja
5	het vertrouwen van de achterban in het ziekenhuismanagement is toegenomen	ja

7.3 Mate van integratie

De mate van integratie wordt gemeten aan de hand van organisatorische integratie en financiële integratie. Deze zijn beide te onderscheiden in drie dimensies: organisatorische integratie meten wij aan de hand van de formele organisatiestructuur, de mate van managementparticipatie en de onderhandelingssituatie met de zorgverzekeraar ten aanzien van produktieafspraken. Financiële integratie meten wij aan de hand van de mate van overeenstemming tussen de interne en externe mutatiesystematiek, de wijze waarop de interne verdeling van het honorariumbudget plaats vindt en de locatie van het verrekencentrum (zie paragraaf 2.3). In de navolgende subparagrafen zullen wij voor casus 1 deze dimensies beschrijven.

7.3.1 Formele organisatiestructuur

In dit ziekenhuis is er sprake van een functionele structuur (zie bijlage V), waarin de verschillende afdelingen georganiseerd zijn rond functie- of taakgebieden. Hierbij is sprake van gelijkheid van werk binnen de verschillende afdelingen. Gevolg hiervan is dat deze structuur een duaal karakter krijgt, met aan de ene kant het management in de faciliterende rol en aan de andere kant de professie in de inhoudelijke rol. Respondenten verwachten over het algemeen wel dat de structuur in de toekomst meer kenmerken van een decentrale structuur zal gaan vertonen.

Een voorbeeld hiervan is: "*naast een specialistenhoofd zal er ook een organisatorisch hoofd per afdeling gaan komen, die zich bezig gaat houden met beleids- en managementzaken*". Men doelt dan op een structuur die georganiseerd is rond zorgprocessen. Echter op dit moment wordt het opheffen van de duale structuur niet wenselijk geacht.

Een respondent zegt hierover het volgende : "*Er zou op organisatorisch gebied ook het een en ander anders kunnen. De zogenaamde duale structuur moet gehandhaafd blijven, dus beroepsinhoudelijke taken en managementtaken moeten door verschillende structuren worden uitgevoerd. Het ziekenhuis zou dan kunnen worden gezien als een groot diagnose- en behandelcentrum, dat door middel van een overdekte brug verbonden is met een groot en luxe hotel. Patiënten kunnen zo vanuit dat hotel op een soort rolbanden het ziekenhuis in komen om behandeld te worden door klantvriendelijke artsen. De inrichting van het ziekenhuis moet een mooie en luxe uitstraling hebben. Binnen het ziekenhuis zouden specialisten verplicht moeten samenwerken in een grote maatschap. Opbrengsten moeten zoveel mogelijk gelijkmatig verdeeld worden over de specialisten waarbij voor de hele maatschap wordt uitgegaan van een produktie-afhankelijk extern budget*".

Tot slot nog een citaat: "*Waarschijnlijk zal de duale structuur in de toekomst gehandhaafd blijven. Sommige ziekenhuizen hebben hele mooie verhalen over andere organisatievormen, maar er is altijd wel frictie. Er zal lang gevochten blijven worden voor de autonomie*".

7.3.2 Managementparticipatie en betrokkenheid

Er is sprake van beperkte managementparticipatie; beperkt althans in vergelijking met wat in hoofdstuk 3 beschreven wordt: het actief meedenken aan en bepalen van beleid. Er is wel sprake van deelname aan commissies en werkoverleg. Dit betreft: "*zaken aangaande de inhoud van zorg, investeringen en personele aangelegenheden*".
Reeds voor de lokale initiatieven is hier een aanzet tot gegeven: *"Er was al eerder een vorm van managementparticipatie van de grond gekomen. Maar dit is misgegaan omdat er over veel teveel niet voor iedere aanwezige relevante onderwerpen gesproken werd. Men heeft toen een verzoek ingediend om minder uren aanwezig te zijn. Dit leidde tot onenigheid, waarmee een einde kwam aan dit initiatief"*.
Een andere respondent is van mening dat er een geldelijke vergoeding tegenover managementparticipatie moet staan.

De betrokkenheid van een aantal medisch specialisten is toegenomen, maar dit betreft de groep die actief heeft deelgenomen aan de onderhandelingen over de raamovereenkomst. Hier wordt het volgende over gezegd: "S*pecialisten worden zoveel mogelijk betrokken bij de algemene beleidsvoering. Dit betrekken van specialisten kost niet zoveel moeite, omdat er een duidelijk besef is dat dit de manier is om je stem te laten horen; doe je dit niet dan is dat een gemiste kans. Wel is het zo dat het meestal dezelfde mensen zijn die gebruik maken van die mogelijkheden*".
De overige specialisten geven te kennen dat er niet meer betrokkenheid is wat betreft organisatorische aangelegenheden dan voor de lokale initiatieven reden hiervoor wordt veelal gelegd bij het extra beslag dat hiermee wordt gelegd op de reeds beperkt beschikbare tijd. Daarentegen: *"Aangaande budgettaire aangelegenheden zijn specialisten meer betrokken geraakt, ze zijn meer kostenbewust moeten gaan werken. Dit is echter wel noodgedwongen, je bent namelijk door de overheid in het huwelijksbootje geduwd, maar geen echt huwelijk aangegaan*".

De betrokkenheid van de directie bij zaken aangaande functioneren van de specialisten is door de lokale initiatieven niet veranderd, en nog steeds erg groot. *"Ten aanzien van zaken aangaande het algemeen beleid is er meer inzicht ontstaan doordat er meer contact is met directie en andere maatschappen. Door intensivering van de onderlinge contacten is het wederzijdse contact beter geworden, er is meer begrip en openheid. Dit uit zich volgens respondent met name in de bejegeningssfeer. Voorbeeld hiervan is dat de directie op een gegeven moment constateerde dat bepaalde mensen niet goed functioneerden, met name ten opzichte van patiënten. Dit probleem is vervolgens in alle openheid besproken met de gehele maatschap en naar tevredenheid opgelost. Vroeger waren de betreffende personen individueel op het matje bij de directie geroepen zonder dat de maatschap daarin betrokken zou zijn geweest. Deze verandering is een duidelijke winst ten opzichte van vroeger".*

Concluderend kan gezegd worden dat door de lokale initiatieven de mate van managementparticipatie en de betrokkenheid van specialisten aangaande algemeen beleid beperkt is toegenomen. De betrokkenheid van de directie is niet veranderd.

7.3.3 Onderhandelingssituatie ten aanzien van produktieafspraken

In de interviews is een onderscheid gemaakt naar twee situaties ten aanzien van de produktieafspraken (zie paragraaf 5.3). In dit ziekenhuis is sinds de totstandkoming van de raamovereenkomst sprake van situatie 2, waarbij de directie vooroverleg pleegt met de staf en vervolgens met een vertegenwoordiger van de specialisten de onderhandelingen met de zorgverzekeraar voert. Echter van een naar buiten treden als één partij is nog geen sprake. De verschillende respondenten zeggen het volgende over deze situatie:
"Er is hier sprake van de situatie waarin specialisten direct vertegenwoordigd zijn middels een afvaardiging van de coöperatieve vereniging. Deze afvaardiging fungeert in het tripartite overleg als partner van de directie en is gelijkwaardig aan de directie. Deze situatie heeft zich echter nog niet voorgedaan, maar gaat zich binnenkort wel voordoen. De regeling voor 1995 en 1996 lag immers vast en voor 1997 moeten weer nieuwe afspraken gemaakt worden, met name met betrekking tot extra groeimogelijkheden. De rol van de coöperatieve vereniging in deze is ondersteunend naar de directie toe".

"Op lokaal niveau wordt voornamelijk over produktieafspraken onderhandeld hetgeen van belang is voor de directie. De directie zou namelijk het liefst hogere produktieafspraken maken dan de specialisten op grond van hun budget kunnen doen; dit levert het ziekenhuis immers een hoger budget op. In deze situatie ziet de coöperatieve vereniging er dan ook min of meer op toe dat er geen andere produktieafspraken gemaakt worden en vervullen een ondersteunende rol in het proces".

"Voordeel van een dergelijke situatie is dat specialisten een directe eigen inbreng hebben. Nadeel van een dergelijke situatie is dat de zorgverzekeraar eventueel de partijen tegen elkaar kan uitspelen".

De zorgverzekeraar ziet een voor- en een nadeel aan deze situatie: *"Een voordeel is dat je nu meer informatie van alle betrokken partijen krijgt. Een nadeel is dat het verwarrend is om te onderhandelen met twee partijen die nog geen geïntegreerd geheel vormen".*

Op basis van deze citaten is het geoorloofd te concluderen dat specialisten en directie wat betreft tripartite onderhandelingen over produktieafspraken nog geen geïntegreerd geheel vormen. Er is dus wel sprake van situatie 2 maar niet in de zin zoals bedoeld in de literatuur.

7.3.4 Overeenstemming interne en externe mutatiesystematiek

Over de interne en externe mutatiesystematiek is in de raamovereenkomst het volgende vastgelegd. Voor het vaststellen van het honorariumbudget 1995 is uitgegaan van de gedeclareerde omzet 1994 op maatschapsniveau. Deze omzet wordt gecorrigeerd naar het prijspeil van 1 april 1994 en aangepast naar aanleiding van:

- + 1% voor volumegroei;
- + 0,5% voor de trendmatige aanpassing;
- een correctie voor de mutatie in het aantal erkende poortspecialistenplaatsen tot en met 31 december 1995.

Voor het jaar 1996 wordt het honorariumbudget in relatie gebracht met de budgetteringssystematiek van de ziekenhuisorganisatie (op basis van voordeurparameters) en bepaald door het externe honorariumbudget 1995, gecorrigeerd met:

- trendmatige aanpassingen;
- mutatie van 1995 naar 1996 in de tussen partijen op lokaal niveau afgesproken aantallen FB-parameters;
- mutaties in het aantal poortspecialistenplaatsen.

In geval de groei van het honorariumbudget groter is dan de in het FOZ-kader toegestane groei wordt de financiering van de stijging boven FOZ gelijkelijk gedragen door specialisten enerzijds en zorgverzekeraars anderzijds. Dit betreft een met de zorgverzekeraar overeengekomen extra groeipercentage boven FOZ van 3% volumegroei. Hiervan wordt 1,5% door de zorgverzekeraar gefinancierd en de andere 1,5% door de specialisten zelf gedragen. Deze externe mutatiesystematiek is dus honderd procent variabel (volledig afhankelijk van de FB-parameters) met de mogelijkheid tot overschrijding van het FOZ-kader.

Vaststelling van het aandeel in het externe honorariumbudget per specialist (maatschap) geschiedt op basis van de door de betreffende specialist (maatschap) gerealiseerde aantallen eerste polikliniekbezoeken, opnamen en dagbehandelingen, gewogen naar de respectievelijk hieraan toegekende geldswaarden. Dus ook voor de interne mutatie van de beschikbare budgetten is gekozen voor een systematiek die volledig variabel is en dus afhankelijk van de drie parameters.

Beide systematieken stemmen dus overeen.

7.3.5 Interne verdeling honorariumbudget

Voor beheer en verdeling van het honorariumbudget over de verschillende in het ziekenhuis werkzame maatschappen, is de zogenaamde coöperatieve vereniging opgericht. Dit is een formele vereniging met een juridisch erkende status waar alle specialisten die deelnemen aan de raamovereenkomst onder vallen. Op lokaal en regionaal niveau neemt het bestuur van deze vereniging deel aan onderhandelingen, waarbij zij op regionaal niveau onderdeel uitmaakt van de stuurgroep (orgaan opgericht ter realisatie van de raamovereenkomst) en indien nodig hulp krijgt van een extern adviseur. Interne verdeling van het honorariumbudget geschiedt aldus door een apart daartoe opgericht orgaan.

7.3.6 Locatie van het verrekencentrum

Verrekening van declaraties in relatie met gemaakte budgetafspraken geschiedt via een externe instantie en niet via de eigen ziekenhuisadministratie. Eén van de betrokken zorgverzekeraars zegt hierover het volgende:
"Het is een ziekenhuis dat wat betreft het geïntegreerd medisch-specialistisch bedrijf nog helemaal in de kinderschoenen staat. Dit wil zeggen dat de verhouding tussen de medische staf en de directie nog niet zo is als bedoeld in een geïntegreerd medisch-specialistisch bedrijf. Een voorbeeld hiervan is het feit dat de clearing house-constructie niet intern geregeld is".

7.4 Onderhandelingen

In deze paragraaf zullen wij de onderhandelingen die gevoerd worden opsplitsen naar vier groepen, te weten: onderhandelingen binnen de stuurgroep (meer dan drie partijen), onderhandelingen over de produktieafspraken met zorgverzekeraar, directie en specialisten (drie partijen), over produktieafspraken met alleen directie en specialisten (twee partijen) en tenslotte onderhandelingen met de eigen leden (twee partijen).

Voor de totstandkoming van de lokale initiatieven was er slechts sprake van onderhandelingen tussen directie en zorgverzekeraar. Door de lokale initiatieven heeft een groot aantal veranderingen plaats gevonden en zijn nieuwe onderhandelingsstructuren ontstaan. Ter verduidelijking van deze ontwikkelingen zullen deze verschillen in tabel 7-2 worden weergegeven met een korte uitleg/beschrijving van die nieuwe structuren. Zoals in paragraaf 6.2.3 is vermeld zullen we hier alleen de onderhandelingen over de raamovereenkomst en de produktieafspraken bespreken.

Tabel 7-2: onderhandelingsstructuren voor en na de lokale initiatieven

Voor de lokale initiatieven	Na de lokale initiatieven
geen stuurgroep	onderhandelingen over de raamovereenkomst worden gevoerd door de stuurgroep (*een orgaan opgericht ter realisering van het regionale lokale initiatief in case 1*) met daarin zorgverzekeraar, directies en vertegenwoordigingen van specialisten
produktieafspraken directie en zorgverzekeraar	produktieafspraken tussen directie, specialisten en zorgverzekeraar: *definitieve produktieafspraken die specialisten en ziekenhuisdirectie samen met de zorgverzekeraar maken en die tripartite plaats vinden*
geen vooroverleg tussen directie en specialisten; de directie maakte de produktieafspraken met zorgverzekeraar	produktieafspraken tussen directie en specialisten: *vooroverleg over de produktieafspraken dat bipartite plaats vindt*
geen lokaal initiatief, dus geen onderhandelingen met eigen leden aangaande raamovereenkomst en produktieafspraken	onderhandelingen met de eigen leden: *onderhandelingen over zakelijke belangen die de vertegenwoordigers van de specialisten moeten voeren met hun achterban (dit kan plaats vinden binnen de medische staf of een speciaal daartoe opgerichte coöperatieve vereniging)*

Tabel 7-3 toont kort een overzicht van het door de respondenten geschetste onderhandelingskarakter in de groepen die zijn ontstaan na de lokale initiatieven. Dit karakter is vervolgens onderscheiden naar tijdens en na de totstandkoming van de raamovereenkomst. De karakters in deze tabel lijken uitgesproken integratief of distributief. Echter wanneer wij spreken van een integratief of distributief onderhandelingskarakter, doelen wij op de aanwezigheid van een deel van de kenmerken, omdat in de praktijk vrijwel nooit sprake is van een volledig integratief of distributief karakter.

Tabel 7-3: karakter van de onderhandelingen binnen de diverse structuren

Paragraaf	Onderhandelingsstructuren	Tijdens	Na
7.4.1	Stuurgroep	integratief	distributief
7.4.2	Produktieafspraken tripartite (extern)	integratief	distributief
7.4.3	Produktieafspraken bipartite (intern)	integratief	integratief
7.4.4	Eigen leden	n.v.t.	n.v.t.

7.4.1 Onderhandelingen binnen de stuurgroep

De stuurgroep is het orgaan dat in het leven is geroepen ter realisatie van het regionale lokale initiatief; deze onderhandelingen werden dan ook gevoerd door de directies en afvaardigingen van medisch specialisten van alle deelnemende ziekenhuizen en de betrokken zorgverzekeraars (in totaal 10 of meer partijen).

"De afgelopen jaren is het gebruikelijk geweest dat de stuurgroep ongeveer zes maal per jaar bijeenkwam voor onderhandelingen".

Voor de lokale initiatieven bestond de stuurgroep nog niet, dus zal alleen het onderhandelingskarakter gedurende de totstandkoming en de periode erna besproken worden.

De onderhandelingen die hebben geleid tot het tot stand komen van de raamovereenkomst voor de jaren 1995 en 1996 hadden over het algemeen een integratief karakter.

"Het doel van de zorgverzekeraar bleek primair samenwerking met de andere partijen te zijn, zodoende werd een win-win situatie gecreëerd voor specialisten en zorgverzekeraar. Dit uitte zich door het toezeggen van een extra groeipercentage bovenop het FOZ-kader".

"De onderhandelingen hebben zich verder gekenmerkt door het creëren van een algemeen doel en door motivatie en commitment om produktief samen te werken. Wat betreft wederzijds vertrouwen bestaan wel wat twijfels daar belangen van de specialisten en zorgverzekeraar nogal eens tegenstrijdig zijn; de zorgverzekeraar ziet natuurlijk het liefst zoveel mogelijk verrichtingen voor zo weinig mogelijk geld".

Naar aanleiding van de verwachting over meerdere partijen in één onderhandelingssituatie lag het voor de hand dat de keuze voor een regionaal lokaal initiatief zou leiden tot moeizamere onderhandelingen. Dit bleek ook zo te zijn, echter alleen tijdens de opstartfase van het initiatief. Twee voorbeelden ter illustratie:

"Het is voor de partijen moeilijker consensus te bereiken en de vergaderbereikbaarheid vormt een probleem".

"Er is sprake van een relatief grote groep, die moeilijk af te stemmen is; iedereen komt te laat, want de eigen praktijk is toch altijd belangrijker, hoe belangrijk dit overleg ook is".

Echter al snel werd consensus bereikt tussen de ziekenhuisdirecties en specialisten en werd er één coalitie gevormd. De respondenten benadrukten allemaal de voordelen van een regionaal initiatief, welke opwegen tegen bovengenoemd nadeel en het onderhandelen vergemakkelijken. Een aantal citaten:

"In geval van consensus is er wel sprake van een hele grote groep tegenover een zorgverzekeraar en dat kan een heel goed pressiemiddel zijn. In de praktijk is dit dan ook aardig gelukt".

"Gelijke behandeling van alle ziekenhuizen met dezelfde zorgverzekeraar".

"Onderlinge adviezen die handig zijn (zowel medische staf als directie)".

Dus ten aanzien van bovenstaande verwachting geldt voor de onderhandelingen na de opstartfase de gestelde verwachting over coalitievorming (hoofdstuk 5): als er een coalitie gevormd wordt, zullen de onderhandelingen makkelijker verlopen.

Ook de zorgverzekeraar benadrukt de voordelen van een regionaal initiatief:
"De keuze voor een regionaal lokaal initiatief had voornamelijk een pragmatische reden. Je hoeft niet met ieder ziekenhuis afzonderlijk te onderhandelen want elk ziekenhuis heeft toch ongeveer dezelfde knelpunten. Hierdoor kunnen afspraken zoveel mogelijk uniform gehouden worden. Daarnaast corrigeren de medische staven van de verschillende ziekenhuizen elkaar en in geval van een autonoom initiatief waren de onbillijkheden hoger uitgekomen".

Tijdens de totstandkoming van het regionale lokale initiatief worden de onderhandelingen door alle betrokken partijen als integratief bestempeld. Dit is zonder meer verrassend te noemen aangezien het aantal partijen behoorlijk groot was. Men is in staat gebleken een overkoepelend doel te vinden waarbij opgemerkt dient te worden dat het toekennen van een extra groeipercentage boven FOZ, door de zorgverzekeraar, ons inziens hieraan een niet onaanzienlijke bijdrage heeft geleverd.

De huidige situatie is door dit blok van ziekenhuizen "tegen" zorgverzekeraar weer meer distributief geworden, mede door de onduidelijkheid die bestaat over het al dan niet toekennen van het extra groeipercentage boven FOZ voor het jaar 1997.
"De onderhandelingen binnen de stuurgroep zullen in de nabije toekomst gaan toenemen. Dit heeft voor een groot deel te maken met de onduidelijkheid die op dit moment bestaat over het al dan niet toekennen van een extra groeipercentage door de zorgverzekeraar. Het distributieve karakter wordt voornamelijk veroorzaakt door de houding van de zorgverzekeraar die teveel steunt op de eigen belangen. De zorgverzekeraar streeft voornamelijk naar een samenwerking die alleen voordelig is voor haarzelf. Een voorbeeld hiervan is het koppelen van het extra groeipercentage aan het realiseren van een functieverdeelplan, anders wordt het extra percentage niet gegeven".
De zorgverzekeraar is het volgende van mening: *"Door beide partijen wordt een integratief onderhandelingskarakter nagestreefd. De partijen zijn dan ook afhankelijk van elkaar. Uiteindelijk is er toch niet zoveel sprake van win-win situaties vanwege de tegengestelde belangen. Je probeert het echter wel te zoeken in het gebied waar je gemeenschappelijke belangen hebt".*

Tot slot zegt het volgende citaat nog iets over de verhoudingen binnen de stuurgroep:
"Op regionaal niveau hebben directie en staven een gemeenschappelijk belang waardoor binnen de stuurgroep partijen een gelijke positie hebben; het gaat erom zoveel mogelijk geld van de zorgverzekeraar te krijgen en de zorgverzekeraar wil de wachtlijsten zo kort mogelijk houden. Binnen de stuurgroep is de rol van de directie ondersteunend naar de staven toe".

Geconcludeerd kan worden dat tijdens de totstandkoming van de lokale initiatieven de onderhandelingen een integratief karakter hadden. De belangen van de betrokken partijen stemden overeen. Voor de volgende ronde lijken deze belangen een stuk minder overeen te stemmen met name de belangen van directie/specialisten tegenover de belangen van de zorgverzekeraar. De onderhandelingen dreigen daardoor een steeds distributiever karakter te krijgen.

7.4.2 Onderhandelingen over produktieafspraken: tripartite

Ten aanzien van de door ons gestelde verwachting over coalitievorming kan voor dit ziekenhuis het volgende gezegd worden: ziekenhuis en specialist hebben nog geen algehele coalitie kunnen vormen, waardoor er sprake is van drie partijen aan de onderhandelingstafel in plaats van twee. De onderhandelingen met de zorgverzekeraar lopen hierdoor moeilijker dan voorheen. Het feit dat een apart orgaan is opgericht ter behartiging van de zakelijke belangen van de specialisten, de coöperatieve vereniging, is in dit opzicht illustrerend. Dit zal in het navolgende verder verduidelijkt worden.

Voor de lokale initiatieven was er sprake van bipartite overleg tussen zorgverzekeraar en directie. Door het verrichtingensysteem enerzijds en een budgetteringssysteem voor de ziekenhuizen anderzijds, had alleen een ziekenhuis belang bij een beperking van het aantal verrichtingen. De specialisten hadden alleen baat bij het doen van zoveel mogelijk verrichtingen en voelden zich niet geroepen aanwezig te zijn bij de onderhandelingen over produktieafspraken.

"Voor het starten van de lokale initiatieven was het zo dat de specialisten onderhandelingen voerden met de directie waarna deze de onderhandelingen met de zorgverzekeraar voerde".
Van tripartite overleg was voor de lokale initiatieven dus geen sprake.

Wat betreft de onderhandelingen tijdens de totstandkoming van de raamovereenkomst verwijzen wij naar de vorige paragraaf, omdat dit onderhandelingen binnen de stuurgroep betrof.

Na de totstandkoming van de lokale initiatieven namen de specialisten in het jaar 1996 voor het eerst mede deel aan de onderhandelingen over produktieafspraken.
"Nu zijn zowel specialisten als directie direct betrokken bij onderhandelingen met de zorgverzekeraar. Deze ontwikkeling op zich is al te beschouwen als integratief onderhandelen, omdat alle betrokken partijen nu direct deel uitmaken van die onderhandelingen".
De onderhandelingen worden echter inhoudelijk als voornamelijk distributief gezien.
"Wat betreft de onderhandelingen met de zorgverzekeraar over produktie-aantallen is er sprake van een situatie waarin directie en een vertegenwoordiging van de specialisten gezamenlijk deelnemen aan het overleg. Deze vertegenwoordiging wordt gedaan door de coöperatieve vereniging. Tijdens deze onderhandelingen zit de directie de vergadering voor en varieert de rol van de directie van gelijk aan de vereniging tot ondersteunend. Staf en ziekenhuis trachten om één blok te vormen en tegengestelde belangen om te vormen tot gemeenschappelijke belangen; directie en staf proberen dus één partij te vormen om zodoende bestand te zijn tegen de zorgverzekeraar".
"Voordelen van een dergelijke situatie zijn dat specialisten een directe eigen inbreng hebben en dat je een blok kunt vormen ten opzichte van de verzekeraar, hetgeen ook is gebeurd".
"Deze onderhandelingen met de zorgverzekeraar kennen een distributief karakter en zij kenmerken zich door een win-loose situatie en het met elkaar in conflict zijn van wederzijdse doelen en oplossingen. De zorgverzekeraar is er op uit om de schadelast te beperken hetgeen conflicteert met de doelen van het ziekenhuis".

De zorgverzekeraar brengt een tweedeling aan in deze tripartite onderhandelingen over produktieafspraken: *"Het eerste deel van de onderhandelingen over produktieafspraken betrof informatieve onderhandelingen; hierbij waren de specialisten veel aan het woord. Het tweede deel betrof het budget en concrete afspraken en hierbij was de directie veel meer aan het woord. De aanwezigheid van de specialisten heeft wel tot gevolg dat het minder hard gespeeld wordt. Verder is de verhouding niet veranderd".*

Deze tripartite onderhandelingen hebben een overwegend distributief karakter. De grote complexiteit die in dit geval is ontstaan door de aanwezigheid van drie partijen en de verschillende belangen van die partijen lijken hier debet aan.

7.4.3 Onderhandelingen over produktieafspraken: bipartite

Respondenten zeggen ten aanzien van de verwachting over onderhandelingen tussen directie en specialisten het volgende: door de lokale initiatieven zijn de onderhandelingen tussen directie en specialisten meer integratief gaan verlopen

De situatie tijdens en na de lokale initiatieven is integratief te noemen.
"Deze onderhandelingen zijn als overwegend integratief te typeren en heel soms (noodgedwongen) als distributief. Deze onderhandelingen kenmerken zich door een win-win situatie, het zoeken naar gemeenschappelijke oplossingen en de motivatie en commitment om produktief samen te werken".
"Er is door de lokale initiatieven meer wederzijds vertrouwen ontstaan: "vrienden uit nood geboren" is te sterk uitgedrukt, maar er is door die situatie meer begrip en respect voor elkaar ontstaan, contacten zijn opener en partijen zijn gelijkwaardiger. Hierdoor zijn de overeenkomstige belangen veel meer benadrukt".

"Onderhandelingen die de coöperatieve vereniging voert en die met de coöperatieve vereniging worden gevoerd hebben een duidelijk integratief karakter. Vooral het begrijpen en willen begrijpen van wederzijdse doelen heeft geleid tot een kunnen benadrukken van overeenkomstige belangen van zowel specialisten als directie en in iets mindere mate ook die van de zorgverzekeraar. Het tot stand komen van dat besef kan worden gezien als een belangrijke verdienste van de coöperatieve vereniging.
Ook tijdens vergaderingen over verdeling van gelden worden misverstanden die ontstaan door het niet voldoende geïnformeerd zijn van bepaalde personen meteen uit de wereld geholpen en krijgen zo niet de kans uit te monden in een ieder voor zich situatie".

7.4.4 Onderhandelingen met de eigen leden

Deze onderhandelingen hebben een duidelijk integratief karakter, maar kunnen niet echt als onderhandelingen aangemerkt worden. Het is meer een kwestie van uitleg geven over waar de coöperatieve vereniging mee bezig is en het beantwoorden van vragen van de leden. Verder wordt door de vereniging advies uitgebracht inzake knelpunten van financiële aard en worden resultaten/ontwikkelingen teruggekoppeld naar de leden.

7.4.5 Vertrouwensrelaties

Over het vertrouwen van de achterban kan gezegd worden dat: <u>het vertrouwen van de achterban (specialisten) in het ziekenhuismanagement is toegenomen.</u>

Over het algemeen is het vertrouwen van de achterban in het ziekenhuis groot. Zowel de achterban als de onderhandelaars zelf benadrukken dit in de navolgende voorbeelden.
"Specialisten zien hun materiële belangen voldoende behartigd door de coöperatieve vereniging en dit is ook af te leiden uit het feit dat bijna alle specialisten lid zijn van die vereniging.

Vice versa voelt de vereniging zich door dit feit en het vertrouwen dat in hun wordt gesteld zeker voldoende gesteund door de specialisten die niet deelnemen aan die onderhandelingen".

"De directie vertegenwoordigt de medisch specialisten naar tevredenheid in de onderhandelingen met de zorgverzekeraar. Tot nu toe heeft deze situatie altijd geleid tot het gewenste resultaat (d.w.z. budgetverhogingen zijn altijd doorgegaan)".

"Er is zeker vertrouwen in de behartiging van onze belangen door de coöperatieve vereniging".

Daar waar vroeger slechts de directie onderhandelde met de zorgverzekeraar kunnen nu ook de specialisten hun stem direct laten gelden. Het vertrouwen is hierdoor toegenomen. Deze toename is inherent aan deze nieuwe onderhandelingsvorm.

Er zijn hier twee uitzonderingen te noemen:

"Over het algemeen is er wel voldoende vertrouwen wat betreft belangenbehartiging, maar er is wantrouwen over de uitkomst. Een voorbeeld hiervan is de verrekening van 1995 die pas een paar weken geleden van het COTG teruggekomen is. De afrekening laat namelijk nog op zich wachten, dit leidt tot spanning tussen directie en specialisten. Er is dan ook geen sprake van een maximaal harmoniemodel. Via het COTG komt nu namelijk een eerste deel voor de specialisten via de directie binnen (dit betreft het surplus voor de deelname aan de lokale initiatieven), er zal dus gefaseerd betaald gaan worden. De specialisten zijn hier niet blij mee; zij vinden dat dit te langzaam gaat, hetgeen zal leiden tot spanningen".

Een andere respondent stelt hierbij: *"Het tot stand komen van een bevredigende belangenbehartiging is een groeiproces".*

7.5 Context voor onderhandelingen in de toekomst

De toekomstverwachtingen van de verschillende respondenten zijn te onderscheiden naar een drietal groepen (structuur en integratie, inkomensharmonisatie en algemene ontwikkelingen), die wij in het onderstaande zullen weergeven middels het gebruik van citaten.

Wat betreft de formele structuur van de ziekenhuisorganisatie en het tot stand komen van een geïntegreerd medisch-specialistisch bedrijf zeggen verschillende respondenten het volgende: het tot stand komen van een goed functionerend geïntegreerd medisch-specialistisch bedrijf acht men wenselijk echter wel met instandhouding van een duale structuur.

"Voor de toekomst is een professionele nevenschikking van medische staf (/coöperatieve vereniging) en directie te verwachten, echter met instandhouding van de zogenaamde duale structuur. De staf mag niet alleen rechten ontlenen aan een dergelijke nevenschikking maar moet ook haar plichten erkennen; dit houdt in dat zij wel degelijk verantwoordelijkheid moet dragen voor zaken als budgetbeheer en managementparticipatie. De algehele organisatorische verantwoordelijkheid moet wel bij de directie blijven rusten.

Zo zouden uiteindelijk twee divisies ontstaan: een voor de medische zorg en een voor de organisatorische functies".

Een andere respondent zegt hierover:

"Er is sprake van een noodzaak om specialisten meer te integreren in managementstructuren mits dit gebeurt op een vrijwillige basis zodat de hiervoor geschikte personen "vanzelf" boven komen drijven, maar tegenover het vervullen van die managementtaken moet een geldelijke vergoeding staan".

Specialisten zullen zich blijvend moeten organiseren in een orgaan dat formeel erkend wordt en hun zakelijke belangen kan behartigen, zoals reeds gebeurd is naar aanleiding van de lokale initiatieven. Een respondent zegt hierover:

"Wij zullen een "blok", zoals de coöperatieve vereniging, moeten handhaven. Er zal nog lang gevochten blijven worden voor de professionele autonomie en het geïntegreerd medisch-specialistisch bedrijf is nog heel ver weg".

De zorgverzekeraar verwacht binnen tien jaar het geïntegreerd medisch-specialistisch bedrijf: *"Hierbij zal dan sprake zijn van nevenschikking van directie en specialisten en een geïntegreerd financieel systeem (produkttypering). Dit systeem zal de knelpunten tussen de verrichtingensystematiek en het ziekenhuisbudget oplossen Specialisten en directie moeten wel één geheel vormen, de verzekeraar wenst namelijk één aanspreekpunt. De specialisten en de directie waren tijdens de onderhandelingen namelijk niet één front".*

Tegenover het idee van inkomensharmonisatie en het toegroeien naar een vast dienstverband staat men niet afwijzend mits hier enkele voorwaarden aan verbonden worden. Van een snelle realisatie van deze ideeën zal echter geen sprake zijn; hiervoor zijn de bezwaren nog te groot. Een aantal respondenten zegt hierover het volgende:

"Inkomstenharmonisatie met een klein deel van het inkomen variabel is mogelijk. Ten aanzien van het in loondienst treden van specialisten zijn er nogal wat problemen te verwachten en deze ontwikkeling is niet echt gewenst en reëel".

" In de toekomst is een vast dienstverband met c.a.o. gewenst, waarbij dan wel sprake moet zijn van een c.a.o. zoals andere beroepsgroepen die ook kennen".

"Tot nu toe is het immers zo dat specialisten wel steeds meer in een soort vast dienstverband komen te werken, maar alleen de verplichtingen die daar mee samenhangen moeten vervullen. Zij worden geconfronteerd met steeds minder tijd en minder omzet terwijl het collectief afsluiten van een verzekering via het ziekenhuis niet mogelijk is. Daarbij komt dat in een normale c.a.o. het aantal vrije uren en dagen, sociale zekerheden enz. zijn geregeld terwijl zij dat nu zelf moeten regelen. De financiële voordelen die een normale c.a.o. biedt zitten er nu niet bij. Daarnaast blijft het probleem van de goodwill een heikel punt, hetgeen wel opgelost moet worden".

Een andere respondent wenst: *"Een loondienstverband met daarbij een goede c.a.o.. Hierin zou ook rekening moeten worden gehouden met de "disutility" (onderlinge compensatie voor extra werk) en daarnaast moet een oplossing gevonden worden voor het probleem van de goodwill. Bijvoorbeeld door een verrekening middels extra pensioenrechten".*

Tenslotte: *"De geldstroom zal steeds meer via de directie plaatsvinden, maar zolang de overheid geen geld heeft voor een dienstverband zal dit er ook niet komen aangezien er teveel hobbels zijn. Men wil wel naar inkomensharmonisatie, maar weet niet hoe. Men is bang dat de medisch-specialisten dan een makkelijke doelgroep worden om te korten".*

Naast deze "gerichte" ontwikkelingen ziet men ook een aantal algemene ontwikkelingen binnen de gezondheidszorg zoals:

- *"Steeds meer flexibele werktijden, onder andere door het toenemende aantal vrouwelijke artsen";*
- *"De invloed van de maatschappij zal een duidelijke uitwerking hebben op de invulling van het beroep van specialist. Het is namelijk een andere generatie die het werk zakelijker benadert en meer invloed zal hebben op de organisatie";*
- *"Verhoging van efficiëntie en kwaliteit zal op den duur niet leiden tot een kostenbesparing, vanwege de te grote toename van de zorgvraag";*
- *"Ontschotting: meer buiten het ziekenhuis laten plaats vinden (transmurale zorg). Dit zal echter wel tot een spanningsveld leiden vanwege de budgetverlaging binnen de ziekenhuismuren, want dat budget gaat dan ook mee naar buiten";*
- *"Produkttypering: binnen 1998 lukt dit echter waarschijnlijk niet, wel zijn er al projecten bezig in 6 pilot-ziekenhuizen".*

Daarnaast wordt door vele respondenten te kennen gegeven dat door de huidige ontwikkelingen er nog steeds geen sprake is van een echt wenselijke situatie en wil men van de onzekerheid verlost worden die nog steeds bestaat.

Samenvattend kan gezegd worden dat men het geïntegreerd medisch-specialistisch bedrijf als gewenst ervaart, met instandhouding van de duale structuur en een door de specialisten opgericht formeel orgaan. Tegenover inkomensharmonisatie of een loondienstverband staat men niet afwijzend, mits hier enkele voorwaarden aan verbonden worden.

8

Case 2: Resultaten

8.1 Inleiding

In dit hoofdstuk zullen in paragraaf 2 de resultaten van de interviews van case 2 kort weergegeven worden. In de navolgende paragrafen zal hier verder op ingegaan worden, met in paragraaf 3 de mate van integratie, in paragraaf 4 de onderhandelingen en in paragraaf 5 de context voor onderhandelingen in de toekomst. Paragraaf 6 geeft kort weer hoe de hoofdstukken 7 en 8 vertaald zullen worden naar hoofdstuk 9. In dit hoofdstuk zullen de resultaten verduidelijkt worden met citaten, welke cursief gedrukt staan.

8.2 Resultaten

In tabel 8-1 wordt een overzicht geschetst van de uitkomsten van de in hoofdstuk 5 gestelde verwachtingen. De eerste kolom betreft een korte schets van de huidige situatie in dit ziekenhuis. De tweede kolom koppelt de situatie in dit ziekenhuis aan de verwachtingen die wij gesteld hebben door middel van een ontkenning of bevestiging.

Tabel 8-1: resultaten ten aanzien van de gestelde verwachtingen

	uitkomst ten aanzien van de gestelde verwachtingen:	bevestiging:
1	het ziekenhuis kent een duale functionele structuur	nee
	er is sprake van zeer beperkte managementparticipatie	nee
	situatie 2, waarin de directie en de specialisten samen onderhandelen met	ja
	de zorgverzekeraar, wordt in beperkte mate toegepast	nee
	er is geen overeenstemming tussen interne en externe mutatiesystematiek	ja
	er is geen apart orgaan voor interne verdeling van het budget opgericht	ja
	de declaratie verloopt via de ziekenhuisadministratie	
2	door de lokale initiatieven zijn de onderhandelingen tussen directie en specialisten net zo of meer integratief gaan verlopen	ja
3	ziekenhuis en specialist hebben nog geen coalitie kunnen vormen; de onderhandelingen met de zorgverzekeraar lopen moeilijker dan voorheen	nee
4	er was sprake van relatief makkelijke onderhandelingen door de keuze voor een autonoom initiatief	ja
5	het vertrouwen van de achterban in het ziekenhuismanagement is gelijk gebleven danwel toegenomen	ja

8.3 Mate van integratie

De mate van integratie wordt net zoals in hoofdstuk 7 gemeten aan de hand van organisatorische integratie en financiële integratie. Organisatorische integratie wordt dan gemeten door de formele organisatiestructuur, de mate van managementparticipatie en de onderhandelingssituatie met de zorgverzekeraar ten aanzien van produktieafspraken. Financiële integratie meten wij aan de hand van de mate van overeenstemming tussen de interne en externe mutatiesystematiek, de wijze waarop de interne verdeling van het honorariumbudget plaats vindt en de locatie van het verrekencentrum (zie hoofdstuk 5). In de navolgende subparagrafen zullen wij voor case 2 deze dimensies beschrijven.

8.3.1 Formele organisatiestructuur

Ook in dit ziekenhuis is er sprake van een functionele structuur (zie bijlage VI), waarin de verschillende afdelingen georganiseerd zijn rond functie- of taakgebieden, waarbij men spreekt van gelijkheid van werk binnen de verschillende afdelingen. Gevolg hiervan is dat deze structuur een duaal karakter krijgt, met aan de ene kant het management in de faciliterende rol en aan de andere kant de professie in de inhoudelijke rol.

Op basis van gegevens verkregen uit het jaarverslag 1995 en het interview met de directie is duidelijk geworden dat de voorkeur uitgaat naar het zo plat mogelijk houden van de organisatie. Ter realisatie hiervan kan gedacht worden aan clustervorming. Clustervorming is het samentrekken van bepaalde specialismen rond zorgverlening ten aanzien van bepaalde patiëntengroepen. Dit lijkt op een divisiestructuur maar door de kleinschaligheid van de meeste algemene ziekenhuizen in Nederland is volledige divisionering niet mogelijk en biedt clustervorming een alternatief.
"Eventueel in de toekomst een "organisatie rond zorgprocessen", waarbij een "projectleider" de noodzakelijke zorg voor een patiënt coördineert. In de grote academische ziekenhuizen is er dan sprake van een divisiestructuur, echter deze organisatie is hiervoor waarschijnlijk te klein. Er zijn daarentegen genoeg voorbeelden waar men een clusteringstructuur kent".
Op dit moment wordt het bewust voeren van deze discussie niet wenselijk geacht; deze organisatie rond patiëntengroepen zal spontaan moeten ontstaan. Het is nu zinvoller om de aandacht te richten op andere zaken: *"Op dit moment is meer cultuurontwikkeling en stimulatie gepaster (bijvoorbeeld door opleidingen)".*
Hiermee wordt gedoeld op verandering van cultuur, beeldvorming ten aanzien van managementparticipatie en verhoging van de managementvaardigheden door opleidingen en cursussen.

8.3.2 Managementparticipatie en betrokkenheid

Er wordt door alle respondenten te kennen gegeven dat specialisten meer betrokken zijn bij zaken aangaande beleid dan voor de lokale initiatieven:

"De specialisten zijn door de lokale initiatieven, de veranderde wetgeving en de discussies hierover meer betrokken geraakt bij zaken aangaande beleid. Een voorbeeld is dat de staf gaat professionaliseren. De staf probeert een serieuzere partner te zijn in het overleg met de directie door middel van bijvoorbeeld investeringsaanvragen, medisch beleidsplan en jaarverslagen".

"De betrokkenheid van de specialisten is wel meer geworden door de raamovereenkomst en alle andere huidige ontwikkelingen. Een specialist moet tegenwoordig door een stukje organisatie heen voor hij bijvoorbeeld kan opereren, vroeger stond iedereen meteen klaar. Wat dat betreft is er al sprake van enige integratie van specialisten in het ziekenhuis. Ondanks het feit dat de omgeving al "om" is, gaan de specialisten op oude voet verder. Zij zullen ook wel verder "om" moeten".

"Budgettering was tot voor de lokale initiatieven redelijk onbekend terrein voor de specialisten".

Daarentegen wordt door de specialisten te kennen gegeven dat de betrokkenheid van de directie niet veranderd is, deze was altijd al groot:

"De directie had wel altijd al veel belangstelling, deze is niet veranderd. Echter een actieve bemoeienis van de directie met de medische staf wordt niet op prijs gesteld door de medisch specialisten".

"De directie deed altijd al al het mogelijke voor de specialisten".

"Voor wat betreft het algemeen beleid kan worden opgemerkt dat de ziekenhuisdirectie in meerdere mate rekening dient te houden met de specialisten in verband met de dubbele budgettering (en ziekenhuis en specialisten)".

De mate van managementparticipatie is niet toegenomen, de specialisten denken niet echt actief mee en bepalen zeker het beleid niet. Dit wordt ook niet echt wenselijk geacht. Een aantal citaten illustreert dit:

"Er is niet echt sprake van managementparticipatie. Het gaat ook om een relatief kleine organisatie. Wel is er sprake van meer horizontale overlegstructuren".
"Van managementparticipatie is nog geen sprake; hiertoe zou men cursussen moeten volgen. Dit kost tijd en dat gaat ten koste van de praktijk en vooral ten koste van de nascholing: laat anderen maar managen".
"Wel is er nu het zogenaamd medisch beleidsplan opgezet. Het gaat hierbij om het opstellen door de specialisten van een beleidsplan per maatschap. In dit opzicht bepalen de specialisten dus mede het beleid, maar nog steeds niet op organisatorisch gebied".
"Managementparticipatie is een verkapte manier van verminderen van patiëntenzorg, je moet dit gescheiden houden. Je bent daar niet voor opgeleid, daar zijn andere mensen voor".

Samenvattend kan gezegd worden dat door de lokale initiatieven alleen de mate van betrokkenheid van specialisten is toegenomen. De betrokkenheid van de directie en de mate van managementparticipatie zijn onveranderd.

8.3.3 Onderhandelingssituatie ten aanzien van produktieafspraken

Er is in dit ziekenhuis in beperkte mate sprake van situatie 2. De onderhandelingen met de zorgverzekeraar worden gevoerd door de directie en een afvaardiging van de specialisten, maar van naar buiten treden als één partij is zeker nog geen sprake.
"Een voordeel van situatie 2 is dat het belangrijk is om aan te tonen dat er drie partijen zijn en dat de specialisten niet ondergeschikt zijn aan de directie. Er is geen sprake van directie en specialisten als één partij aan de onderhandelingstafel".
"Er is in dit ziekenhuis sprake van situatie 2 (waarbij vooroverleg gepleegd wordt en vervolgens de stafvertegenwoordigers en de directie samen naar buiten treden tijdens de onderhandelingen met de verzekeraar). Dit verdient de voorkeur omdat een getrapt systeem vertraging in tijd met zich mee brengt. Daarnaast is kans op wantrouwen veel minder en kunnen de belangen van alle partijen beter ingeschat worden".

De zorgverzekeraar zegt hierover:

"Het getrapte model (situatie 1) neemt meer voorbereidingstijd in beslag, terwijl bij situatie 2 ook op het moment van de onderhandelingen beslissingen kunnen worden genomen daar alle partijen om tafel zitten. Daarnaast is de aanwezigheid van de specialisten ondersteunend voor de directie. De aanwezigheid van de specialisten als extra onderhandelingspartij aan tafel neemt soms meer tijd in beslag".

8.3.4 Overeenstemming interne en externe mutatiesystematiek

Er is in dit ziekenhuis geen overeenstemming tussen de interne en externe mutatiesystematiek.

Het honorariumbudget

Het honorariumbudget voor de medisch specialisten in het jaar 1995 is gebaseerd op omzetgegevens van 1994. Deze omzet is gecorrigeerd in verband met de tariefsmutaties per april 1994 en daarna verhoogd met 1% autonome volumegroei ingevolge het FOZ. Dit bedrag is vervolgens gecorrigeerd voor de mutatie in het aantal erkende specialistenplaatsen tot en met eind 1994. Naast de 1% volume groei vindt ook een trendmatige aanpassing plaats van ½% (dit in verband met loon- en prijsontwikkelingen).

De externe mutatiesystematiek

Uitgangspunt voor de externe mutatiesystematiek van het honorariumbudget is gevormd door de voordeurparameters: opnamen, dagbehandelingen en eerste polikliniekbezoeken. Hierbij heeft het FOZ-kader in principe gediend als bovengrens. Daarentegen is de mogelijkheid geschapen tot extra groei boven FOZ. Partijen zijn hiertoe een financiële constructie overeengekomen, door een alternatieve methode toe te passen voor het bepalen van het aantal erkende specialistenplaatsen. Gevolg hiervan was een budgetverruiming.

"De planningsruimte was voor dit ziekenhuis een noodzaak, als deze niet toegekend was, was de raamovereenkomst waarschijnlijk nooit ondertekend. Met deze toegekende erkenningsuitbreiding was het mogelijk om hogere produktieafspraken te maken en daardoor de specialisten toch meer te kunnen laten werken en verdienen, door de toegewezen plaatsen te verdelen".

De interne mutatiesystematiek

Als uitgangspunt voor de interne mutatiesystematiek wordt gerekend met een omzet in het basisjaar die voor 20% als vast en voor 80% als variabel wordt beschouwd. Op beide componenten wordt een jaarlijkse inflatiecorrectie toegepast. Daarnaast wordt de variabele omzetcomponent jaarlijks aangepast met de voor dat jaar afgesproken volume-ontwikkeling.

8.3.5 Interne verdeling honorariumbudget

De interne verdeling vindt plaats door een in het ziekenhuis geïntegreerd orgaan, de economisch-administratieve dienst. Dit orgaan is verantwoordelijk voor de uitvoering van het beleid ten aanzien van verdeling van het honorariumbudget. Dit beleid komt tot stand door inhoudelijk overleg tussen medische staf, HEAD (Hoofd economisch-administratieve dienst) en directie. Waar nodig is hierbij ook de zorgverzekeraar betrokken geweest. In dit overleg worden knelpunten, bijvoorbeeld ten aanzien van pijnbestrijding, opgelost.

8.3.6 Locatie van het verrekencentrum

Het verrekencentrum bevindt zich binnen de ziekenhuisorganisatie.

Het verrekencentrum wordt gevormd/uitgevoerd door het ziekenhuis. Het hoofd economisch-administratieve dienst is ook hiermee belast.

"Het verrekencentrum is uiteindelijk intern door het ziekenhuis opgezet. In eerste instantie wilden de specialisten dit niet, waarschijnlijk vanwege het feit dat het ziekenhuis dan inzage zou krijgen in hun financiën; zij wilden zelfs liever het verrekencentrum bij de zorgverzekeraar".

8.4 Onderhandelingen

In deze paragraaf zijn de onderhandelingen die gevoerd worden opgesplitst naar 4 groepen, te weten: de onderhandelingen die gevoerd zijn ter realisatie van de raamovereenkomst, de onderhandelingen over produktieafspraken met de zorgverzekeraar (tripartite) en intern (bipartite) en de onderhandelingen met de eigen leden (leden van de medische staf).

Tabel 8-2 laat de onderhandelingssituaties zien zoals ze voor de lokale initiatieven bestonden en zoals ze nu zijn (zoals in paragraaf 6.2.3 reeds vermeld gaan we hier alleen in op de onderhandelingen ten aanzien van de raamovereenkomst en de produktieafspraken):

Tabel 8-2: onderhandelingsstructuren voor en na de lokale initiatieven

Voor de lokale initiatieven	Na de lokale initiatieven
geen raamovereenkomst	onderhandelingen over raamovereenkomst met zorgverzekeraar, directie en een vertegenwoordiging van de medische staf: *in een hiervoor opgerichte commissie; deze commissie is inmiddels opgeheven, de vertegenwoordiging bestaat nu nog uit één voormalig lid van deze commissie*
de produktieafspraken met de zorgverzekeraar werden door de directie gemaakt met de zorgverzekeraar	de produktieafspraken met de zorgverzekeraar worden gemaakt door directie en specialistenvertegenwoordiging samen: *definitieve produktieafspraken die specialisten en ziekenhuisdirectie samen met de zorgverzekeraar maken en die tripartite plaats vinden*
geen vooroverleg tussen directie en specialisten, de directie maakte de afspraken	produktieafspraken tussen directie en specialisten: *bipartite vooroverleg met directie en medische staf*
geen lokaal initiatief, dus geen onderhandelingen met de eigen leden aangaande raamovereenkomst en produktieafspraken	onderhandelingen met de eigen leden: onderhandelingen over zakelijke belangen binnen de medische staf: *onderhandelingen over zakelijke belangen, die de vertegenwoordigers van de specialisten moeten voeren met hun achterban (dit kan plaats vinden binnen de medische staf of een speciaal daartoe opgerichte coöperatieve vereniging)*

Tabel 8-3 toont kort een overzicht van het door de respondenten geschetste onderhandelingskarakter in deze groepen. Dit karakter is vervolgens onderscheiden naar tijdens en na de totstandkoming van de raamovereenkomst. De karakters in deze tabel lijken uitgesproken integratief of distributief. Echter wanneer wij spreken van een integratief of distributief onderhandelingskarakter, doelen wij op de aanwezigheid van een deel van de kenmerken, omdat in de praktijk vrijwel nooit sprake is van een volledig integratief of distributief karakter.

Tabel 8-3: karakter van de onderhandelingen binnen de diverse structuren

Paragraaf	Onderhandelingsstructuren	Tijdens	Na
8.4.1	raamovereenkomst	integratief	distributief
8.4.2	produktieafspraken tripartite (extern)	integratief	distributief
8.4.3	produktieafspraken bipartite (intern)	integratief	integratief
8.4.4	eigen leden	n.v.t.	n.v.t.

8.4.1 Onderhandelingen over de raamovereenkomst

Naar aanleiding van de verwachting over meerdere partijen in één onderhandelingssituatie geldt op basis van de interviewgegevens het navolgende: er is sprake geweest van een minder moeizame onderhandelingssituatie door de keuze voor een autonoom lokaal initiatief.

Respondenten kunnen deze mening duidelijk onderbouwen aangezien er in eerste instantie sprake was van een regionaal initiatief, waarna er is afgesplitst.

"In de honoreringsovereenkomst wordt de raamovereenkomst vertaald naar de eigen concrete situatie. Deze afsplitsing had verschillende redenen:

- *er was sprake van concurrentie met de andere ziekenhuizen;*
- *er was geen sprake van regio-gevoel ofwel binding;*
- *de situatie verschilde teveel per ziekenhuis".*

Een aantal respondenten benoemt als voordeel van het autonome initiatief:

"Ik zie de volgende voordelen:

- *er kan sneller en simpeler gewerkt worden als alleen het eigen ziekenhuis onderwerp is;*
- *de andere ziekenhuizen zijn concurrenten en een situatie met concurrenten lijkt lastig;*
- *in een regionaal initiatief zouden de ziekenhuizen en de specialisten niet samen sterk staan".*

"Een autonoom initiatief betekent een luxe situatie, waar men begrip voor elkaar kan opbrengen, doordat je maar met twee partijen aan tafel zit. Het ziekenhuis is ook niet anders gewend dan dat ze in een afgezonderde positie zit. Ze zijn ook te klein om mee te kunnen "spelen" met de andere grotere ziekenhuizen in de regio".

"Samen sta je wel sterker, maar in dit geval is apart waarschijnlijk toch meer mogelijk".

"Een voordeel is het feit dat je niet in de kift kunt komen met andere ziekenhuizen. Dit kun je gewoon het beste per ziekenhuis regelen, anders moet er ook nog met de andere ziekenhuizen onderhandeld worden".

De onderhandelingen over de raamovereenkomst hadden ten tijde van de totstandkoming een integratief karakter. Echter nu is er weer sprake van een distributief karakter. Zoals ook in case 1 besproken hangt de typering van het onderhandelingskarakter heel nauw samen met de voor de respondenten bereikte budgettaire eisen. Wanneer deze eisen niet realiseerbaar blijken worden de onderhandelingen al snel als uitgesproken distributief getypeerd.

"De onderhandelingen met de zorgverzekeraar waren in 1995/1996 gunstig door de eerder genoemde verruimingsmogelijkheden van het honorariumbudget. Voor 1997 echter zaten de onderhandelingen vast en heeft de zorgverzekeraar vastgehouden aan de FOZ-groei zonder extra's".

De zorgverzekeraar typeert als enige de onderhandelingen zowel voor, tijdens en na de totstandkoming van de raamovereenkomst als integratief.

"Getracht werd te komen tot een kwalitatief hoogwaardig zorgaanbod voor verzekerden c.q. patiënten (= overeenkomstig belang) binnen de grenzen van de beschikbare budgetten".

Dit heeft ons inziens te maken met het feit dat de zorgverzekeraar een van de belangrijkste door haar gestelde doelen heeft bereikt, te weten: *"beheersing van volumegroei en kostenontwikkeling"*.
Concluderend kan gezegd worden dat er een verschuiving opgetreden is van integratief tijdens de totstandkoming naar distributief in de huidige situatie.

8.4.2 Onderhandelingen over produktieafspraken: tripartite

Ten aanzien van de door ons gestelde verwachting over coalitievorming kan voor dit ziekenhuis het volgende gezegd worden: ziekenhuis en specialist hebben nog geen algehele coalitie kunnen vormen, waardoor er sprake is van drie partijen aan de onderhandelingstafel in plaats van twee. De onderhandelingen met de zorgverzekeraar lopen hierdoor moeilijker dan voorheen.
Dit zal in het navolgende verduidelijkt worden.

Voor de lokale initiatieven was er sprake van bipartite overleg tussen zorgverzekeraar en directie.
"Voor de lokale initiatieven werd er eigenlijk niet intern onderhandeld, omdat het ziekenhuis enorm gegroeid is. De directie voerde de onderhandelingen met de zorgverzekeraars. De directie maakte intern een produktievoorstel, een prognose voor het komende jaar ten opzichte van het vorige jaar, en ging hiermee naar de zorgverzekeraar. Het overleg tussen directie en zorgverzekeraar leidde tot de produktieafspraken en de uitkomsten van dit overleg werden teruggekoppeld naar de medische staf. De medische staf had ook geen behoefte aan overleg, omdat alles prima ging".
"Voor de lokale initiatieven was er geen gestructureerd overleg, de directie onderhandelde toen alleen met de zorgverzekeraar over het ziekenhuisbudget. Pas sinds het advies uit Den Haag om aan het experiment deel te nemen zijn de specialisten betrokken".

Pas sinds de lokale initiatieven worden de onderhandelingen over produktieafspraken met drie partijen gevoerd. In paragraaf 8.3.3 kwam al aan de orde dat er ook werkelijk sprake is van drie partijen; een integratie van specialisten en directie tot één partij is (nog) niet aan de orde.

In de eerste twee jaren van het initiatief was er sprake van een integratief onderhandelingskarakter (zie vorige paragraaf). Beide partijen bereikten de gestelde doelen naar tevredenheid.

Nu is er sprake van een distributief karakter, waarbij de zorgverzekeraar in principe de touwtjes in handen heeft. De volgende citaten verduidelijken dit:

"Ik vraag me af of er wel sprake kan zijn van een onderhandelingspositie met de zorgverzekeraar, omdat zij niets kunnen geven. De enige onderhandelingen die gevoerd worden gaan over kwaliteit en doelmatigheid. Qua groei boven FOZ is er niets mogelijk. Het betreft meer het maken van afspraken dan onderhandelingen. Dit begint nu pas langzaam duidelijk te worden. De zorgverzekeraar is uit op een integratief onderhandelingskarakter, maar voor de specialisten leidt dit niet tot een win-win situatie".

"Men probeert nu een integratief onderhandelingskarakter te creëren, maar dit kost meer moeite dan bij de interne onderhandelingen. Het neigt al heel snel naar distributief. Omdat de zorgverzekeraar kan zeggen: "Zo is het en anders niet". Het ziekenhuis kan natuurlijk wel proberen om het tegendeel te bewijzen. Maar in de meeste gevallen leiden vele argumenten toch tot niks".

Kort samengevat betekent dit dat de onderhandelingen met de zorgverzekeraar over produktieafspraken aanzienlijk veranderd zijn door de aanwezigheid van een derde onderhandelingspartner. Hierdoor zijn er meer belangen in het spel en de situatie is dus complexer geworden. Daarnaast laat het onderhandelingskarakter een verschuiving zien van integratief naar distributief, aangezien er in 1997 weinig extra groeimogelijkheden zijn.

8.4.3 Onderhandelingen over produktieafspraken: bipartite

Respondenten zeggen ten aanzien van de verwachting over onderhandelingen tussen directie en specialisten het volgende: door de lokale initiatieven zijn de onderhandelingen tussen directie en specialisten net zo of zelfs meer integratief gaan verlopen.

"Er kan gesproken worden over een win-win situatie wat betreft de onderhandelingen tussen specialisten en ziekenhuis. Er is een vooroverleg over de produktieafspraken, maar dit is niet heel uitgebreid. De directie heeft in dit proces een "leidende" rol".

"De interne onderhandelingen hebben een integratief karakter, gekenmerkt door win-win situaties en een harmonieuze relatie".

"Al met al zie ik een positieve ontwikkeling door de raamovereenkomst; deze ontwikkeling was anders veel trager tot stand gekomen".

"Er is nu sprake van integratief onderhandelen, waarbij initiatieven bij beide partijen liggen. Voorheen was het meer een poging van de directie om tot een integratief onderhandelingskarakter te komen".

"De huidige onderhandelingen tussen medisch specialisten en directie hebben een integratief onderhandelingskarakter. De verstandhouding tussen beide partijen is goed en open".

"De directie en de specialisten hebben een goed begrip voor elkaar. Het spanningsveld tussen specialisten- en ziekenhuisbudget is intern in goede verstandhouding geregeld".

Eén respondent verwacht echter in de nabije toekomst een omslagpunt in het onderhandelingskarakter:

"Met de directie was er tot nu toe sprake van gemeenschappelijke belangen aangezien iedereen de groei in het ziekenhuis in stand wilde houden. Nu verwacht ik echter dat er een omslagpunt aankomt. De specialisten vinden het genoeg".

Respondent doelt hierbij op de discrepantie tussen de stijging van het ziekenhuisbudget en die van het honorariumbudget.

8.4.4 Onderhandelingen met de eigen leden

De onderhandelingen met de eigen leden over uitkomsten van onderhandelingen aangaande produktieafspraken en de raamovereenkomst vinden plaats in de vorm van vergaderingen van de medische staf, waarin deze uitkomsten worden teruggekoppeld. Deze onderhandelingen zijn dan ook niet echt te typeren als onderhandelingen, aangezien het meer het verschaffen van informatie en beantwoorden van vragen betreft. Het feit dat dit geen echte onderhandelingen betreft ligt besloten in de beperkte mate van managementparticipatie.

De meeste respondenten achten het niet wenselijk om tijd hierin te investeren. Als zij de nodige informatie hierdoor missen, kan er ook bijna geen sprake van onderhandelen zijn.
"Bij beslissingen inzake medische staf-aangelegenheden is het gros van de specialisten niet goed ingelezen of voorbereid. Ik ben van mening dat ongeveer 80% de hand opsteekt bij "ja" zonder echt precies te weten waarom".

Eén specialist heeft besloten niet aan de raamovereenkomst deel te nemen. Bij eigen leden moet dan ook gezegd worden dat dit alle specialisten behalve één betreft. Over het feit dat deze persoon de raamovereenkomst niet wenste te tekenen is veel onderhandeld:
"De interne onderhandelingen met de medische staf tijdens het tot stand brengen van de raamovereenkomst gingen voornamelijk over het feit dat één specialist niet mee wilde doen".

8.4.5 Vertrouwensrelaties

Over het vertrouwen van de achterban kan gezegd worden dat: <u>het vertrouwen van de achterban in het ziekenhuismanagement is toegenomen.</u>
De specialisten zijn namelijk erg tevreden over het feit dat er nu een specialistenvertegenwoordiging bij de onderhandelingen met de zorgverzekeraar aanwezig is. Het feit dat dit alle belangen meer zou belichten is een gevolg van deze verandering. Het vertrouwen in de directie was altijd al erg groot.
"De directie doet het erg goed ook in de richting van de zorgverzekeraars. Het contact verloopt goed".
"Het vertrouwen in het ziekenhuismanagement is groot. De belangen worden goed behartigd, maar de specialistenvertegenwoordiging heeft wel weinig speelruimte".
"De delegatie van de medische staf (één persoon) koppelt de systematiek van de raamovereenkomst en de produktieafspraken terug naar de specialisten, en heeft dit naar mijn mening heel knap gedaan. Wel ben ik erg verbaasd over het feit dat een groot deel van de specialisten weinig gericht is op de omgeving (bijvoorbeeld marktontwikkelingen en de raamovereenkomst), terwijl het vrije ondernemers betreft.

Dit kan heel gevaarlijk zijn: men gaat een raamovereenkomst aan, die ook tegen je zou kunnen gaan werken. Dit omgevingsbesef begint nu enigszins door te komen, maar dat is vrij laat".

Een andere respondent benadrukt deze houding ook:

"Tenslotte vind ik het verbazingwekkend hoe weinig vragen men gesteld heeft over de systematiek rond de honoreringsovereenkomst".

De vertegenwoordiger van de medische staf voelt zich echter niet altijd gesteund:

"Ik sta vaak alleen en voel me niet zo gesteund, omdat specialisten geen raamovereenkomst willen. Ik vervul eigenlijk de functie van intermediair tussen de verschillende partijen in plaats van de functie van vertegenwoordiger van de specialisten. Sommigen hebben wel het vertrouwen, anderen niet, dit hangt in principe van de financiële ontwikkelingen af. Van de specialist als één onderhandelingspartner is geen sprake vanwege de verschillende belangen. De situatie wordt wel beter, men gaat de voordelen duidelijker zien".

Concluderend kan gesteld worden dat het vertrouwen in de directie groot is. Het vertrouwen in de vertegenwoordiger van de medische staf is ook groot. Echter deze vertegenwoordiger voelt dit vertrouwen niet altijd en geeft dan ook aan zich niet altijd gesteund te voelen door de achterban.

8.5 Context voor onderhandelingen in de toekomst

De toekomstverwachtingen zijn grofweg op te delen in drie hoofdgroepen: ontwikkeling naar een geïntegreerd medisch-specialistisch bedrijf, een formeel orgaan ter behartiging van zakelijke belangen van de specialisten en een mogelijke indiensttreding. De vierde groep bestaat uit overige belangrijke verwachtingen.

Ten aanzien van de formele structuur is zoals in paragraaf 8.3.1 al aan de orde kwam een decentrale clustervorm gewenst zoals "organiseren rond zorgprocessen". Wat betreft de realisatie van een geïntegreerd medisch-specialistisch bedrijf zien de specialisten de integratie van directie en specialisten als onafwendbaar. Echter over de wenselijkheid hiervan lopen de meningen nogal uiteen.

De volgende citaten illustreren dit:

"Uiteindelijk zal het toch naar een dienstverband en integratie toegaan (binnen 5 jaar uiterlijk), als er een vorm is gevonden waar de meeste specialisten tevreden mee zijn. Maar het zal mij niet verbazen als ook dit weer opgelegd wordt door de overheid. Ik zie geen bezwaar hiertegen".

"Integratie is nog niet mogelijk en ook nog niet wenselijk. Wellicht bevindt men zich nog in een beginfase. Op dit moment is meer cultuurontwikkeling en stimulatie gepaster (bijv. door opleidingen)".

"De integratie van specialisten en directie en de interne integratie van de medisch staf zal doorzetten. Er zijn al veel overlegvormen tussen directie en specialisten, deze zullen blijven en vervolmaakt worden in functioneren. Het stafbestuur zal meer geprofessionaliseerd worden op het gebied van management (met vrijstellingen en een geldelijke vergoeding)".

De laatste zin van bovenstaand citaat geeft aan dat een blijvende scheiding tussen directie en specialisten wenselijk wordt geacht. Dit uit zich ook in de wens van respondenten om een coöperatieve vereniging op te richten.

"Er zal een nieuwe stafvorm komen in de vorm van een coöperatieve vereniging. Deze vereniging zal vooral aan financiële belangenbehartiging doen en zal onder de medische staf komen te staan".

"Ik wil graag het VVAA-voorstel om een coöperatie op te richten daadwerkelijk zien gebeuren waardoor er een nevengeschikte situatie van specialisten en directie ontstaat".

Men ziet wel enige mogelijkheden in een systeem van produkttypering en outputpricing:

"De raamovereenkomst zal waarschijnlijk gaan vastlopen. Er zal dan naar produkttypering toegegaan worden. Maar in tegenstelling tot wat de meesten verwachten zal dit ook niet zaligmakend zijn aangezien de budgettering blijft bestaan".

"Het huidige tariefstelsel is heel krom, de verhouding tussen tijdsinvestering en vergoeding is heel scheef. Een situatie met produkttypering en outputpricing kan dit misschien veranderen".

Wat betreft het in loondienst gaan zien alle respondenten wel voordelen, mits er maar goede regelingen getroffen worden.

"Er moet een situatie van loon naar werken ontstaan, waarbij een loondienstvorm met een variabel deel voor extra diensten tot de mogelijkheden behoort

Voordelen van loondienst zijn:

- *een betere rechtspositie;*
- *je hoeft niet meer in te leveren;*
- *men is netto niet zo veel slechter af;*
- *er komt arbeidsrust;*
- *men verkrijgt meer zekerheden.*

Een loondienstverband zonder een goede CAO is daarentegen niet wenselijk. De overgang naar het in loondienst gaan moet echter niet met de botte bijl gebeuren: men kan bijvoorbeeld de nieuwe instroom meteen in loondienst laten gaan".

"Er zijn voordelen aan een dienstverband verbonden. Deze voordelen zijn er alleen voor de specialisten, want voor de gezondheidszorg zal het duurder worden. Men moet immers meer specialisten aan gaan nemen. Het vrij ondernemerschap zal verdwijnen. Dit is niet zo erg, maar er moet wel een regeling voor de "goodwill" komen".

"Wat betreft het in loondienst gaan is er al een commissie opgesteld met een breed scala aan specialismen, die allen wel eens gedacht hebben aan loondienst. Hierbij worden de contracten van de kinderartsen als uitgangspunt genomen. Dit zal een zware bevalling gaan worden. Men wil wel, maar met een heleboel impliciete voorwaarden. De eerste geruchten zijn dat het een te laag honorarium zou betreffen. Ik verwacht echter dat dit niet veel hoger zal worden vanwege de inkomensharmonisatie".

Naast bovenstaande toekomstverwachtingen en wensen is ook nog een aantal andere ontwikkelingen geschetst:

"Algemeen:

- *de vraag naar zorg zal blijven stijgen;*
- *de overheid zal kostenontwikkeling blijven beperken;*
- *specialisten zullen hun produktie stabiliseren of laten afnemen, wat leidt tot wachtlijsten;*
- *het ziekenhuisbudget zal zich ook stabiliseren.*

Dit alles tezamen zal leiden tot een spanningsveld, zeker als er geen uitbreiding van het aantal specialistenplaatsen zal plaatsvinden. Er is dus relatief sprake van een achteruitgang aangezien het zorgvolume blijft stijgen. Er ontstaat zo een spanningsveld tussen wat financieel kan en wat zou moeten. Gevolg is dat de facilitaire ondersteuning van specialisten ook minder zal worden. De organisatie is nu nog goed (financieel), maar dat gaat steeds minder worden, wat leidt tot scherpere tegenstellingen en meer interne conflicten".

Ten aanzien van een beperkte groeimogelijkheid qua produktie het volgende:
"Het nadeel van de budgettering is dat je als specialist niet aan de huisartsen of patiënten kunt verkopen dat je aan je grens zit".
"De budgettering is niet in overeenstemming met het arbeidsethos. Wat doe je namelijk als je je produktie gehaald hebt? Wachtlijsten laten ontstaan of groeien, of doorgaan zonder financiële tegemoetkoming? In eerste instantie heeft men toch optimale zorg in stand gehouden. Het idee daarachter was, dat als je met die cijfers aan het einde van het jaar naar de zorgverzekeraar zou stappen dat er dan wel wat mogelijk zou zijn. In 1997 staat daar nu niets meer tegenover. Men kan dan patiënten doorsluizen naar andere ziekenhuizen, maar dat moeten de huisartsen doen. Hier vindt geen overleg over plaats. Het afstemmen van de wachtlijsten is een functie van de zorgverzekeraar; dit kost waarschijnlijk net zoveel tijd als gewoon helpen".
Hiertoe nog een citaat:
"Er zal een intensievere samenwerking komen met de eerste lijn".

Tot slot nog een citaat ten aanzien van de ontwikkeling van de beroepsgroep:
"Het specialistenbedrijf loopt achter op de maatschappelijk ontwikkelingen; deze eisen veel meer ontwikkelingen van de specialisten op niet-medisch gebied (communicatie en patiënteninformatie), waardoor de druk groter wordt".

Samenvattend kan gezegd worden dat de respondenten in ziekenhuis 2 de realisatie van een geïntegreerd medisch-specialistisch bedrijf als onvermijdelijk zien, waarbij net als in ziekenhuis 1 de instandhouding van de scheiding tussen specialisten en directie wenselijk wordt geacht. Daarnaast ziet men enige mogelijkheden in een systeem van produkttypering en outputpricing. Wat betreft het in loondienst gaan ziet men wel voordelen. Tot slot noemt men nog een aantal algemene wensen en verwachtingen.

8.6 Tot slot

In het hierna volgende hoofdstuk zullen de in hoofdstuk 7 en 8 verkregen resultaten vertaald worden naar de drie hoofdvragen. De cases zullen hiertoe aan de hand van de hoofdvragen vergeleken worden. Vervolgens zal een terugkoppeling gemaakt worden naar de probleemstelling.

9

Conclusie, discussie en aanbevelingen

9.1 Inleiding

In dit hoofdstuk vergelijken we de cases door ze te koppelen aan de door ons in hoofdstuk 5 gestelde hoofdvragen. We beantwoorden in paragraaf 2 de eerste vraag, in hoeverre is er sprake van toegenomen integratie, en koppelen deze meteen aan de derde vraag, de toekomstverwachting. In paragraaf drie doen we hetzelfde ten aanzien van vraag 2, veranderingen ten aanzien van de wijze van onderhandelen, met het daarbij behorende toekomstbeeld. In paragraaf 4 tenslotte gaan we terug naar de door ons gestelde probleemstelling: de invloed van de mate van integratie van specialisten in het ziekenhuis op het onderhandelen.

9.2 Mate van integratie

9.2.1 Huidige mate van integratie

Om tot een vergelijking te kunnen komen worden beide cases eerst vergeleken op algemene kenmerken:

- beide ziekenhuizen hebben een zelfde regiofunctie; dit houdt in dat ze een vrij geïsoleerde ligging hebben waardoor ze te maken hebben met dezelfde soort regio-eisen;
- ze zijn ongeveer even groot (beide rond de 350 bedden);
- de ziekenhuizen liggen beide op de grens van twee zorggebieden;
- bij allebei is er sprake van positieve financiële resultaten;
- het betreft twee groeiziekenhuizen.

In tabel 9-1 wordt de mate van integratie in beide ziekenhuizen in een vergelijkend overzicht weergegeven:

Tabel 9-1: mate van integratie in case 1 en case 2

Integratie	Case 1	Case 2
Organisatorische:		
structuur	functionele organisatiestructuur met een sterk duaal karakter	idem
managementparticipatie	een beperkte mate van managementparticipatie	idem
onderhandelingsvorm met betrekking tot produktieafspraken	situatie 2, waarbij directie en specialisten samen de onderhandelingen voeren, maar beide partijen nog geen geïntegreerd geheel vormen	idem
Financiële:		
interne en externe mutatiesystematiek	overeenstemming tussen deze systematieken	geen overeenstemming
interne verdeling honorariumbudget	door een apart opgericht orgaan	door ziekenhuis-administratie
locatie verrekencentrum	buiten het ziekenhuis	binnen het ziekenhuis

Er is in beide ziekenhuizen tot op heden geen sprake van een toename van de mate van organisatorische integratie door de lokale initiatieven.

De organisatiestructuren van beide ziekenhuizen worden nog steeds gekenmerkt door een functionele structuur met een sterk duaal karakter. Een opheffing van dit duale karakter wordt in ziekenhuis 1 ook expliciet als niet-gewenst ervaren.

In de twee ziekenhuizen is de mate van managementparticipatie door de lokale initiatieven in die zin veranderd dat alleen de vertegenwoordiging van specialisten die deelneemt aan de onderhandelingen over raamovereenkomst en produktieafspraken meer betrokken is geraakt bij zaken aangaande algemeen beleid. In ziekenhuis 2 wordt daarnaast door respondenten aangegeven dat de mate van managementparticipatie door de lokale initiatieven is veranderd door het betrekken van specialisten bij activiteiten als het schrijven van een medisch beleidsplan. Dit beschouwen wij niet als managementparticipatie aangezien deze ontwikkeling nog in de kinderschoenen staat en het nog niet direct het actief mee bepalen van algemeen beleid inhoudt (zie paragraaf 3.2). Er is in beide ziekenhuizen dus sprake van een beperkte toename van de mate van managementparticipatie.

Het feit dat nu in allebei de ziekenhuizen een vertegenwoordiging van de specialisten aan de onderhandelingen met de zorgverzekeraar deelneemt, veronderstelt een toename van de mate van organisatorische integratie. Uit de interviews is daarentegen gebleken dat er sprake is van drie partijen aan de onderhandelingstafel en dat specialisten en directie nog geen geïntegreerd geheel vormen. Deze toename is dan ook minimaal te noemen.

De financiële integratie is in zowel ziekenhuis 1 als ziekenhuis 2 wel enigszins toegenomen. Deze toename verschilt per ziekenhuis. In ziekenhuis 1 stemmen interne en externe mutatiesystematiek overeen, maar is gekozen voor een apart orgaan ter verdeling van het honorariumbudget en vindt verrekening plaats buiten de ziekenhuisorganisatie. In het tweede ziekenhuis stemmen interne en externe mutatiesystematiek niet overeen, maar heeft men ervoor gekozen om zowel verdeling van het honorariumbudget als verrekening via de ziekenhuisadministratie te laten verlopen. Het feit dat in ziekenhuis 1 aan een van de drie kenmerken is voldaan en in ziekenhuis 2 aan twee van de drie kenmerken impliceert een hogere mate van financiële integratie in ziekenhuis 2. Echter de specialisten in dit ziekenhuis willen in de nabije toekomst overgaan tot oprichting van een coöperatieve vereniging ter behartiging van hun zakelijke belangen waardoor de ziekenhuisadministratie niet langer verantwoordelijk zal zijn voor de betalingen aan de specialisten. Wij gaan er hierdoor vanuit dat de financiële integratie in beide ziekenhuizen gelijk is.

In het algemeen kan geconcludeerd worden dat de totale mate van integratie van medisch specialisten in beide ziekenhuizen slechts heel beperkt is toegenomen daar slechts aan één van de voorwaarden volledig is voldaan. Hierbij willen wij niet onderschatten dat er in een relatief korte tijd reeds veel gebeurd is waardoor een basis is gelegd voor verdere integratie. Het feit dat een aantal specialisten nu actief betrokken is bij onderhandelingen kan worden gezien als een eerste aanzet hiertoe. Het betreft een groeiproces; alle respondenten benadrukken dan ook dat er nog een lange weg te gaan is en dat de lokale initiatieven slechts een overgangsperiode inhouden. Er wordt door veel respondenten te kennen gegeven dat er door de lokale initiatieven nog steeds geen sprake is van een echt wenselijke situatie; men wil van de onzekerheid verlost worden die nog steeds bestaat.

De mate van integratie wordt gemeten op basis van de eerder gestelde kenmerken van een geïntegreerd medisch-specialistisch bedrijf. Dit betreft geen waardeoordeel over het functioneren van de twee ziekenhuizen aangezien er meer wegen bestaan om integratie tot stand te brengen. Wij geven alleen aan dat het in de twee cases niet verloopt zoals wij op basis van ons literatuuronderzoek verwachtten. Gelijk de mening van enkele respondenten is er volgens ons nog een lange weg te gaan voordat werkelijk sprake kan zijn van een geïntegreerd medisch-specialistisch bedrijf.

In de navolgende subparagraaf zullen we het toekomstbeeld wat betreft deze integratie aan de orde stellen.

9.2.2 Integratie in de toekomst

Bij de bepaling van de huidige mate van integratie in de twee ziekenhuizen zijn we uitgegaan van de aanbevelingen van de Commissie-Biesheuvel en de eisen die op basis van de lokale initiatieven aan de partijen gesteld waren. Waar nodig is dit aangevuld met principes en theorieën uit de organisatiekunde.

De situatie die hierdoor is ontstaan is, zoals reeds vermeld, een tussenstation. De mate van integratie van medisch specialisten in het ziekenhuis zal volgens ons in de toekomst bepaald worden door de volgende vijf zaken:

1. cultuuromslag;
2. organisatiestructuurverandering;
3. positionering van de medische staf;
4. inkomensharmonisatie;
5. aanpassing van het toelatingscontract (goodwill).

Deze vijf punten zijn in het navolgende apart behandeld, maar blijken onlosmakelijk met elkaar verbonden.

Cultuuromslag

De huidige duale structuur in vele algemene ziekenhuizen in Nederland, zoals ook in onze cases, ligt ten grondslag aan een denken over medisch specialisten en ziekenhuismanagement als twee gescheiden organisatie-eenheden met elk hun eigen taakgebieden. Uit de resultaten van case 1 en case 2 is gebleken dat men het tot stand komen van een goed functionerend geïntegreerd medisch-specialistisch bedrijf wenselijk acht, echter wel met instandhouding van een duale structuur. Deze scheiding van verantwoordelijkheden ten aanzien van zorg en van beheer lijkt echter niet meer adequaat voor het realiseren van de doelstellingen van het hedendaagse ziekenhuis (Versluis en Hesselink, 1995). Wil men aan de eisen van het hedendaagse ziekenhuis kunnen voldoen dan zal de medische professie meer betrokken moeten worden in het meepraten en meebeslissen over de organisatie, de beleidsvorming en de bedrijfsvoering van de zorgverlening. Met andere woorden "het duale denken" zal plaats gaan maken voor "het eenheidsdenken". Volgens Ankoné (1997) heeft in nauwelijks een jaar tijd in veel ziekenhuizen een dergelijke cultuuromslag reeds plaatsgevonden. Naar aanleiding van de resultaten van onze twee cases betreft dit in onze ogen slechts een beperkt deel van de ziekenhuisorganisatie, namelijk de directie en de specialisten die nauw betrokken zijn bij het tot stand brengen van de raamovereenkomst en de onderhandelingen over produktieafspraken.

In een onderzoek uitgevoerd door de Universiteit van Nijmegen (van der Wee, Felling en Persoon, 1996) wordt dit bevestigd. Specialisten die naast hun beroepsinhoudelijke taak ook participeren in het management van het ziekenhuis, blijken zich duidelijk op het ziekenhuis te oriënteren. Deze specialisten voelen zich meer verbonden met het ziekenhuis, ondersteunen het beleid van het ziekenhuis in sterkere mate, zijn significant meer trouw aan het ziekenhuis en hebben een groter vertrouwen in de directie of raad van bestuur van het ziekenhuis dan specialisten met alleen een basisfunctie in het ziekenhuis. In dit onderzoek wordt tevens onderschreven dat bepaalde specialisten meer bereid zijn tot managementparticipatie dan anderen. Het gaat hier om de jongere specialisten en de mannelijke specialisten die meer bereidheid tonen dan hun oudere collega's en hun collega's van het vrouwelijke geslacht. Bij deze cultuuromslag naar meer bereidheid tot managementparticipatie zal hiermee rekening gehouden moeten worden. De weerstand bij oudere specialisten en bij vrouwelijke specialisten tegen deze cultuurverandering zal naar verwachting groter zijn. Met name met het oog op de toekomst kan deze laatste groep een probleem gaan vormen aangezien er in de toekomst een grotere instroom van vrouwelijke specialisten verwacht wordt.

Organisatiestructuurverandering

Nauw verbonden met de hiervoor genoemde cultuuromslag is het creëren van de mogelijkheid om deze verandering in het denken binnen de organisatie te kunnen vorm geven. Op basis van een onderzoek van het NZi (Versluis en Hesselink, 1995) is gebleken dat de veel gebruikte duale functionele organisatiestructuur leidt tot steeds meer afstemmingsproblemen en inefficiëntie. Binnen de huidige structuur blijken de twee spanningsvelden, namelijk die tussen zorg en beheer en die tussen centrale en decentrale verantwoordelijkheden, moeilijk te hanteren. Decentraal organiseren en managementparticipatie lijken hiertoe wel goede mogelijkheden te bieden. Dit betekent wel dat ingrijpende organisatieveranderingen nodig zijn. We hebben het hier dan over een meer decentrale organisatie, die geordend is rondom specifieke processen van de patiëntenzorg en waar participatie van specialisten een essentiële plaats inneemt.

In de door ons onderzochte ziekenhuizen geven verschillende respondenten de wens tot decentralisatie aan. In ziekenhuis 1 geeft men te kennen dat een ontwikkeling in de richting van een soort divisiestructuur mogelijk is, maar met behoud van nevenschikking van directie en specialisten. Deze structuur wordt organiseren rond zorgprocessen genoemd. In ziekenhuis 2 stelt men dat de organisatie platter zal worden; er wordt dan gedacht aan een structuur met een clustervorm, ook hier wordt dit organiseren rond zorgprocessen genoemd.

Het eerder genoemde NZi-onderzoek onderscheidt een drietal decentrale basisstructuren:

1. Structuur met een scheiding in werkeenheden rondom klinische zorg en ambulante zorg (zie bijlage VII). Hierbij wordt een organisatorische scheiding gemaakt in twee grote werkeenheden, ieder met een eigen manager of bestuur. De meeste specialisten zijn in deze structuur werkzaam in beide werkeenheden;
2. Structuur met kleinschalige werkeenheden die rondom één specialisme zijn georganiseerd en waarbinnen tevens de bijbehorende klinische en ambulante zorg zijn ondergebracht (zie bijlage VIII). Polikliniek en verpleegafdeling(en) en functie-afdeling van één specialisme of patiëntencategorie worden in één werkeenheid ondergebracht. Het resultaat is een groter aantal betrekkelijk zelfstandige werkeenheden. Ieder van deze werkeenheden heeft een eigen verantwoordelijk manager of bestuur. Medisch ondersteunende specialismen vormen in het algemeen ook een eigen werkeenheid. Binnen deze structuur zullen ook multispecialistische werkeenheden kunnen voorkomen;
3. Structuur met werkeenheden waarbinnen diverse specialismen zijn geclusterd en waarbinnen tevens de bijbehorende klinische en ambulante zorg zijn ondergebracht (zie bijlage IX). Uitgangspunt is dat meestal onderling verwante specialismen tot één werkeenheid worden geclusterd. Medewerkers van de bijbehorende klinische en ambulante trajecten zijn binnen één werkeenheid georganiseerd.

Geen van bovenstaande structuurvormen kan gezien worden als de beste manier van decentralisatie. De keuze voor een bepaalde structuur kan per ziekenhuis verschillen, afhankelijk van situatiegebonden factoren en visie-ontwikkeling (Versluis en Hesselink, 1995). Voorwaarde voor het goed functioneren van een decentrale structuur is dat delegeren van bevoegdheden en verantwoordelijkheden en het participeren van medisch specialisten niet beperkt blijft tot een kleine groep vlak onder het directieniveau.

Naast deze decentrale organisatiestructuren worden in de praktijk nog andere termen gebruikt, zoals: divisionering, vorming van zelfsturende werkeenheden (ZWE-en) en unitvorming. Al deze verschillende vormen worden willekeurig gebruikt met kleine onderlinge nuanceverschillen, deze nuancering is dan in de praktijk vaak gebaseerd op de grootte van de organisatie. Met name betreft het hier dan de divisiestructuur die alleen toepasbaar is in grote organisaties, zoals bijvoorbeeld een academisch ziekenhuis (zie paragraaf 3.2).

Positionering van de medische staf

Een nevenschikking van directie en specialisten wordt door de verschillende respondenten gewenst, mits de duale structuur in stand gehouden wordt. Deze nevenschikking zou in een geïntegreerd medisch-specialistisch bedrijf gegarandeerd moeten worden door een orgaan dat formeel erkend wordt en de zakelijke belangen van de specialisten behartigt. Hiertoe is in ziekenhuis 1 door de specialisten een coöperatieve vereniging opgericht. In ziekenhuis 2 zal een dergelijke vereniging in de nabije toekomst opgericht worden.

Door maatschappelijke ontwikkelingen, decentralisatie en managementparticipatie is de organisatie van de medische staf aan bezinning toe. Specialisten willen de betekenis van de staf als belangenbehartigingsorgaan behouden. Wanneer het gaat om belangen van de staf als geheel, is dit ook aan te bevelen, zeker nu de positie van de medisch specialisten ook vanuit verschillende kanten regelmatig ter discussie staat.

Echter, ons inziens kan managementparticipatie met voldoende bevoegdheden voor de specialisten in de toekomst een zodanige waarborging van de positionering van specialisten binnen de ziekenhuisorganisatie vormen, dat de functie van een coöperatieve vereniging of medische staf, zoals hij nu bestaat, ter discussie zal komen te staan. Immers in een dergelijke situatie zullen specialisten een belangrijke rol gaan spelen bij het meebeslissen in het te voeren beleid en het meebesturen van de organisatie (zie paragraaf 3.2). Het staforgaan kan zich dan gaan richten op het bepalen van strategisch beleid en kwaliteitsbeleid op organisatieniveau. De huidige medische staf zal dus een andere gestalte moeten krijgen door de eerder genoemde organisatieveranderingen. Medische staven zijn in veel ziekenhuizen zo groot geworden dat het steeds lastiger blijkt om de gehele staf te betrekken bij besprekingen van belangrijke onderwerpen.

Samenvattend zullen ons inziens de volgende ontwikkelingen leiden tot een heroriëntatie op de positie van de medische staf: de betekenis van de staf als apart orgaan, de directe gevolgen van managementparticipatie en de organisatiestructuur en de daarmee samenhangende rechtspositie van de staf. Deze ontwikkelingen vergen ons inziens nader onderzoek.

Inkomensharmonisatie

Wil er sprake zijn van integratie van specialisten in het ziekenhuis, dan zal men eerst moeten kunnen spreken van "de specialisten" als één geheel. Zoals in hoofdstuk 8 reeds besproken is hier nog geen sprake van aangezien er tussen de verschillende specialismen nog tegenstrijdige belangen bestaan. Dit betreft dan voornamelijk financiële belangen.

Als managementparticipatie en dus het mede nemen van bestuurlijke beslissingen wenselijk is, dan is het noodzaak dat deze beslissingen geen inkomensconsequenties hebben. Zolang er sprake is van tegenstrijdige financiële belangen is het nemen van eenduidige bestuurlijke beslissingen niet mogelijk. Dit betekent dat waar in de huidige situatie nog sprake is van inkomensverschillen tussen de verschillende specialismen, in de toekomst deze verschillen geminimaliseerd zullen moeten worden. Inkomensharmonisatie wordt dan dus een voorwaarde voor de totstandkoming van een geïntegreerd medisch-specialistisch bedrijf.

In de twee onderzochte cases tonen respondenten bereidheid tot inkomensharmonisatie. Tegenover het idee van inkomensharmonisatie en het toegroeien naar een vast dienstverband staat men in ziekenhuis 1 niet afwijzend mits hier enkele voorwaarden aan verbonden worden. Van een snelle realisatie van deze ideeën zal echter geen sprake zijn; hiervoor zijn de bezwaren nog te groot. In ziekenhuis 2 ziet men duidelijk voordelen in een dienstverband. Hierbij wordt wel de kanttekening geplaatst dat er eerst een vorm voor loondienst gevonden moet worden, met een goede CAO, waar iedere specialist zich in kan vinden. Er is hiertoe zelfs al een onderzoekscommissie ingesteld met een breed scala aan specialismen, die allen weleens gedacht hebben aan een loondienstverband.

Aanpassing van het toelatingscontract (goodwill)

Respondenten geven in beide cases te kennen dat de bereidheid tot inkomensharmonisatie relatief groot is, maar met een aantal voorwaarden. Eén van deze voorwaarden is dat er een regeling getroffen moet worden voor de goodwill. Wil een toestand van inkomensharmonisatie en een toegroeien naar loondienstverband tot de mogelijkheden behoren dan zal eerst een tevredenstellende oplossing moeten worden gevonden voor dit probleem.

9.2.3 Waarom integratie?

Bij de discussie over het voorgaande zijn wij op een naar ons idee belangrijk ander discussiepunt gestuit: "Waarom integratie?"

Ankoné (1997) stelt dat er twee verschillende uitgangspunten bestaan voor de realisatie van een geïntegreerd medisch-specialistisch bedrijf:

1. voor het ziekenhuis betekent het dat artsen, verpleegkundigen, administratie en directie niet langs elkaar heen organiseren. Voor deze vorm van integratie zijn bestuursconstructies nodig;
2. de politiek en de verzekeraars lijken in iets anders geïnteresseerd, namelijk: "Het mag niet meer kosten en de winst wil ik zelf opstrijken". Voor deze vorm van integratie zijn financiële constructies nodig.

Ons inziens betreft het hier twee uitgangspunten die samenhangen met de toekomstontwikkeling van het toekennen van één budget aan specialisten en ziekenhuis samen. Bij het eerste uitgangspunt is de mogelijkheid tot één budget het gevolg van de in de vorige paragraaf genoemde veranderingen; er is dan namelijk een geïntegreerd medisch-specialistisch bedrijf tot stand gekomen waar één geldstroom naar toe kan lopen. Bij het tweede uitgangspunt echter lijkt het idee van één budget de oorzaak waardoor al deze veranderingen nu doorgevoerd zouden moeten worden. Vraag hierbij is of de kosten door deze veranderingen wel zo goed beheerst kunnen worden (tot nu toe is hier nog geen sprake van geweest).

Als het toekennen van één budget namelijk samengaat met inkomensharmonisatie danwel loondienst zullen extra investeringen nodig zijn om aan de randvoorwaarden hiervoor te kunnen voldoen. Er zouden bijvoorbeeld meer specialistenplaatsen moeten komen.

9.3 Onderhandelen

9.3.1 Huidige wijze van onderhandelen in de twee cases

Wij willen hiervoor verwijzen naar de tabellen 7-2 en 8-2 die de onderhandelingsstructuren voor en na de lokale initiatieven verduidelijken en de tabellen 7-3 en 8-3 die de onderhandelingskarakters tijdens en na de totstandkoming van de lokale initiatieven weergeven. In onderstaande tabel worden deze tabellen samengevoegd tot één tabel, aangezien de onderhandelingstyperingen van de verschillende onderhandelingen voor, tijdens en na de lokale initiatieven voor beide ziekenhuizen overeenstemmen.

Tabel 9-2: karakter van de onderhandelingen binnen de diverse structuren in beide ziekenhuizen

Onderhandelingsstructuren	Tijdens	Na
over de raamovereenkomst	integratief	distributief
over produktieafspraken tripartite (extern)	integratief	distributief
over produktieafspraken bipartite (intern)	integratief	integratief
met de eigen leden	n.v.t.	n.v.t.

De situatie voor de lokale initiatieven in de vier onderscheiden onderhandelingssituaties kenmerkt zich door het ontbreken van de noodzaak tot onderhandelen. Van onderhandelingen over een raamovereenkomst was in die tijd nog helemaal geen sprake. De produktieafspraken werden zonder de specialisten gemaakt, dus de directie onderhandelde alleen met de zorgverzekeraar.

Tevens waren er door het ontbreken van de raamovereenkomst geen onderhandelingen met de eigen leden over budgettering en produktieafspraken. Hier moet bij vermeld worden dat er in de huidige situatie nog geen sprake is geweest van onderhandelingen met de eigen leden: de bijeenkomsten met de eigen leden hebben tot nu toe slechts een informatieve functie gehad.

Sinds de opstartfase van de lokale initiatieven kan worden gesproken van tripartite onderhandelingen waaraan specialisten, ziekenhuis en zorgverzekeraar deelnemen. Deze onderhandelingen worden tijdens de opstartfase van de lokale initiatieven door de respondenten als integratief getypeerd. De onderhandelingen kenmerkten zich bijvoorbeeld door het creëren van win-win situaties, een algemeen overkoepelend doel en de motivatie en commitment om produktief samen te werken. Het kenmerken van onderhandelingen als integratief, kan ook voortkomen uit het feit dat respondenten in deze periode naar tevredenheid hun eigen doelen konden bereiken; dit leidt ons inziens al snel tot een integratieve typering, terwijl daar niet direct sprake van hoeft te zijn, aangezien integratief onderhandelen veel meer inhoud dan alleen je doelen naar tevredenheid bereiken (zie hoofdstuk 4).

Na de totstandkoming van de raamovereenkomst, dat wil zeggen de periode waarin onderhandeld is over verlenging van de raamovereenkomst, werden de onderhandelingen over de raamovereenkomst en de produktieafspraken in tripartite verband als distributief bestempeld. Slechts de bipartite onderhandelingen over produktieafspraken tussen directie en specialisten worden nog als integratief ervaren. Ons inziens is ook hier de uitkomst van de onderhandelingen sterk bepalend voor de typering aangezien men de onderhandelingen bij ontevredenheid over de resultaten al snel distributief noemt.

De keuze voor een regionaal danwel autonoom lokaal initiatief lijkt in deze twee ziekenhuizen niet van invloed op de onderhandelingskarakters. In beide ziekenhuizen waren de onderhandelingen tijdens de totstandkoming integratief, erna werden ze als distributief bestempeld. Het is dan ook verrassend dat de onderhandelingen die de stuurgroep in ziekenhuis 1 heeft gevoerd tijdens de totstandkoming al snel als integratief bestempeld werden, terwijl het een complex model betreft waarin veel partijen op één lijn moeten komen. Dit was niet te verwachten op basis van de literatuur over multipartiële onderhandelingsproblematiek.

In deze literatuur (zie paragraaf 4.5) zijn deze onderhandelingen per definitie moeizaam door de verschillende meningen die moeten worden geïntegreerd.

Tevens lijkt ook de keuze voor de oprichting van een coöperatieve vereniging niet van invloed op de onderhandelingen. De keuze voor een coöperatieve vereniging impliceert een duidelijke scheiding tussen directie en specialisten, waardoor de belangen van beiden meer uiteen zouden lopen. De onderhandelingen in case 1 zouden in dit geval moeten verschillen met die van case 2. Dit blijkt niet het geval. Ons inziens ligt de verklaring hiervoor in het feit dat de specialisten in case 2 eigenlijk dezelfde houding ten opzichte van de directie hebben als in case 1, maar dat dit in hun organisatie nog niet doorgevoerd is. In ziekenhuis 2 wil men namelijk ook tot een coöperatie overgaan en uit de interviews is gebleken dat de specialisten in eerste instantie de clearing house-constructie zelfs bij de zorgverzekeraar wilden onderbrengen.

Geconcludeerd kan worden dat de wijze van onderhandelen tussen zorgverzekeraar, ziekenhuis en specialisten ingrijpend is veranderd door de totstandkoming van de lokale initiatieven. Alleen al het feit dat deze drie partijen gezamenlijk aan de onderhandelingstafel plaats hebben genomen is opmerkelijk te noemen; voor de lokale initiatieven was hier zelfs helemaal geen sprake van. Daarnaast heeft zoals hierboven reeds is geconstateerd een verschuiving van karakter plaats gevonden van integratief tijdens de totstandkoming naar meer distributief na de totstandkoming. Tot slot blijkt zowel de keuze voor een regionaal of een autonoom initiatief als de keuze voor wel of geen coöperatieve vereniging in de twee ziekenhuizen niet van invloed op de typering van de onderhandelingskarakters.

9.3.2 Toekomstige wijze van onderhandelen in de twee cases

In deze subparagraaf zullen we onze toekomstverwachtingen wat betreft onderhandelen in de twee ziekenhuizen schetsen. Aangezien gebleken is dat beide ziekenhuizen de onderhandelingen in de verschillende structuren hetzelfde typeren, zullen we de twee ziekenhuizen hier samen behandelen.

Respectievelijk zullen we ingaan op de vier onderscheiden structuren: onderhandelingen over de raamovereenkomst, over produktieafspraken in tripartite verband, over produktieafspraken in bipartite verband en de onderhandelingen met de eigen leden.

Raamovereenkomst

De onderhandelingen over de raamovereenkomst laten een verschuiving zien van integratief tijdens de totstandkoming naar distributief erna.

Het feit dat deze onderhandelingen tijdens de totstandkoming als integratief bestempeld werden is ons inziens een gevolg van door de zorgverzekeraar geboden groeimogelijkheden boven FOZ. Met andere woorden de zorgverzekeraar heeft de te verdelen koek vergroot, zodat alle partijen hun doelen naar tevredenheid konden bereiken.

De huidige onderhandelingen ten aanzien van de raamovereenkomst worden distributief genoemd. Ons inziens is dit het resultaat van het weer verkleinen van de koek door de zorgverzekeraar. De positie van de zorgverzekeraar in deze lijkt de meest invloedrijke. De invloed van de specialisten zou volgens ons vergroot kunnen worden als:

- er onderhandeld kan worden namens dé specialist; als specialisten geen tegenstrijdige belangen meer hebben;
- directie en specialistenvertegenwoordiging als één partij naar buiten treden;
- de onderhandelingsvaardigheden van de specialistenvertegenwoordiging vergroot worden door bijvoorbeeld trainingen.

Zoals het er nu naar uitziet zullen deze onderhandelingen distributief blijven. Als de verzekeraars in 1998 volledig risico gaan lopen zal het onderhandelingsklimaat grimmiger worden (Ankoné, 1997). Deze distributieve onderhandelingen zijn dan het gevolg van een verkleining van de te verdelen koek en de verschillende tegengestelde belangen die de partijen hebben.

Hoe kun je deze onderhandelingen een meer integratief karakter geven?

Ten eerste is dit ons inziens te realiseren door de koek te vergroten, als ofwel de zorgverzekeraar ofwel de overheid hier financiële mogelijkheden toe biedt.

De zorgverzekeraar kan in een tripartite afspraak meer geld vrijmaken, met daar tegenover verdere integratie en een kwaliteits- en doelmatigheidstoename, waardoor de winst zich in de toekomst uitbetaalt. Dit lijkt ons vrij onwaarschijnlijk aangezien de zorgverzekeraar bij een dergelijke regeling een behoorlijk financieel risico loopt, waar zij met het oog op de ontwikkelingen die in 1998 gaan plaatsvinden weinig bereidheid toe zal hebben.
Een mogelijkheid om dit risico te verkleinen is genoemd door één van de respondenten, namelijk het idee om doelmatigheid te belonen en ondoelmatigheid juist te bestraffen. De overheid kan financiële mogelijkheden scheppen door extra investeringen te doen in verdere integratie en ook daaraan gekoppeld een kwaliteits- en doelmatigheidstoename, waardoor de winst zich in de toekomst uitbetaalt.
Een tweede mogelijkheid om de onderhandelingen meer integratief te maken is een poging om de tegengestelde belangen van de partijen te herdefiniëren tot overeenkomstige belangen. Dit is tot op heden nog erg moeilijk gebleken omdat aan deze belangen vaak een tegengesteld kostenmotief ten grondslag ligt. Voorbeelden hiervan zijn het behoud van de professionele autonomie tegenover in loon dienst treden, langer wordende wachtlijsten tegenover budgettering en het probleem van de goodwill. Wil een verregaande integratie tot stand kunnen komen dan zal voor deze belangentegenstellingen een oplossing moeten worden gevonden. Gebeurt dit niet dan zal de totstandkoming van het geïntegreerd medisch-specialistisch bedrijf nog lang op zich laten wachten.

Tripartite onderhandelingen over produktieafspraken

Ook deze onderhandelingen laten een verschuiving zien van integratief tijdens de totstandkoming van de raamovereenkomst naar distributief erna. Deze onderhandelingen van directie, zorgverzekeraar en specialisten raken constant aan de uitkomsten van de onderhandelingen over de raamovereenkomst. De verhouding tussen deze drie partijen wordt namelijk grotendeels beïnvloed door de afspraken die zijn gemaakt betreffende de groei van het zorgvolume. Is er in de raamovereenkomst ruimte geschapen voor extra groei boven FOZ dan zal de bereidheid om hogere produktieafspraken toe te staan groter zijn. Wordt door de zorgverzekeraar echter geen extra ruimte geschapen in raamovereenkomstverband dan zal de bereidheid van de specialisten om iets extra's te doen klein zijn. De verschillende belangen kunnen zodoende sterk uiteenlopen en zijn als volgt samen te vatten.

Het belang van het ziekenhuis is het maken van hogere produktieafspraken aangezien dit leidt tot meer budget, waardoor rekening wordt gehouden met de reële groei van het zorgvolume. Het belang van de specialisten is het maken van produktieafspraken binnen het budget tenzij er meer groeimogelijkheden gecreëerd zijn die rekening houden met de reële groei van de zorgvraag. De zorgverzekeraar beoogt de wachtlijsten te verkleinen en wil in principe zoveel mogelijk produktie voor zo weinig mogelijk geld.

De positie van de specialisten is volgens ons in deze onderhandelingen vrij machtig; men kan afspreken wat men wil, maar de specialisten zullen dit moeten realiseren en willen zij niet dan gebeurt het ook niet. Een respondent in case 2 benadrukt dit door te zeggen dat produktieafspraken eigenlijk lucht zijn, het betreft prognoses. Er kan van alles afgesproken worden, maar alleen de specialisten hebben de produktie en de bewaking daarvan in handen. De produktieafspraken vormen zodoende voor de specialisten een pressiemiddel. Van belang in deze onderhandelingen is de verhouding tussen directie en specialisten. Immers het belang van de directie bij deze afspraken is groot daar de hoogte van deze afspraken bepalend is voor het ziekenhuisbudget ("kun je meer leveren dan krijg je ook meer betaald"). De directie is hier dus grotendeels afhankelijk van de bereidheid van de specialisten om een bepaald aantal verrichtingen te willen doen in een jaar. Het maken van goede bipartite afspraken hierover en het vervolgens naar buiten kunnen treden als één partij (zie coalitievorming in paragraaf 4.5) is van grote invloed op de machtsverhouding met de zorgverzekeraar. Indien de huidige ontwikkeling, van het steeds distributiever worden van onderhandelingen in tripartite verband, zich voortzet zullen deze tripartite onderhandelingen een steeds grimmiger karakter krijgen en distributief blijven.

Een toekomstige onwil danwel onmogelijkheid om de financiële koek binnen het raamovereenkomstbestek te vergroten lijkt het integratief maken van de tripartite onderhandelingen over produktieafspraken wel haast uit te sluiten. Door de nauwe samenhang tussen onderhandelingen over de raamovereenkomst en tripartite onderhandelingen over produktieafspraken, zal hier gelden dat de onderhandelingen over de raamovereenkomst eerst integratief moeten worden wil er bij de tripartite onderhandelingen over produktieafspraken sprake kunnen zijn van integratieve onderhandelingen.

Bipartite onderhandelingen over produktieafspraken

De bipartite onderhandelingen over produktieafspraken zijn sinds de totstandkoming van de raamovereenkomst integratief. De onderlinge verhoudingen zijn verbeterd, hetgeen door de respondenten ook duidelijk wordt aangegeven. In de vorige subparagraaf is al aangegeven dat een goede onderlinge verhouding en het maken van goede bipartite afspraken van grote invloed zijn op de resultaten van de tripartite onderhandelingen over produktieafspraken.

Onderhandelingen met de eigen leden

De belangenbehartiging met betrekking tot de financiën moet wel naar tevredenheid worden uitgevoerd anders kan hier onenigheid ontstaan. Ten behoeve van een eenduidige belangenbehartiging door de vertegenwoordiging van specialisten zullen er meer onderhandelingen met de eigen leden gaan komen. Hiertoe zou inkomensharmonisatie een mogelijke voedingsbodem voor onderlinge verdeeldheid weg kunnen nemen.

Aan de andere kant kunnen de onderlinge relaties ook verstoord worden als er geen tevredenstellende vorm hiervoor wordt gevonden. Door de tegenstrijdige belangen die dan tussen de verschillende specialismen ontstaan kunnen de onderhandelingen met de eigen leden een distributief karakter gaan vertonen. Dit zal zijn invloed hebben op alle hierboven genoemde onderhandelingsvormen of structuren.

9.3.3 Onderhandelingen over de totstandkoming van een geïntegreerd medisch-specialistisch bedrijf

In paragraaf 9.2.2 berust de totstandkoming van een geïntegreerd medisch-specialistisch bedrijf op vijf zaken. Daarnaast noemen wij in paragraaf 9.2.3 nog een zesde punt wat hier nauw mee samenhangt. Het betreft dan een cultuuromslag, de positionering van de medische staf, inkomensharmonisatie, aanpassing van het toelatingscontract, organisatiestructuurverandering en één budget voor ziekenhuis en specialisten. Wij zullen hier eventuele knelpunten bij noemen en enige aanbevelingen doen om de onderhandelingen die hiertoe gevoerd moeten gaan worden zo integratief mogelijk te laten verlopen.

Het is bij dit overzicht noodzakelijk te beseffen dat de hier besproken processen op elkaar ingrijpen en constant met elkaar verweven zijn. Hierdoor is het ene onderwerp nooit (geheel) los te zien van het andere.

Cultuuromslag

Het betreft hier een omslag van het zogenaamde duale denken naar een eenheidsdenken. Wil er sprake kunnen zijn van een geïntegreerd medisch-specialistisch bedrijf dan zullen specialisten ook actief moeten meepraten, meebeslissen en meebesturen. Een dergelijke omslag zal zowel op landelijk niveau als op lokaal niveau moeten worden gestimuleerd.

Onderhandelingen hierover zullen een duidelijk integratief karakter moeten hebben waarbij overeenkomstige belangen en voordelen voor partijen worden verduidelijkt en geïntegreerd. Knelpunt hierbij zal vooral zijn dat specialisten zich hiertoe kwetsbaar moeten opstellen, omdat hun positionering binnen het ziekenhuis onvoldoende gewaarborgd lijkt. Belangrijke voorwaarde is dan ook dat specialisten hun professionele autonomie kunnen waarborgen. Op dit moment gebeurt dit bijvoorbeeld in de vorm van een coöperatieve vereniging en door een heroriëntering op de positie van de medische staf.

Positionering van de medische staf

Belangrijk uitgangspunt hierbij is dat de positie van de specialisten (op een juridisch erkende manier) gewaarborgd kan worden. Op dit moment vormt dit onderwerp een belangrijk discussiepunt (zie ook cultuuromslag). Ons inziens kan een goed georganiseerd medisch-specialistisch bedrijf voldoende waarborgen bieden voor die positionering. In een decentrale organisatie met participatie van specialisten kan dit worden bereikt door voldoende bevoegdheden en verantwoordelijkheden te delegeren naar de specialisten. Is een verregaande integratie zoals hiervoor bedoeld tot stand gekomen, dan zal een volgende herbezinning op de functie van die medische staf plaatsvinden. Waarschijnlijk zal een strategisch beleidsbepalende en kwaliteitsbeleidsbepalende functie dan gewenster zijn (er is hier dan al sprake geweest van een organisatiestructuurverandering).

Onderhandelingen over een gepaste positionering van de medische staf zullen zich in eerste instantie afspelen op landelijk niveau waarbij gezocht moet worden naar een stafvorm waarin specialisten hun positie gewaarborgd zien. De onderhandelingen over positionering van het orgaan na een organisatiestructuurverandering zullen hoofdzakelijk plaats vinden tussen directie en specialisten op organisatieniveau, waarbij gestreefd zal moeten worden naar een oplossing die de meeste waarde heeft voor de organisatie als geheel; er is dan een overkoepelend belang voor zowel specialisten als directie.

Inkomensharmonisatie

Uit de resultaten van de twee cases is duidelijk gebleken dat respondenten zeker niet onwelwillend staan tegenover inkomensharmonisatie en een doorgroeien naar een loondienstverband. Wil hiervan echter sprake kunnen zijn dan zal wel aan een aantal randvoorwaarden moeten worden voldaan. Voorbeelden hiervan zijn de mogelijkheid tot een flexibele beloningscomponent, zodat meer werken ook beloond kan worden en voldoende sociale zekerheden.

Daarnaast is ons inziens inkomensharmonisatie ook een voorwaarde om specialisten te kunnen laten meebeslissen en meebesturen. Immers zolang financiële belangen een rol spelen in het nemen van bestuurlijke beslissingen blijft dit problemen opleveren tussen specialisten onderling. Tevens is het zaak om in de onderhandelingen tijdens het doorgroeien naar een geïntegreerd medisch-specialistisch bedrijf als één partij naar buiten te treden; onderlinge verdeeldheid (ten gevolge van financiële ongelijkheid) maakt het namelijk de andere partijen makkelijk om ongewenst invloed uit te kunnen oefenen.

Onderhandelingen over inkomensharmonisatie zullen in eerste instantie door specialisten zelf gevoerd moeten worden op landelijk en lokaal niveau. Hiertoe zal dan een vorm gevonden moeten worden waar alle specialisten zich in kunnen vinden. Na de onderhandelingen binnen de beroepsgroep zullen ook onderhandelingen moeten plaatsvinden met overheid en ziekenhuisorganisatie. Allereerst op landelijk, wellicht daarna op lokaal niveau. Wanneer immers inkomensharmonisatie en een eventueel loondienstverband wenselijk wordt geacht, dan zal door de specialisten met de verschillende betrokken partijen onderhandeld moeten worden over de voorwaarden waaraan moet worden voldaan.

De volgende zaken kunnen bij deze onderhandelingen aan de orde komen: betreft het in loondienst gaan een vrije keuze of wordt het landelijk afgedwongen, blijft de mogelijkheid bestaan voor vrije beroepsuitoefening, wordt er een tevredenstellende oplossing gevonden voor het probleem van de goodwill, wat staat er tegenover teruggang in inkomen, welke sociale zekerheden worden er gegeven. Deze onderhandelingen kunnen ons inziens al snel naar een distributief karakter neigen vanwege de uiteenlopende belangen.

Aanpassing van het toelatingscontract (goodwill)

Dit vloeit rechtstreeks voort uit wat hierboven is besproken. Aanpassing hiervan kan gezien worden als één van de voorwaarden waaraan de overheid zal moeten voldoen wil er sprake kunnen zijn van een inkomensharmonisatie of loondienstverband en dus een doorgroeien naar een geïntegreerd medisch-specialistisch bedrijf.

Organisatiestructuurverandering

Zoals eerder aangegeven is in veel gevallen de huidige functionele duale structuur niet meer toereikend om het hoofd te kunnen bieden aan de hedendaagse problemen. Voor het tot stand komen van een geïntegreerd medisch-specialistisch bedrijf zal het dan ook noodzakelijk zijn dat een decentrale organisatie tot stand komt met participatie van de specialisten. Afgezien van het feit dat de primaire processen in de ziekenhuiszorg hierdoor anders georganiseerd worden, vereist dit van de specialisten een heroriëntatie op hun taakgebied (men zal namelijk moeten gaan participeren in het management en men zal toe moeten naar een inkomensharmonisatie of loondienstverband en een herpositionering van de medische staf).

Onderhandelingen hierover zullen deels plaatsvinden op landelijk niveau tussen overheid, specialisten en ziekenhuisorganisaties (over inkomensharmonisatie of loondienst en aanpassing van het toelatingscontract), deels op landelijk niveau tussen specialisten onderling (over de herpositionering van de medische staf) en deels op lokaal niveau tussen specialisten en directie over welke organisatiestructuur dan het meest gewenst is en over de positionering van de staf binnen het geïntegreerd medisch-specialistisch bedrijf.

Onderhandelingen over een organisatiestructuurverandering zullen primair gevoerd moeten worden door specialisten en directie en een zeer integratief karakter moeten dragen. Zaak is dat een structuur gevonden wordt waarbinnen de doelen van beide partijen volledig tot hun recht komen. Specialisten en directie ondergaan ingrijpende veranderingen en voor het welslagen van een dergelijke structuurverandering is volledige medewerking van beide partijen noodzakelijk.

Eén budget voor ziekenhuis en specialisten

Zoals al eerder vermeld is bij het geïntegreerd medisch-specialistisch bedrijf één geldstroom voldoende; dit ene budget wordt dan verder verdeeld binnen het geïntegreerde geheeld. Over de verandering van twee budgetten naar één budget zal niet onderhandeld hoeven worden aangezien dit ons inziens een logisch gevolg is van alle hierboven genoemde veranderingen.

De onderhandelingen over de verdeling van dit budget zullen, als alle hiervoor genoemde veranderingen zijn doorgevoerd, redelijk integratief verlopen. Aangezien er dan geen financiële belangentegenstellingen meer bestaan tussen directie en specialisten en tussen verschillende specialismen onderling. Echter wanneer het toekenen van één budget door de overheid wordt afgedwongen vóór invoering van deze veranderingen dan zullen de onderhandelingen alles behalve integratief verlopen. Ons inziens zal dit ook verdere negatieve gevolgen kunnen hebben voor andere onderhandelingen, omdat de onderlinge relaties zullen verslechteren.

9.4 Eindconclusie

In deze paragraaf zullen, alvorens de terugkoppeling naar de probleemstelling te maken, onze theoretische bevindingen ten behoeve van praktijksituaties in kaart gebracht worden. Ter afsluiting zullen enige suggesties voor verder onderzoek gegeven worden.

Is er al sprake van een geïntegreerd medisch-specialistisch bedrijf?

Op basis van de door ons gestelde kenmerken is geconcludeerd dat er nog geen sprake is van een geïntegreerd medisch-specialistisch bedrijf in de twee door ons onderzochte cases. Ons inziens liggen hier vier redenen aan ten grondslag:

1. het vast willen houden aan de scheiding van de taakgebieden van directie en specialisten (duaal denken);
2. een functionele organisatiestructuur met een beperkte mate van managementparticipatie;
3. zowel organisatorisch als financieel vormen directie en specialisten nog geen geheel;
4. er bestaat nog onvoldoende afstemming tussen de budgetsystemen van de ziekenhuizen, de specialisten en de zorgverzekeraars.

Waarvan zal de totstandkoming van een geïntegreerd medisch-specialistisch bedrijf afhankelijk zijn?

Op basis van de literatuur moet in de toekomst aan de volgende zes punten voldaan worden wil er sprake kunnen zijn van volledige integratie:

1. cultuuromslag van duaal denken naar eenheidsdenken;
2. organisatiestructuurverandering naar een meer decentrale vorm met verregaande managementparticipatie;
3. herpositionering van de medische staf;
4. inkomensharmonisatie of loondienst;
5. aanpassing van het toelatingscontract (goodwill);
6. één budget voor ziekenhuis en specialisten samen.

Eventuele implicaties voor hierover te voeren onderhandelingen zijn reeds behandeld in paragraaf 9.2.2 en 9.3.2.

Bevindingen ten aanzien van de door ons gestelde verwachtingen

De verwachting ten aanzien van de onderhandelingen tussen directie en specialisten is uitgekomen: deze onderhandelingen zijn integratiever geworden. Er is meer begrip en inzicht gekomen in elkaars belangen en door de koppeling van de budgetten zijn ook de belangen aan elkaar gekoppeld.

Ook de verwachting over de vertrouwensrelaties is bevestigd, het vertrouwen van de medisch specialisten in het ziekenhuismanagement is toegenomen. Dit is een directe resultante van de aanwezigheid van een vertegenwoordiging van specialisten bij de onderhandelingen (ten aanzien van produktieafspraken en ten aanzien van de raamovereenkomst).

Wat betreft de verwachtingen die wij gesteld hebben over multipartiële onderhandelingen is gebleken dat deze bij meer partijen niet per definitie moeizamer hoeven te verlopen. Ons inziens hangt het verloop van deze onderhandelingen samen met het al dan niet vormen van coalities. Coalitievorming blijkt, ongeacht het aantal partijen, de onderhandelingen te vergemakkelijken.

Typering van het karakter van onderhandelingen

In de praktijk is gebleken dat het typeren van onderhandelingen als integratief of als distributief sterk samenhangt met de uitkomst van die onderhandelingen. Is de uitkomst voor de eigen partij positief dan worden de onderhandelingen al snel als integratief bestempeld, is de uitkomst minder positief voor de eigen partij worden zij al snel als distributief gezien. Bij het gebruik van het theoretische onderscheid tussen integratief en distributief is het dan ook zaak hiermee rekening te houden. Het bereiken van positieve resultaten voor de eigen partij wil immers niet zeggen dat onderhandelingen ook integratief waren (vaak verlopen zij dan juist distributief). Daarnaast speelt sociale wenselijkheid volgens ons een grote rol bij het typeren van de onderhandelingen. Het typeren van onderhandelingen als integratief heeft een positievere klank dan het typeren als distributief. Het ondervangen van dit onderzoekstechnische probleem kan volgens ons slechts door het bijwonen van onderhandelingen om ze vervolgens zelf te kunnen typeren. Dit neemt echter niet weg dat het ervaren van de onderhandelingen als integratief zeker zo belangrijk is als het op basis van theorie integratief zijn.

De probleemstelling

De probleemstelling luidt als volgt (zie hoofdstuk 1): "Wat is de invloed van de mate van integratie van specialisten in het ziekenhuis op het onderhandelen tussen ziekenhuizen, medisch specialisten en zorgverzekeraars?"

Opvallend hierbij is dat de mate van integratie bijna niet is toegenomen, terwijl de wijze van onderhandelen een enorme verandering heeft ondergaan. Kennelijk is de invloed van de integratie op de onderhandelingen tot nu toe niet zo groot geweest Ons inziens kan die invloed ook niet groot zijn, omdat de mate van integratie laag is. De verandering die heeft plaatsgevonden is een direct gevolg geweest van de lokale initiatieven, omdat één van de eisen die hieraan gesteld werd was dat er tripartite onderhandelingen zouden komen. Een bijkomend gevolg van deze tripartite onderhandelingen is het feit dat de verhouding tussen directie en specialisten is verbeterd.

In de voorgaande paragrafen zijn twee trajecten onderscheiden. Het eerste traject betreft de voortzetting van onderhandelingen zoals ze tot nu tot zijn vormgegeven. Het tweede traject betreft onderhandelingen over een geïntegreerd medisch-specialistisch bedrijf. Deze twee trajecten zullen ons inziens in elkaars verlengde liggen en zelfs gedeeltelijk parallel lopen. De invloed van de mate van integratie is tot nu toe relatief klein gebleken. Echter op basis van de hierboven gestelde ontwikkelingen zal de mate van integratie een toenemende invloed krijgen op de onderhandelingen tussen ziekenhuis, specialisten en zorgverzekeraar.

Suggesties voor verder onderzoek

Ons inziens betreft het hier vier onderwerpen:

1. Hoe kunnen de beste resultaten geboekt worden wat betreft onderhandelen op weg naar en uiteindelijk in het geïntegreerd medisch-specialistisch bedrijf?
2. Hoe kan de cultuuromslag van duaal denken naar eenheidsdenken het beste vormgegeven worden?
3. Wat voor gestalte moet de medische staf krijgen in het geïntegreerd medisch-specialistisch bedrijf?
4. Hoe kan de overgang naar inkomensharmonisatie of loondienst het beste plaats vinden en welke mogelijkheden zijn er voor het probleem van de goodwill?

Literatuur

Ankoné, A.; *Het NSG ziet wel iets in een specialistenfederatie*. Medisch Contact, jaargang 50/22 september, 1995.

Ankoné, A.; *Machtsstrijd met Raad van bestuur berust op een schijndiscussie: geen beleidsharmonisatie zonder inkomensharmonisatie*. Medisch Contact, jaargang 52/4 april, 1997.

Bacharach, S.B. & Lawler, E.J.; *Bargaining: Power tactics and outcomes*. San Francisco: Jossey Bass, 1981.

Baarda, D.B., de Goede, M.P.M. en Teunissen, J.; *Basisboek kwalitatief onderzoek: praktische handleiding voor het opzetten en uitvoeren van kwalitatief onderzoek.* Houten: Stenfert Kroese, 1996.

Broeke, ten, E.; *Ziekenhuis en zorgverzekeraar: wederzijdse strategiebepaling in een veranderende omgeving*. Universiteit Twente, 1993.

Cascio, W.F.; *Applied psychology in personnel management*. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice Hall, 4de editie, 1991.

Commissie-Biesheuvel (Commissie Modernisering Curatieve Zorg); *Gedeelde zorg: Betere zorg*. Zoetermeer, januari 1994.

Cummings, T.G. & Worley, C.G.; *Organization Development and Change*. West Publishing Company: Minneapolis/St. Paul, 5th Edition, 1993.

Daft, R.L.; *Organizational theory and design*. West Publishing Company: Minneapolis/St Paul, 5th edition, 1995.

Druckman, D.; *Negotiations, social psychological perspectives*. London: Sage, 1977.

Elsinga, E.; *De Commissie-Biesheuvel.* (In: Kemenade, van, Y.W. & Bakx, K.C.N.M.; *Medisch specialisten gehonoreerd?* Utrecht: De Tijdstroom, 1996.)

Hodge, B.J. & Anthony, W.P.; *Organization Theory: A Strategic Approach*. Massachusetts: Allyn and Bacon, 1991.

Hulst, E.H.; *Het medisch-specialistisch bedrijf.* Medisch Contact, jaargang 51/14 juni, 1996.

Jaspers, J.B.; *Het medische circuit*. Utrecht/Antwerpen: Bohn, Scheltema & Holkema, 1985.

Kabinetsstandpunt; *Modernisering Curatieve Zorg, Standpunt op het advies van de Commisssie Modernisering Curatieve Zorg.* 1995.

Kemenade, van, Y.W. & Bakx, K.C.N.M.; *Medisch specialisten gehonoreerd?* Utrecht: De Tijdstroom, 1996.

Kersten, T.J.J.M.T., Stokx, L.J., Meyboom, W.A.; *Ontslag berichtgeving aan de huisarts*. Medisch Contact, jaargang 37, 1229-33, 1992.

Kluytmans, F. & Hancké, C.; *Leerboek personeelsmanagement.* Deventer: Kluwer Bedrijfswetenschappen; Heerlen: Open Universiteit, 1996.

Landelijke Huisartsen Vereniging; *Basistakenpakket*. LHV, Vademecum, Utrecht, 1987.

Landelijke Huisartsen Vereniging; *Jaarverslag 1995*. LHV, Utrecht, 1995.

Lems, P.; *Het ziekenhuis in de 21e eeuw; een aanzet tot discussie*; scenariorapport. Stuurgroep Scenario's Gezondheidszorg, Rijswijk, 1990.

Lewicki, R.J. & Litterer, J.A.; *Negotiation*. Illinois: IRWIN, 1985.

Mastenbroek, W.F.G.; *Onderhandelen*. Utrecht: Het Spectrum, 1990.

Midgaard, K. & Underdal, A.; *Multiparty conferences*. In: Druckman, D.; *Negotiations: Social-psychological perspectives*. Beverly Hills/London: Sage, 1977.

Nienoord-Buré, C.D., Rooij, van, P.M. en Avesaath, van, L.G.; *Specialisten gebudgetteerd!? De effecten van de lokale initiatieven geïnventariseerd.* Utrecht, NZi, 1996.

NIVEL & NZi; *Curatieve zorg in Nederland: Feiten, ontwikkelingen, knelpunten*. Utrecht, 1993.

NIVEL & NZi; *Brancherapport Curatieve Somatische Zorg*. Utrecht, 1996.

NVZ; *Branchebeeld, 1996*. Utrecht, 1996.

Oetelaar, van den, M.; Stageverslag: Nationaal Ziekenhuisinstituut, Utrecht, 1993.

Oorschot, van, J.A. e.a; *Professionele autonomie van de medisch specialist.* Assen: Van Gorcum, 1995.

Praag, van, B.M.S., et al.; *Een concurrerend recept voor de nederlandse gezondheidszorg*. Prof. Mr. B.M. Teldersstichting, Den Haag, 1986.

Pruitt, D.G.; *Negotiation behavior*. London: Academic Press, 1981.

Querido, A.; *Godshuizen en Gasthuizen*. Amsterdam: Wetenschappelijke Uitgverij, 1967.

Rens, J.W.G.A.; *Managementparticipatie specialisten, een natuurlijke ontwikkeling*. HZH 9, 9 mei, 1991.

Scholten, G.R. M.; *De omsingeling van medische specialisten*. Proefschrift Erasmus Universiteit, Rotterdam, 1994.

Swanborn, P. G.; *Methoden en technieken van sociaal wetenschappelijk onderzoek*. Meppel, Amsterdam: Boom, 1987.

Versluis, J.W.M. en Hesselink, M:C.; *Managementpartcipatie van medisch specialisten en decentraal organiseren. Eindrapport van de Commissie Medisch Specialist en Ziekenhuisorganisatie II.* Utrecht, NZi, 1995.

VWS; *Brief aan het COTG, "Projecten Modernisering Curatieve zorg"*, kenmerk: VMP/O-95351, 13 februari, 1995.

Wee, van der, S.C.C.M., Felling, A.J.A. en Persoon, J.M.G.; *Ziekenhuis en professie*. Medisch Contact, jaargang 51/18 oktober, 1996.

Wee, van der, S.C.C.M., Felling, A.J.A. en Persoon, J.M.G.; *Ziekenhuis en professie*. Ziekenhuis Management, jaargang 12/november, 1996.

Wildevuur, S.E.; *De NSF wil een "Timmer"*. Medisch Contact, jaargang 50/29 september, 1995.

Wildevuur, S.E.; *LSV ziet Sara, maar...; Lang zal zij niet meer leven*. Medisch Contact, jaargang 51/18 oktober, 1996.

Yin, R.K.; *Case Study Research*. Sage Publ., Application Social Methods, Vol.5, 1989.

Zwaan, van der, A.H.; *Organisatie-onderzoek: leerboek voor de praktijk: het ontwerp van onderzoek in organisaties*. Assen/Maastricht: Van Gorcum, 1992.

Verklarende woordenlijst

Autonoom lokaal initiatief:	lokaal initiatief waarbij er sprake is van één ziekenhuis, één zorgverzekeraar en één lumpsum.
Betrokkenheid:	"meepraten" (van specialisten) over zaken aangaande algemeen beleid en budgettering.
Clearing house-constructie:	officieel verrekencentrum dat verantwoordelijk is voor de verrekening van over- danwel onderschrijdingen van het honorariumbudget door specialisten.
COTG:	Centraal Orgaan Tarieven Gezondheidszorg.
Clusterstructuur:	decentrale organisatiestructuur, waarbinnen onderling verwante specialismen in verschillende werkeenheden worden geclusterd.
Distributief onderhandelen:	competitieve onderhandelingen waarbij er sprake is van een win-lose situatie. De doelen van de partijen conflicteren en de bronnen om deze doelen te bereiken zijn beperkt.
Divisiestructuur	organisatiestructuur waarbij een grote organisatie wordt opgebouwd uit kleinere organisaties met een speciaal doel, gericht op een specifiek produkt, dienst, klantgroep(en) of regio. In de gezondheidszorg betreft het dan organiseren rond zorgprocessen.
FB:	Functiegerichte Budgettering.
Financiële integratie:	integratie als gevolg van een verandering in de betalingswijze van specialisten.
FOZ-kader:	Financieel Overzicht Zorg waarin het landelijk macrobudget voor de intramurale gezondheidszorg wordt aangegeven en dat dient als bovengrens voor de totale kosten voor die zorg op overheidsniveau.
Integratie:	het groeien tot één samenhangend geheel.

Integratief onderhandelen:	onderhandelingen gekenmerkt door win-win situaties, waarbij beide partijen accepteren dat het ene doel het andere niet hoeft uit te sluiten, dat het mogelijk is voor beide partijen om hun doelen te bereiken.
Lokale initiatieven:	afspraken die op regionaal en lokaal niveau zijn gemaakt over de samenwerking tussen ziekenhuizen, specialisten en verzekeraars en over onder andere de honorering van de medisch specialisten.
Lumpsum:	totaalbedrag dat op ziekenhuisniveau beschikbaar is voor de honoraria van alle aan een lokaal initiatief deelnemende specialisten.
Managementparticipatie:	meebeslissen en meebesturen door organisatieleden.
Mutatiesystematiek:	de wijze waarop een budget van jaar tot jaar muteert.
NVZ:	Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen.
NZi:	Nederlands Ziekenhuis instituut.
Ontschotting:	ontstaan van ruimte voor gestructureerde samenwerking tussen zorgaanbieders in de eerste en tweede lijn.
Organisatorische integratie:	integratie ten gevolge van de ontwikkeling van het ziekenhuis van facilitair bedrijf naar integrerend kader voor de medisch specialistische zorg.
Produktieafspraken:	afspraken over verwachte produktieaantallen (aantal opnames, aantal dagbehandelingen en aantal eerste polikliniekbezoeken) die het ziekenhuis (en specialisten) maken met de zorgverzekeraar.
Professionele autonomie:	het zich ontwikkelen van een beroepsgroep tot een professie.
Raamovereenkomst:	overeenkomst waarin de onderhandelingsresultaten met betrekking tot een lokaal initiatief zijn vastgelegd, met daarin zowel de kwalitatieve als financiële afspraken.
Regionaal lokaal initiatief:	initiatief waarin meerdere ziekenhuizen met één zorgverzekeraar hebben plaatsgenomen, waarbij één lumpsum ter verdeling beschikbaar gesteld wordt voor alle ziekenhuizen samen.

Situatie 1:	de situatie waarin de directie vooroverleg pleegt met de stafvertegenwoordigers en zelf de onderhandelingen voert en later de resultaten terugkoppelt aan de staf.
Situatie 2:	de situatie waarin de directie met de staf vooroverleg pleegt en vervolgens met stafvertegenwoordigers als één blok naar buiten treedt tijdens de onderhandelingen met de verzekeraar.
Stuurgroep:	orgaan opgericht ter realisering van een raamovereenkomst.
Voordeurparameters:	opnames, dagbehandelingen en eerste polikliniekbezoeken.
WTG:	Wet Tarieven Gezondheidszorg.

BIJLAGE I

Vragenlijst

1. Persoon: (even herhalen)

- Wie bent u?, Wat is uw functie?

2. Organisatiekenmerken:

- (opvragen jaarverslag) (grootte organisatie, organigram; heeft dit ziekenhuis een functionele of divisionele organisatiestructuur?)
- Hoe vindt de externe mutatie plaats van de lumpsum van specialistische zorg, is hier een bovengrens aan gesteld, zo ja welke? Hoe vindt de interne mutatie plaats? Hoe wordt het budget intern verdeeld? Welk orgaan verzorgt verrekening van declaraties?

3. Onderhandelen:

A: (basis)

- Welke partijen (dir, ms, zv) onderhandelden voor de lokale initiatieven samen en welke partijen nu? (plaatje)
- Waarover werd onderhandeld en waarover wordt nu onderhandeld? en hoe vaak?
- Wat waren in uw ogen de voornaamste beweegredenen voor het indienen van de raamovereenkomst en het opstarten van de lokale initiatieven (welke doelen had men voor ogen) (beeld nog zo of veranderd)?

B: (integratief vs distributief onderhandelen) (opsplitsen naar drie partijen)

Distributief	Integratief
• win-loose situatie • het doel van de tegenpartij zo snel mogelijk proberen te ontdekken • achterhouden van informatie, proberen de tegenpartij te misleiden • wederzijdse doelen en oplossingen zijn in direct conflict • een zo groot mogelijk deel van de bronnen willen bemachtigen • geen streven naar samenwerking • competitieve relatie	• win-win situatie • in staat zijn om de wederzijdse doelen te begrijpen en willen begrijpen • vrije informatiestroom en open uitwisseling van ideeën • benadrukken van overeenkomstige belangen • zoeken naar gemeenschappelijke oplossingen • algemeen doel creëren • motivatie en committent om produktief samen te werken • wederzijds vertrouwen

- Is de manier van onderhandelen veranderd door de lokale initiatieven?
  Zo ja waaruit blijkt dit?
  Hoe was het voor de lokale initiatieven?
- Heeft de maatschap van tevoren doelen gesteld? Heeft u het idee dat de door uw partij gestelde doelen naar tevredenheid bereikt zijn en hoe zit dit met de andere partij?
  Is er getracht een algemeen, overkoepelend doel te vormen?
  Worden er vaak oplossingen gevonden die ieders doelen tegemoet komen?
  Wordt er begrip getoond voor elkaars standpunten en doelen en hoe was dat voor de lokale initiatieven?

C: (multipartiële onderhandelingsproblematiek)

- Bij de onderhandelingen met de zorgverzekeraar over produktie afspraken zijn twee situaties te onderscheiden:

⇒ de situatie waarin de directie vooroverleg pleegt met de stafvertegenwoordigers en zelf de onderhandelingen voert en later de resultaten terugkoppelt aan de staf (getrapt systeem);

⇒ de situatie waarin de directie met de staf vooroverleg pleegt en vervolgens met stafvertegenwoordigers als één blok naar buiten treedt tijdens de onderhandelingen met de verzekeraar. De rol van de specialisten bij de onderhandelingen varieert van ondersteunend tot beïnvloedend.

Welke situatie is van toepassing op dit ziekenhuis? Welke voor- en nadelen heeft deze situatie voor de te voeren onderhandelingen met de verzekeraars?

(Wat betreft complexiteit, helderheid en het aantal belangen, waarden en ideeën dat geïntegreerd moet worden.)

(In geval van situatie 1: Welke voor- en nadelen kent de keuze voor situatie 2 naar uw mening? en andersom)

(In geval van situatie 2: welke rol spelen de specialisten?)

- De lokale initiatieven zijn gestart ofwel autonoom ofwel in een gezamenlijk netwerk.

Uw ziekenhuis .....Wat zijn volgens u de voordelen en nadelen van deze situatie wat betreft de te voeren onderhandelingen?

(Wat betreft complexiteit, helderheid en het aantal belangen, waarden en ideeën dat geïntegreerd moet worden.)

D: (achterbanproblematiek)

Betrokkenheid bij beleid en budgettering

- Zijn specialisten door de lokale initiatieven meer betrokken (hoe: voelen of feitelijk) bij onderwerpen aangaande budgettering en het algemeen beleid dan daarvoor?
- Is de ziekenhuisdirectie meer betrokken bij de specialistenbudgettering en discussies over de interne verdeling van het externe budget (hoe)?

Bij managementparticipatie:

- Is er sprake van managementparticipatie (hoe en wie)? (betrokkenheid specialisten bij beleidsbepaling)
- Voelen de medisch specialisten (= achterban) zich vertegenwoordigd door de medisch specialisten betrokken bij managementparticipatie?
- Voelen de medisch specialisten betrokken bij managementparticipatie zich gesteund door de overige medisch specialisten (= achterban)?

Bij situatie 1 (zie boven):

- Zien specialisten hun belangen voldoende behartigd door de directie die in onderhandeling treedt met de zorgverzekeraar?
- Voelt de directie zich hierbij voldoende gesteund door de achterban (= dubbele achterban namelijk de medische staf, met daarachter weer de specialisten)?

Bij situatie 2 (zie boven):

- Zien specialisten hun belangen voldoende behartigd door de medische staf die in onderhandeling treedt met de zorgverzekeraar?
- Voelt de medische staf zich hierbij voldoende gesteund door de achterban (= specialisten niet in onderhandeling)?

4. Toekomst:

- Welke veranderingen (ten aanzien van onderhandelingen) verwacht men nog in de toekomst? Welke veranderingen zijn gewenst?

BIJLAGE II

Utrecht,

Geachte

Bijna alle ziekenhuizen hebben in 1995 binnen de randvoorwaarden van VWS een eigen invulling gegeven aan de lokale initiatieven. De bedoeling is dat deze initiatieven uiteindelijk leiden tot een geïntegreerd medisch specialistisch bedrijf. Dit heeft gevolgen voor de interne organisatie van ziekenhuizen en van specialisten, voor de relatie specialist-ziekenhuis en voor de relaties die beide partijen onderhouden met de zorgverzekeraars.
In samenwerking met het NIVEL (Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg) en de Universiteit Utrecht vindt nu een afstudeeronderzoek plaats, waarvoor wij middels dit schrijven uw medewerking willen vragen. In ons onderzoek zal de invloed van de mate van integratie van specialisten in het ziekenhuis op de gevoerde en te voeren onderhandelingen in kaart gebracht worden. Concreet gaat het in dit onderzoek om de aard, de inhoud en het verloop van de onderhandelingen tussen ziekenhuis en specialisten enerzijds en anderzijds de onderhandelingen die ziekenhuis en specialisten voeren met de zorgverzekeraars. Hiertoe vergelijken we de situatie voor de totstandkoming van de lokale initiatieven met de huidige situatie.
We hebben reeds een uitvoerige literatuurstudie uitgevoerd en willen de daaruit verkregen inzichten graag toetsen aan de praktijk. Dit willen wij doen middels het beschrijven van de situatie in twee ziekenhuizen. Op theoretische gronden willen wij deze gevalstudie toespitsen op een ziekenhuis met een autonoom lokaal initiatief en een ziekenhuis dat met meerdere ziekenhuizen samen één initiatief vormt. Hiertoe hebben we gezocht naar twee ongeveer even grote ziekenhuizen binnen één regio. Per ziekenhuis zouden wij graag gesprekken willen voeren met de algemeen/economisch directeur, de voorzitter van de medische staf en vertegenwoordigers van enkele maatschappen. Daarnaast zal tevens een gesprek met de regionale zorgverzekeraar moeten gaan plaatsvinden
Uw medewerking is voor ons van groot belang, aangezien de visie van alle betrokken partijen bepalend is voor het verkrijgen van een volledig beeld.

Het interview zal ongeveer 30 tot 45 minuten in beslag nemen, uiteraard zullen alle gegevens anoniem worden behandeld en zullen de verkregen gegevens naar de betrokkenen worden teruggekoppeld alvorens ze te gebruiken voor definitieve onderzoeksresultaten.

Wij hopen u hiermee voldoende informatie verschaft te hebben en zullen binnen enkele dagen telefonisch contact met u opnemen om uw reactie te vernemen in de hoop op uw medewerking.

Hoogachtend,

Arjan-Peter Lagro Miranda van Putten

BIJLAGE III

Utrecht,

Geachte,

Bij deze het verslag van het interview met U van .....
Wij hopen dat dit een voor U herkenbare weergave is van het interview dat wij U hebben mogen afnemen.
Mocht U echter nog aanvullingen hebben of bepaalde zaken missen, dan vernemen wij gaarne uw reactie; wij zullen hiertoe binnen enkele dagen contact met U opnemen.
De weergave van het interview is gedaan op de binnen onze studie gebruikelijke wijze en komt wellicht wat onpersoonlijk over. Dit maakt echter de verwerking van gegevens makkelijker.
Wij willen U bij deze nogmaals hartelijk bedanken voor al uw hulp, uw medewerking en uw tijd en nemen binnen enkele dagen contact met U op.

Met vriendelijke groet,

Arjan-Peter Lagro en Miranda van Putten

BIJLAGE IV

Analyse van gegevens

Om te toetsen of onze gestelde verwachtingen al dan niet van toepassing zijn op de twee onderzochte ziekenhuizen, werden de verwachtingen omgezet in de vragen die in de vragenlijst aan de orde zijn gekomen. De gegevens verkregen uit de interviews zijn eerst teruggekoppeld naar de verwachtingen en vervolgens naar de hoofdvragen om zo tot een conclusie te komen. Concreet ziet de analyse er als volgt uit:

De terugkoppeling naar de verwachtingen verloopt volgens het volgende schema:

Verwachting t.a.v. .....

Interviewgegevens leiden tot:

a) bevestiging verwachting;

b) ontkenning verwachting.

Verwachting is opgebouwd uit de volgende onderdelen:

A:

1) .....

2) .....

Inhoudelijk ziet dit er als volgt uit:

Integratie:

A:

1. Decentrale structuur (bevestiging verwachting);
2. Duale structuur (ontkenning verwachting).

B:

1. Management participatie (bevestiging verwachting);
2. Geen management participatie (ontkenning verwachting).

C:

1. Situatie 2 (bevestiging verwachting);
2. Situatie 1 (ontkenning verwachting).

D:

1. Overeenstemming tussen interne en externe mutatiesystematiek (bevestiging verwachting);
2. Geen overeenstemming tussen interne en externe mutatiesystematiek (ontkenning verwachting).

E:

1. Interne verdeling van het honorariumbudget vindt plaats door een reeds in het ziekenhuis aanwezig orgaan (bevestiging verwachting);
2. Interne verdeling van het honorariumbudget vindt plaats door een apart opgericht orgaan (ontkenning verwachting).

F:

1. Declaratie via ziekenhuisadministratie (bevestiging verwachting);
2. Declaratie op een andere wijze (ontkenning verwachting).

Onderhandelingen

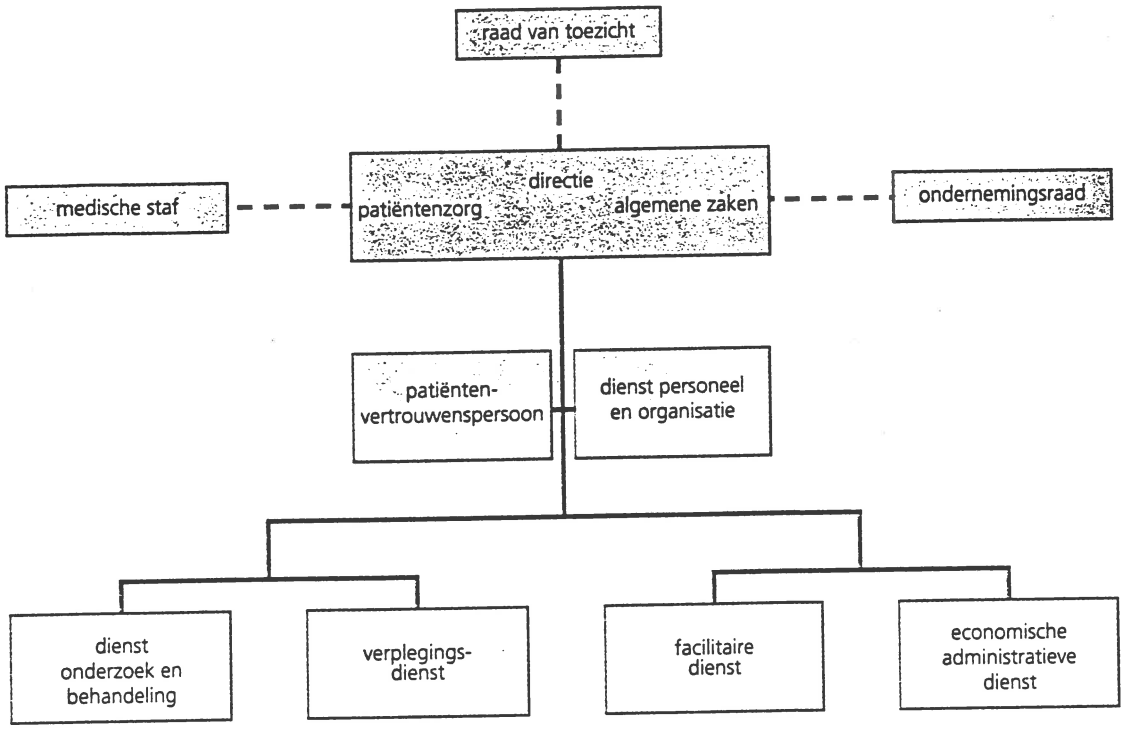
A:

1. Door de lokale initiatieven zijn de onderhandelingen tussen directie en specialisten meer integratief gaan verlopen (bevestiging verwachting);
2. Door de lokale initiatieven zijn de onderhandelingen niet meer integratief gaan verlopen dan daarvoor (ontkenning verwachting).

Verdere uitwerking verloopt op dezelfde wijze per verwachting.

BIJLAGE V

Organigram ziekenhuis 1



- Polikliniek
- Barbara-polikliniek
- Klinisch chemisch laboratorium
- Röntgen-diagnostiek
- Nucleaire diagnostiek
- Apotheek
- Fysiotherapie
- Diëtiek
- Logopedie
- Medische administratie
- Arts-assistenten

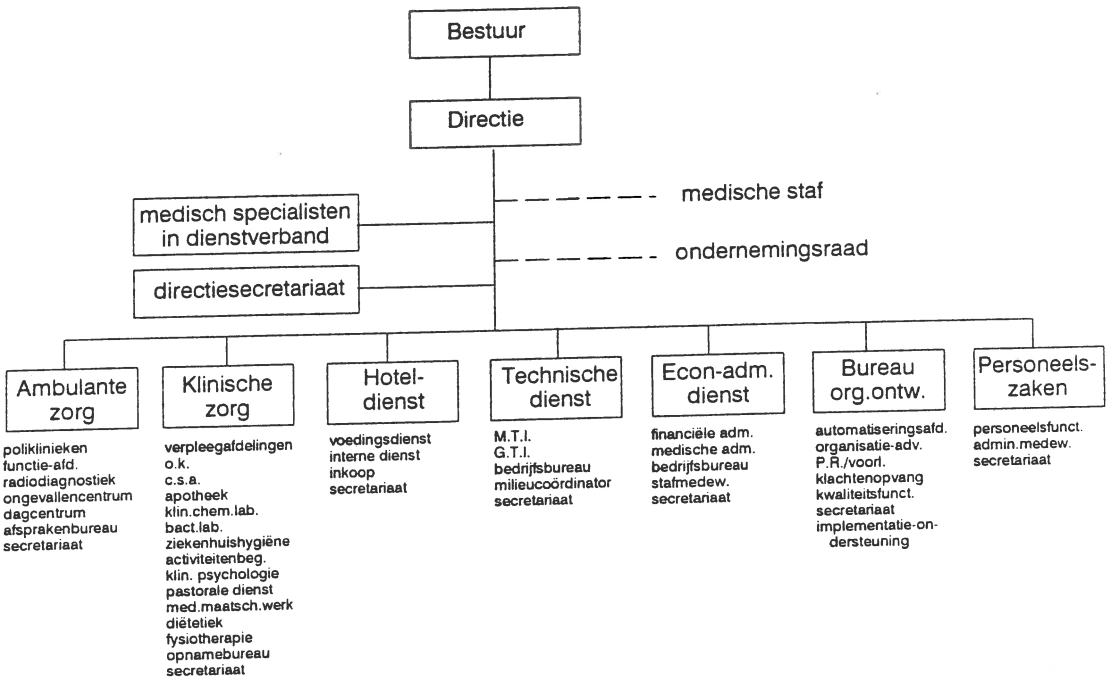
- Verpleegafdelingen
- PAAZ
- Care-afdeling
- Dagverpleging
- Praktijkbegeleiding
- Operatieafdeling
- Afdeling opname
- Psycho sociale en geestelijke zorg
- Activiteiten-begeleiding
- Ziekenhuishygiëne

- Keuken
- Restaurant
- Schoonmaak-onderhoud
- Goederenbeheer
- Telecommunicatie
- Personeelsflat
- Bedrijfsbureau
- Technisch onderhoud
- Medische electronica
- Centrale sterilisatie
- Inkoop

- Financiële administratie
- Salaris administratie
- Informatie-voorziening en automatisering

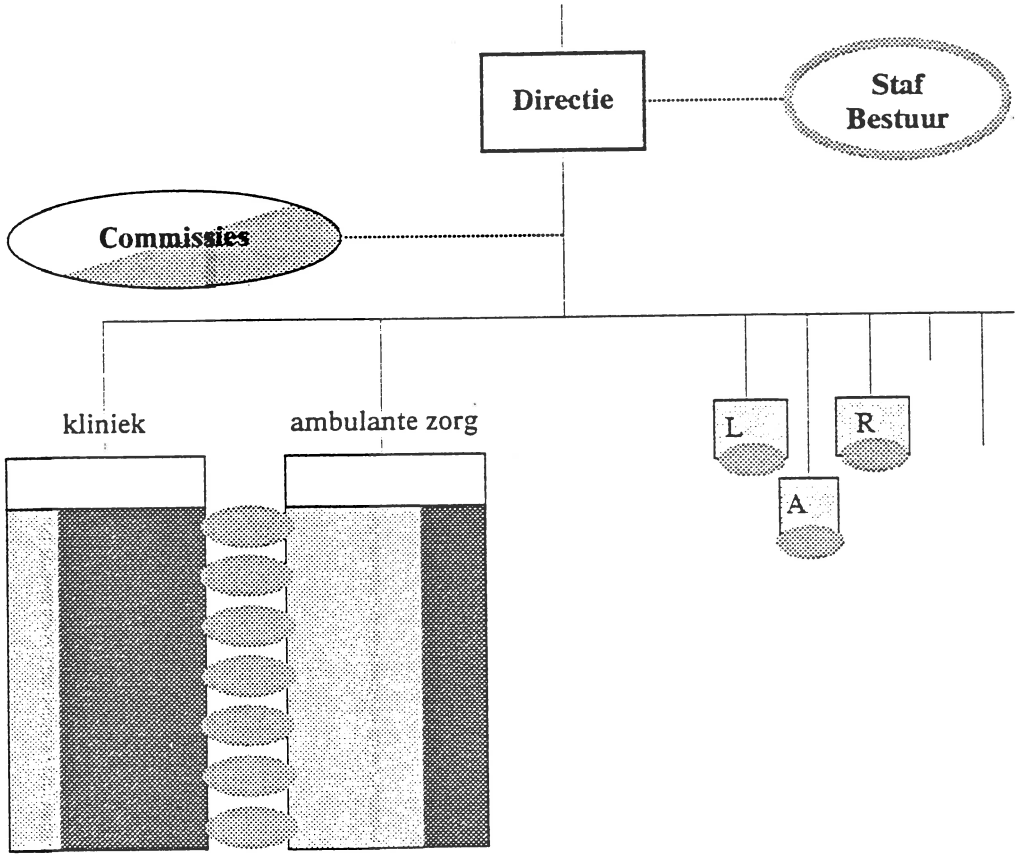
BIJLAGE VI

Organigram ziekenhuis 2



BIJLAGE VII

Organigram scheiding klinische en ambulante zorg

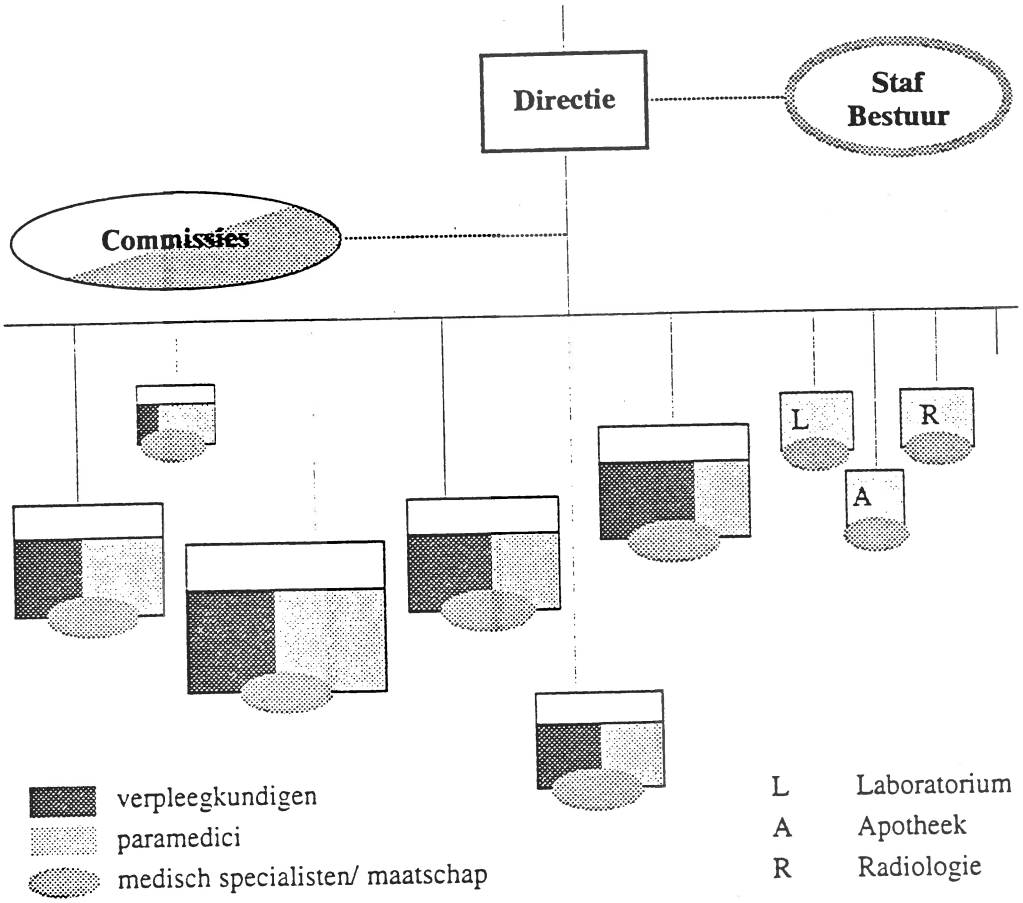


verpleegkundigen
paramedici
medisch specialisten/ maatschap

L Laboratorium
A Apotheek
R Radiologie

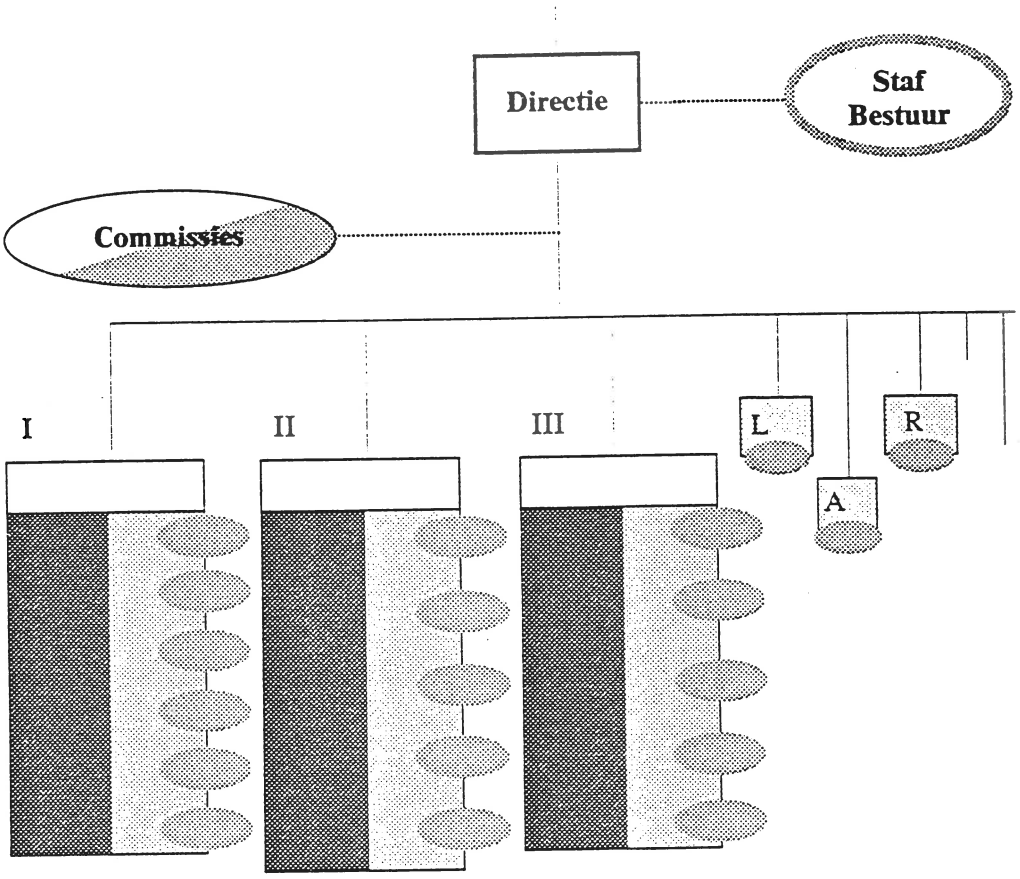
BIJLAGE VIII

Organigram kleinschalige eenheden



BIJLAGE IX

Organigram clustering in grotere eenheden



verpleegkundigen
paramedici
medisch specialisten/ maatschap

L Laboratorium
A Apotheek
R Radiologie