Besturen tussen kunst en kunde

De geneeskundige bestuurder in het ziekenhuis gewaardeerd

Erasmus CMDz
Drs. Wilma van der Scheer
Dr. Kim Putters
Prof.dr. Pauline Meurs

Rotterdam, januari 2008

Voorwoord

Anticiperen en inspelen op ontwikkelingen die zich in de zorgsector voordoen past in een lange traditie van de Geneeskundige Vereniging. Sinds haar oprichting in 1900 heeft de Geneeskundige Vereniging (GV) dan ook verschillende veranderingen ondergaan. Het inzicht dat transparantie en helderheid van de in oorsprong duale doelstelling gediend zou zijn met het uiteensplitsen daarvan, leidde in 1979 tot de oprichting van de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuisdirecteuren (NVZD), als specifiek forum voor de belangenbehartiging en kwaliteitsbevordering van bestuurders van ziekenhuizen. Inspelend op de ontwikkeling van een functionele indeling naar integraliteit in proces en organisatie, herformuleert de GV begin jaren '90 haar doel tot "de krachten te bundelen van alle bestuurders met in hun portefeuille de patiëntenzorg van zorginstelling". De zorg aan cliënten/patiënten is een integrale verantwoordelijkheid van het bestuur en de functie en het takenpakket van de medische directeur is daardoor in een ander daglicht komen te staan.

Bij de leden van de GV deed deze ontwikkeling, samen met de veranderende externe omgeving, de vraag rijzen naar de eigen rol en positie en de specifieke meerwaarde van bestuurders met een professionele achtergrond voor het besturen van zorginstellingen.

Voor u liggen de resultaten van de studie die de Geneeskundige Vereniging heeft laten uitvoeren naar de bijdrage die het hebben van een professionele achtergrond levert aan het bestuur in én het besturen van een ziekenhuis. Het formuleren van de vraagstelling van het onderzoek is uitgebreid besproken tijdens het GV-congres 2006. Het jaar daarvoor stond het lustrumcongres in het teken van een stevige verkenning van het onderzoeksthema en de concept-versie van deze studie vormde het onderwerp van het GV-lagerhuisdebat op 2 november jl. Boeiende discussies en een veelheid aan meningen riep het thema onder de congresgangers op. Heel opvallend was het ontbreken van evidence in de (internationale) literatuur om deze meningen, pro dan wel contra, te schragen. Met deze studie werd beoogd in deze leemte te voorzien, althans een eerste aanzet daartoe te geven.

Dat is gelukt! *Het doet er toe* en *een ander perspectief is noodzakelijk*.

Uw nieuwsgierigheid naar het antwoord op wat er dan wel toe doet? En over welk perspectief hebben we het dan? zet naar onze stellige verwachting aan tot lezing van het gehele rapport.

Veel leesplezier en we zien uit naar uw mening!

Rob Zomer,
Voorzitter Geneeskundige Vereniging

Inhoudsopgave

1 Inleiding 5
1.1 Aanleiding voor dit onderzoek 5
1.2 Vraagstelling 5
1.3 Methoden van onderzoek 6
1.4 Leeswijzer 7

2 De rol van de bestuurder met geneeskundige achtergrond in historisch perspectief 8
2.1 Ontwikkeling van de medische beroepsgroep 8
2.2 Ontwikkelingen in beleid en bestuur 10
2.3 Conclusies 11

3 Besturen van zorginstellingen: een meervoudige opgave 13

4 Welke verschillen bestaan er tussen bestuurders met en zonder een geneeskundige achtergrond? 16
4.1 De ziekenhuisorganisatie 16
Omvang 16
Structuur 17
Veranderingen 18
4.2 Opleiding en werkervaring 18
4.3 Functieopvatting 19
Rolopvatting en –uitoefening 20
Ondernemerschap 20
Veranderingsstrategieën 20
Resultaatgebieden 21
Participatie in het publieke debat 21
Referentiekader 21
Managen van professionals en managers 22
4.4 Functie-uitoefening 23
Tijdbesteding 23
Contacten 23
4.5 Conclusies 24
Zeer ervaren en breed opgeleid, maar met minder ervaring van ‘buiten’ 24
Acterend op het grensvlak van ‘binnen’ en ‘buiten’, maar met meer aandacht voor ‘binnen’ dan voor ‘buiten’ 24
Verantwoordelijkheden worden gedeeld en verdeeld 25
Meer aandacht voor zorginhoud 25

5 De rol van de geneeskundige bestuurder in de praktijk 26
5.1 De rol van het besturingsmodel 26
5.2 Verschillende perspectieven op de rol en functie van de geneeskundige bestuurder 29
Raad van Bestuur 29
Medisch Stafbestuur 30
Raad van Toezicht 32
'Executive searcher' 33
5.3 Conclusies 35
De rol van de geneeskundige bestuurder getypeerd 35
Verwachtingen van de geneeskundige bestuurder 35
Selectie van (geneeskundige) bestuurders 36

6 Conclusies en discussie: de geneeskundige bestuurder gewaardeerd 38
Veranderende verhoudingen tussen bestuurlijke en professionele domeinen 38
De complexe relatie tussen Raad van Bestuur en medische staf 38
Sturen op afstemming en betrokkenheid 39
De bijzondere rol van de geneeskundige achtergrond van bestuurders 39
Voordelen, nadelen en noodzakelijkheid van een geneeskundige achtergrond 40
Toekomstperspectief op de rol en waarde van de geneeskundige bestuurder 41

Literatuur 43

Lijst van respondenten 46

Bijlage 1 47

1 Inleiding

1.1 Aanleiding voor dit onderzoek

In dit onderzoek wordt de specifieke rol en functie van bestuurders met een professionele achtergrond voor het besturen van zorginstellingen onderzocht. Deze vraag van de Geneeskundige Vereniging voor bestuurders van zorginstellingen (de GV) komt niet alleen voort uit de reeds in het voorwoord aangehaalde wijzigingen in de interne organisatie van de zorg. De vraag wordt ook gesteld met het oog op bredere ontwikkelingen. In een meer marktgerichte gezondheidszorg veranderen verhoudingen tussen partijen. Professionals en organisaties worden toenemend aangesproken op zichtbare resultaten en andere partijen, zoals verzekeraars en patiëntenorganisaties, eisen meer inzicht en inbreng in de organisatie van de zorgverlening. Deze ontwikkelingen beïnvloeden de relatie tussen medici en bestuurders ook.

1.2 Vraagstelling

In dit onderzoek is de algemene vraag naar de rol en functie van de bestuurder met een professionele achtergrond afgebakend naar *ziekenhuisbestuurders* met een *geneeskundige achtergrond* (we noemen ze ook wel *geneeskundige bestuurders*). Met geneeskundige achtergrond wordt bedoeld dat zij opgeleid zijn als arts.

De vraag die we ons aldus stellen is: ***Welke waarde heeft de geneeskundige achtergrond van bestuurders voor het ziekenhuisbestuur?***

Bij de beantwoording van deze vraag besteden we aandacht aan de historische context, waarin de voortdurende zoektocht naar een goede inrichting van de relatie tussen bestuurders en professionals centraal staat, als ook aan de huidige ontwikkelingen in het beleid en bestuur van de gezondheidszorg. In ons onderzoek gaan we in op de verschillen in achtergrond, opvattingen en werkwijzen van bestuurders met en zonder geneeskundige achtergrond en op de rol die de geneeskundige achtergrond speelt in de praktijk,volgens de diverse betrokken partijen. Bij elkaar leidt dit tot de volgende deelvragen.

1. Op welke wijze heeft het bestuur van ziekenhuizen zich ontwikkeld en welke rol heeft de geneeskundige bestuurder daarin?
2. Hoe kan de besturingsopgave van ziekenhuizen worden getypeerd gegeven actuele ontwikkelingen in het bestuur en beleid van ziekenhuizen?
3. Welke verschillen bestaan er in de opleiding en werkervaring van bestuurders met en zonder geneeskundige achtergrond?
4. Welke verschillen bestaan er in de wijze waarop bestuurders met en zonder geneeskundige achtergrond hun rol en functie interpreteren?
5. Welke rol speelt de geneeskundige achtergrond van bestuurders in het ziekenhuisbestuur, volgens bestuurders zelf, toezichthouders, medische staven en ‘executive searchers’?

1.3 Methoden van onderzoek

Voor een antwoord op deze vragen is gebruik gemaakt van verschillende onderzoeksmethoden. De deelvragen 1 en 2, over de historische en actuele context van de vraag, zijn beantwoord vanuit de literatuur.

De onderzoeksvragen 3 en 4, naar de verschillen tussen bestuurders met en zonder geneeskundige achtergrond, zijn bestudeerd met behulp van kwantitatief materiaal dat is verzameld in 2005. In dat jaar vond een uitgebreid enquêteonderzoek plaats onder de leden van de NVZD (zie Van der Scheer, Meurs en Ngo, 2007). Centraal daarin stonden de achtergronden, organisaties, denkbeelden en werkpraktijken van eindverantwoordelijke bestuurders van zorgorganisaties. Van de respondenten was 23% werkzaam als ziekenhuisbestuurder (n=70). Een derde daarvan had een medische achtergrond. Voor dit onderzoek zijn de uitkomsten van bestuurders met en zonder medische achtergrond op verschillende onderdelen van de enquête met elkaar vergeleken. Een volledig overzicht van de gebruikte vragen en de uitkomsten treft u aan in bijlage 1.

Voor een antwoord op onderzoeksvraag 5, over de besturingspraktijk, zijn interviews gehouden. Om een zo volledig mogelijk beeld te krijgen van de rol en functie van de geneeskundige bestuurder, is gesproken met voorzitters van Raden van Toezicht, bestuurders met en zonder geneeskundige achtergrond, voorzitters medische staf en ‘executive searchers’. Bij de selectie is daarbij onderscheid gemaakt naar drie varianten in bestuur:
variant 1: er is geen geneeskundige bestuurder in het bestuur;
variant 2: de geneeskundige bestuurder is binnen de eigen organisatie doorgegroeid;
variant 3: de geneeskundige bestuurder is van buitenaf aangetrokken.

Voor elke variant spraken we met een voorzitter Raad van Toezicht, een bestuurder (met of zonder geneeskundige achtergrond) en een voorzitter medische staf.

Uiteindelijk zijn er gesprekken gevoerd met drie toezichthouders, vier voorzitters van de medische staf en met vijf bestuurders (waarvan één ook de stafvoorzitter was) van in totaal tien ziekenhuizen. We hebben ook gesproken met twee ‘executive searchers’ omdat zij vanuit hun werk veel ervaring hebben met de gewenste profielen van bestuurders en de uiteindelijke selectie. In bijlage 2 is de lijst van respondenten opgenomen. De gesprekken zijn zoveel mogelijk in tweetallen gevoerd, te weten door een van de wetenschappelijk onderzoekers en de heer Bert Kool die vanuit zijn eigen ervaringen met de besturing van ziekenhuizen vragen stelde. Deze combinatie van wetenschap en praktijk leverde boeiende en waardevolle gesprekken op.

Omdat respondenten niet alleen konden refereren aan de huidige situatie maar ook aan voorgaande bestuurssamenstellingen is, ondanks het relatief beperkt aantal interviews, een rijk en gevarieerd beeld van de rol en functie van de geneeskundige bestuurder in de praktijk ontstaan. De gesprekken gingen over de motieven en mechanismen die een rol spelen bij de samenstelling van een Raad van Bestuur, over welke zaken er toe doen in de dagelijkse praktijk

van het besturen, over ideaalbeelden versus eigen praktijkervaring, over voor- en nadelen van verschillende structuren/modellen, over succes- en faalfactoren en over al die andere zaken die er naar de mening van respondenten toe deden.

1.4 Leeswijzer

In hoofdstuk 2 wordt geschetst hoe het ziekenhuisbestuur en de rol van de geneeskundige bestuurder zich door de jaren heen heeft ontwikkeld (deelvragen 1 en 2). In hoofdstuk 3 typeren wij de besturingsopgave in ziekenhuizen in theoretische zin. De hoofdstukken 4 en 5 zijn empirisch van aard. In hoofdstuk 4 wordt verslag gedaan van het kwantitatieve onderzoek naar de verschillen tussen bestuurders van ziekenhuizen met en zonder geneeskundige achtergrond (deelvragen 3 en 4). In hoofdstuk 5 wordt verslag gedaan van het kwalitatieve onderzoek naar de rol en functie van de geneeskundige bestuurder vanuit het perspectief van bestuurders zelf, toezichthouders, medici en ‘executive searchers’ (deelvraag 5). In hoofdstuk 6 worden de belangrijkste conclusies gepresenteerd uit dit onderzoek (beantwoording van de hoofdvraag).

2 De rol van de bestuurder met geneeskundige achtergrond in historisch perspectief

In de ontwikkeling van het ziekenhuisbestuur is sprake van een voortdurende zoektocht naar een goede inrichting van de relatie tussen bestuurders en professionals. In dit hoofdstuk beschrijven wij de ontwikkeling van het ziekenhuisbestuur allereerst aan de hand van de ontwikkeling van de medische beroepsgroep in relatie tot het ziekenhuis. Daarna beschrijven wij enkele actuele ontwikkelingen in beleid en bestuur die op dit moment van belang zijn voor de relatie tussen professionals en ziekenhuisbestuurders.

2.1 Ontwikkeling van de medische beroepsgroep

Tot de 19e eeuw staat de verzorging van armlastige en zieke medemensen centraal in de zorgverlening. Charitatieve en religieuze overwegingen zijn leidend en gasthuizen worden gerund door geestelijken, later door 'vaders' en 'moeders'. Vanaf 1840 zijn het overwegend besturende zusters, directrices of moeder-oversten die leiding geven aan de diaconessenhuizen (Stoopendaal, 2004). Met de opkomst van de medische wetenschap eind 19e eeuw verandert de doelstelling van de zorg van sociale opvang in adequate medische behandeling en doet de geneesheer-directeur zijn intrede. Er ontstaan verschillende typen instellingen gericht op genezing dan wel verzorging van mensen met lichamelijke of psychische klachten. De medische beroepsgroep specialiseert, organiseert en professionaliseert zich in hoog tempo en in het begin van de 19e eeuw worden de eerste pogingen ondernomen om de opleiding en uitvoering van het artsenberoep te reguleren (Van der Mijn, 1989).

In de loop van de 20e eeuw treedt een aantal ontwikkelingen op die de positie van de medische beroepsgroep en van de functie van de (geneeskundige) bestuurder doet veranderen.

In de eerste plaats leidt de groeiende medisch wetenschappelijke kennis, nieuwe technologieën en transmurale ontwikkelingen ertoe dat vakgebieden inhoudelijk en qua samenstelling veranderen. Professionals overzien elkaars disciplines steeds minder, terwijl de afhankelijkheid van elkaars kennis en diensten juist toeneemt. Er ontstaat een groeiende behoefte aan multidisciplinair overleg en er ontstaan nieuwe beroepen zoals transferverpleegkundigen. Het betekent voor artsen dat zij hun verantwoordelijkheid toenemend moeten delen met een meer gevarieerde groep collegae. Voor (geneeskundige) bestuurders betekent het dat zij met steeds meer verschillende soorten professionals te maken hebben, waarvan de belangen bovendien strijdig kunnen zijn.

Ten tweede verschijnen er allerlei wetten die de rechten van cliënten regelen en versterken, zoals de wet BIG, WGBO, WKCZ, WMCZ en de Kwaliteitswet zorginstellingen[1]. Cliënten zijn daarnaast steeds beter geschoold en stellen meer eisen ten aanzien van de zorgverlening. Dit type patiënt is veelal goed geïnformeerd en ziet meer mogelijkheden om actief en (tot op zekere hoogte) vakinhoudelijk te participeren in zijn eigen zorgproces, dit proces wordt ook wel de

[1] Voluit: Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (wet BIG), Wet Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO), Wet Klachtrecht Cliënten Zorgsector (WKCZ), Wet Medezeggenschap Cliëntenraden Zorg (WMCZ).

professionalisering van patiënten genoemd (Brint, 1994). Voor artsen betekent het dat zij meer rekening moeten houden met patiënten en hun verantwoordelijkheden meer met hen moeten gaan delen. Ook (geneeskundige) bestuurders moeten meer rekening houden met patiënten. Overleg met cliëntenraden, klachtencommissies en patiëntenorganisaties zijn niet meer weg te denken van de bestuurlijke agenda.

Ten derde ontstaat er de behoefte onder medici om meer invloed uit te oefenen op het ziekenhuisbeleid. Steeds vaker organiseren zij zich collectief. In 1994 stelt de commissie modernisering curatieve zorg (commissie Biesheuvel) voor de medisch specialisten te integreren in de ziekenhuisorganisatie door de ontwikkeling van het Geïntegreerd Medisch Specialistisch Bedrijf (GMSB). Het GMSB is in de daaropvolgende jaren geleidelijk ingevoerd en is momenteel het meest voorkomende organisatiemodel (RVZ, 2007). In dit model is het stafbestuur van de medische staf de formele representant van alle medisch specialisten die in het ziekenhuis werken. Het stafbestuur heeft de bevoegdheid op vele gebieden met het ziekenhuisbestuur af te stemmen en regelingen te treffen die de individuele medisch specialisten binden. Collectieve afspraken hebben daarbij voorrang op individuele afspraken (Scholten & Van der Grinten, 2003). Ook op andere manieren raken medici meer in de ziekenhuisorganisatie geïntegreerd, bijvoorbeeld door structuurwijzigingen ('kanteling') en allerlei vormen van managementparticipatie. Steeds vaker is er ook op cluster- of divisieniveau sprake van medisch managers die mede leiding geven aan de ziekenhuisorganisatie. De ontstane verhoudingen tussen medici en management worden veelal aangeduid met het begrip 'nevenschikking', duidend op de gedeelde verantwoordelijkheden van (geneeskundige) bestuurders/managers en medici voor de organisatie en de kwaliteit van zorg. Voor (geneeskundige) bestuurders betekent het enerzijds meer en kortere lijnen naar de medische staf. Anderzijds is het er niet eenvoudiger op geworden: maatschapsbelangen kunnen sterk verschillen en via verschillende kanalen de besluitvorming beïnvloeden en bemoeilijken.

Ten vierde wordt van artsen toenemend verwacht dat zij verantwoording over hun handelen afleggen aan de samenleving. In het Manifest 'Medische Professionaliteit' van de KNMG (2007) staat onomwonden dat de zorg transparant gemaakt moet worden, want "de samenleving moet kunnen zien wat er met de in de zorg geïnvesteerde collectieve middelen is gebeurd" (KNMG, 2007, p.8). De artseneed die bij toetreding tot de beroepsgroep wordt afgelegd weerspiegelt dezelfde ontwikkeling. In 2003 besluiten de Nederlandse faculteiten geneeskunde en de KNMG de Nederlandse eed aan te passen. Naast dienstbaarheid en geheimhouding gaat de eed ook in op een open en toetsbare opstelling en de verantwoordelijkheid van artsen voor de samenleving (VSNU, 2003). Eenzelfde verantwoordelijkheid wordt bij het ziekenhuisbestuur neergelegd. Ook zij zullen zich toenemend moeten verantwoorden over hun handelen en over de bijdrage die zij leveren aan maatschappelijke doelstellingen als toegankelijkheid en betaalbaarheid van zorg. In 2005 krijgen deze verantwoordelijkheden een plek in de gedragscode voor de goede bestuurder van de NVZD (NVZD, 2005).

2.2 Ontwikkelingen in beleid en bestuur

In het begin van de 20ste eeuw worden de meeste ziekenhuizen geleid door één geneesheer-directeur. De werkzaamheden van deze directeur zijn aanvankelijk voornamelijk coördinerend van aard (Boersma, 2000). De vooruitgang in de medische wetenschap en de verbeterde financiering (het Ziekenfondsbesluit van 1941) leidt tot de behoefte aan meer grip op de snel groeiende ziekenhuissector en de focus van bestuurders verschuift onder druk van de overheid gaandeweg van coördinatie naar controle. Vanuit de wens tot kostenbeheersing wordt vanaf midden jaren '80 sterk het accent gelegd op efficiency en doelmatigheid van handelwijzen. Door allerlei fusies ontstaan er grote conglomeraten van zorg die veelal geleid worden door een combinatie van een medische, een verpleegkundige en een economische directeur. In de negentiger jaren worden deze driehoofdige directies veelal vervangen door tweehoofdige raden van bestuur met al dan niet een eindverantwoordelijke voorzitter. In dit Raad van Bestuur/Raad van Toezicht model worden management, bestuur en toezicht uit elkaar getrokken. De Raden van Bestuur *be*sturen, terwijl de eigenlijke *aan*sturing aan het Managementteam wordt gedelegeerd (Scholten & Van der Grinten, 2003).

Wanneer in de loop van de 20ste eeuw steeds duidelijker wordt dat het collectieve open-einde financieringssysteem van het Nederlandse zorgstelsel op termijn onbetaalbaar wordt, wordt stapsgewijs meer marktwerking in de zorg toegelaten. Zorginstellingen moeten een directe relatie kunnen leggen tussen hun inkomsten en uitgaven en er wordt meer inzicht in prestaties van ziekenhuizen gevraagd. Dit vraagt om een andere, meer zakelijke, aansturing van de organisatie. Organisatie-eenheden worden bijvoorbeeld resultaatverantwoordelijk gesteld. Ook de relatie met professionals verzakelijkt. Interne afspraken krijgen de vorm van managementcontracten en er wordt scherp onderhandeld met elkaar, winst is immers noodzakelijk om blijvend te kunnen investeren in medische ontwikkeling, opleidingen, noodzakelijke ondersteunende faciliteiten en (weer opnieuw) in zorgaspecten die cliënten/patiënten waarderen, zoals individuele aandacht, leefomgeving en persoonlijk comfort (zie onder meer RVZ, 2003; Putters, 2006).

Met de overgang van het Nederlandse zorgstelsel van prijsregulering naar gereguleerde marktwerking breidt ook het palet aan wetgeving uit dat de positie van de cliënt, de marktordening van en onderhandelingen tussen verzekeraars en aanbieders en de ruimte voor vrije prijzen en markt regelt (Schaaf, 2000). Geïntroduceerd worden onder meer: de Zorgverzekeringswet, Wet Toelating Zorginstellingen, Wet Herziening Overeenkomstenstelsel Zorg en WTG express. De Wet Marktordening Gezondheidszorg is een voorlopig sluitstuk van deze operatie op het gebied van de marktordening en het toezicht[2]. Op dit moment wordt politiek bezien of de maatschappelijke onderneming een aparte rechtsvorm zou kunnen dan wel moeten worden voor zorginstellingen, woningcorporaties en andere hybride organisaties tussen markt en overheid. De maatschappelijke onderneming zou dan kunnen worden gezien als een

[2] Overigens is ook met de bovengenoemde wetten het plaatje van (nieuwe) wetgeving nog niet geheel compleet. De Wmo en de AWBZ zijn de aanpalende systemen die ook de speelruimte voor de bestuurder bepalen, en zullen ook de komende tijd de nodige aanpassingen krijgen.

rechtsvorm voor een onderneming uit het particuliere initiatief met een ideëel doel, zonder winstuitkering aan kapitaalverschaffers (De Ru, 2007). Het is een nieuwe poging om de besturingsopgave van ziekenhuizen beter hanteerbaar te maken en kan nieuwe dynamiek in het ziekenhuisbestuur en in de relatie met de medische professionals brengen (Hoek, 2007). Het van kracht worden van de Zorgverzekeringswet in januari 2006 is hiernaast in het bijzonder relevant voor deze studie. De verhoudingen tussen management en medici komen ermee in een nieuw daglicht te staan. Er ontstaat ruimte voor nieuwe relatievormen tussen ziekenhuis en specialist. Alles is weer mogelijk: *verdergaande integratie* naar het ideaal van het GMSB, *verdergaande verzakelijking van de relatie* met één kapitein op het schip zoals de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ) voorstaat in de nota 'Vernieuwd Besturen', maar ook *volledige ontkoppeling* en ver doorgevoerde segmentering van de medisch specialistische zorg (zie nota Medisch specialist in perspectief; een visie op de toekomst van de medisch-specialistische zorg, OMS, 2005). Hoe dit uitpakt zal de praktijk moeten uitwijzen.

Al deze wettelijke maatregelen sturen de ruimte voor professionals en bestuurders in sterke mate aan. Om de doelmatigheid en kostenbeheersing te realiseren ziet het ziekenhuisbestuur zich onder meer geconfronteerd met een toenemende verantwoordelijkheid voor de uitvoering en controle op de vele wettelijke en financieel-economische maatregelen die moeten worden getroffen. De ziekenhuisorganisatie wordt door een groeiende keten van toezichthouders gecontroleerd, van de NZa tot IGZ, AFM en de interne toezichthouders[3]. Daarnaast is er een groeiend aantal 'particuliere' toezichthouders die ziekenhuizen en professionals 'toetsen' op kwaliteit en effectiviteit aan de hand van gegevens uit jaarverslagen of enquêtes. Een ander effect van de groeiende nadruk op presteren en concurreren is de roep om een ander type bestuurder met meer bedrijfskundige kennis en andersoortige werkervaring (Meurs, Schraven en Ngo, 2005). Tegelijkertijd is er een roep om de organisatie 'terug te geven aan de professionals' en juist meer ruimte te scheppen voor professionaliteit en zelfsturing. Onder meer de WRR (2004) heeft daarvoor gepleit (zie ook de kritieken van Brink, Jansen en Pessers, 2005; Dijstelbloem, 2004; Tonkens, 2003). Het realiseren van die handelingsruimte in een context van professionele, overheids- en marktbureaucratie is echter geen sinecure.

2.3 Conclusies

De ontwikkelingen in de medische beroepsgroep en in het bestuur en beleid van ziekenhuizen hebben op verschillende manieren de relatie tussen bestuur/management en medici beïnvloed. In de eerste plaats zijn professionals en bestuurders hun *verantwoordelijkheden* meer gaan *delen*. Naast de directe patiëntenzorg zijn professionals toenemend (mede)verantwoordelijk geworden voor de totale zorgverlening aan cliënten(groepen), voor de organisatie van de zorg, voor het ziekenhuisbeleid en voor de doelmatigheid en inzichtelijkheid van de zorgverlening. In de tweede plaats is de relatie tussen medici en management/bestuur *geformaliseerd*. De rechtstreekse, vaak informele, inbreng in het bestuur is met de introductie van het GMSB veelal vervangen door inspraak of medezeggenschap via het stafbestuur.

---

[3] Voluit: Nederlandse Zorgautoriteit (NZa), Inspectie Gezondheidszorg (IGZ) en Autoriteit Financiële Markten (AFM).

In de derde plaats is met de introductie van gereguleerde marktwerking de relatie tussen medici en bestuur *verzakelijkt*. De toename van marktprikkels dwingt, naast kwalitatief goede zorgverlening, prioritering en meer doelmatig en transparant werken af.
Een nadeel van deze ontwikkelingen is dat de nadruk op regelen, afrekenen en controleren het onderlinge vertrouwen tussen bestuurders en professionals niet lijkt te bevorderen. Naast de complexe relatie met de medici hebben ziekenhuisbestuurders te maken met uitgebreidere verantwoordelijkheden, grotere organisaties, een groeiend aantal belangengroepen die bovendien sterker gepositioneerd zijn en een groeiend aantal verantwoordingsrelaties. De geneeskundige bestuurder is daarbij, net als de andere bestuurders, steeds meer 'op afstand' van het primaire zorgproces komen te staan.

In het volgende hoofdstuk gaan wij in op de vraag hoe tegen de achtergrond van bovenstaande ontwikkelingen de besturingsopgave van ziekenhuizen in theoretische zin getypeerd kan worden. In de daarop volgende empirische hoofdstukken wordt beschreven welke rol de geneeskundige bestuurder daarin inneemt.

3 Besturen van zorginstellingen: een meervoudige opgave

Nu we vanuit de historie hebben geduid hoe de besturingsopgave van ziekenhuizen zich heeft ontwikkeld is het van belang deze ook theoretisch te duiden. Glouberman en Mintzberg (2001[a]) beschrijven ziekenhuizen als een van de meest complexe organisaties in de moderne maatschappij. In zijn ideaal-typische beschrijving van het ziekenhuis onderscheidt hij vier gescheiden werelden met vier soorten activiteiten, vier manieren van organiseren en vier soorten mentaliteiten (*'mindsets'*): cure, care, control en community (Glouberman en Mintzberg 2001[a+b]). Op basis van de indeling van Glouberman en Mintzberg kan de besturingsopgave van ziekenhuisbestuurders als volgt getypeerd worden: ziekenhuisbestuurders hebben een verantwoordelijkheid voor zowel het realiseren van de meest optimale medische behandeling (cure), als de meest optimale verzorging van de patiënten en het creëren van een thuisgevoel (care), de meest optimale inzet van mensen en middelen (control) en de verantwoording hierover aan de maatschappij (community).

Dit model brengt ook de verschillende partijen in beeld die betrokken zijn bij de zorgverlening en die op heel verschillende wijze betrokken zijn bij de organisatie en het primaire proces. We behandelen ze een voor een.
Bij *cure* denken we al gauw aan de medisch specialisten die wel werken *in* het ziekenhuis maar niet *voor* het ziekenhuis. Zij zijn vaak niet in dienst van het ziekenhuis en de eigen beroepsgroep is bepalender voor hun handelen dan de organisatie waarin zij werken. Hun werk is vooral gericht op het uitvoeren van eigen medisch-technische handelingen.
Bij *care* denken we in de eerste plaats vaak aan de verpleegkundigen en verzorgenden. Hun positie ten opzichte van de organisatie wordt vooral bepaald door het feit dat zij er in dienst zijn. Hun betrokkenheid gaat vooral uit naar de (belevingswereld van) patiënten die zij verzorgen en de coördinatie van de zorg rondom de individuele patiënt.
Control heeft betrekking op het werken binnen kaders: het omgaan met schaarse middelen, beheersing van zorg- en bedrijfsprocessen. Een verantwoordelijkheid die in algemene zin vaak aan het management wordt toegeschreven. Het betreft werkzaamheden op enige afstand van het primaire proces en buiten het gezichtsveld van patiënten.
Community gaat over de maatschappelijke opgave om zich als organisatie/bestuur te verantwoorden over het organisatiebeleid, over de kwaliteit van de geleverde zorg en over de inzet van mensen en middelen. Het gaat niet enkel over de verantwoording hierover naar de Raad van Toezicht of de Inspectie of NZa, maar ook over verantwoording naar de maatschappij in bredere zin: naar patiëntenorganisaties, burgers, politici, en verzekeraars. Betrokken organisaties behartigen wel de belangen van burgers/ (potentiële) patiënten maar staan ver van het primaire zorgproces af.

Voor het realiseren van de besturingsopgave: de meest optimale medische behandeling, een goede verzorging en een thuisgevoel, een efficiënte omgang met schaarse middelen en verantwoording naar de verschillende arena's waarin het ziekenhuis deelneemt, heeft het ziekenhuisbestuur kortom te maken met een veelheid van partijen die op heel verschillende wijze betrokken zijn bij de organisatie en de zorgverlening. Vanuit de literatuur en eerder onderzoek weten we dat het bij het omgaan met complexe besturingsopgaven in de zorg ook

van belang is te weten waar het in het primaire proces over gaat. Het managen van professionals – een belangrijk onderdeel van de besturingsopgave – vereist ook kennis van hun professie (Weggeman, 2004). Uit de literatuur komt daarnaast naar voren dat de activiteiten van de dominante partijen op diverse wijze gecoördineerd kunnen worden, door standaardisering, structuren en modellen, relaties en gedeelde normen en waarden.

Standaardisering houdt in dat activiteiten en verantwoordelijkheden uiteen worden gerafeld en verdeeld tussen verschillende beroepsgroepen of disciplines. Er bestaan verschillende vormen van standaardisering. Bij standaardisering van vaardigheden wordt het werk verdeeld door een vergaande scheiding van taken, zoals bij specialisatie gebeurt. Binnen die verdeling weet iedereen wat hij of zij moet doen. Dat wordt bijvoorbeeld vastgelegd in managementcontracten. Bij standaardisering van werkprocessen zijn protocollen en gedragsrichtlijnen leidend voor het werk van de verschillende beroepsbeoefenaren. Bij standaardisering van output worden verantwoordelijkheden verdeeld op basis van uitkomstmaatstaven (Glouberman en Mintzberg, 2001[b]).

Structuren en modellen geven weer hoe bevoegdheden en verantwoordelijkheden zijn verdeeld: wie waarin zeggenschap heeft, waar verantwoordelijkheden samenvallen en welke kanalen benut kunnen worden om invloed uit te oefenen. Het duale besturingsmodel van ziekenhuizen geeft bijvoorbeeld aan dat er sprake is van nevenschikking in verantwoordelijkheden van bestuurders en medici en integratie van financieringsstromen (Scholten en Van der Grinten, 2003). Een model als clinical governance wijst clinical leaders aan: medici die de verantwoordelijkheid hebben voor het zorgproces rondom een bepaalde groep cliënten (Gray en Harrison, 2004; Freidson, 2001; Harrison en Pollitt, 1994).

Gezondheidszorgorganisaties worden ook wel gekarakteriseerd als netwerkorganisaties (Goodwin, 2006). Om in dit type organisaties succesvol te zijn, zijn *relaties* essentieel. Samenhang en stabiliteit ontstaan er tijdens informele ontmoetingen, in de wandelgangen, via het organiseren en onderhouden van netwerken en door het creëren van tijdelijke structuren zoals projectteams en werkgroepen (Koppenjan en Klijn, 2004). Het goed functioneren van netwerken en relaties hangt in grote mate af van het onderlinge vertrouwen van de betrokken actoren. Wanneer actoren sterk op elkaar reageren, bijvoorbeeld wanneer zij ergens niet van op de hoogte zijn gesteld, is dit een indicatie van een weinig ontwikkeld vertrouwen (Goodwin, 2006).

Gedeelde overtuigingen bieden een sterke basis voor coördinatie en samenwerking tussen groepen. Rhodes (2007) noemt gedeelde normen en waarden de lijm voor complexe relaties. Gedeelde normen en waarden bieden een vanzelfsprekende basis voor samenwerking. In ziekenhuizen is echter vaak geen sprake van één sterke cultuur, één set van normen en waarden. Dit vraagt om '*collaborative management'* oftewel personen die de verschillende normen en waarden in zichzelf meedragen en uitdragen. Glouberman en Mintzberg (2001[a/b]) spreken in dat verband ook wel van '*organizational champions*': personen die gezamenlijke belangen weten te benoemen en creëren. In ziekenhuizen zien we dat soms terug bij medisch specialisten die – bijvoorbeeld als stafvoorzitter of als geneeskundig bestuurder – in het bestuur

van het ziekenhuis meedoen en zowel de meer medische als meer bestuurlijke en maatschappelijke normen en waarden ten opzichte van elkaar moeten wegen.

Het ziekenhuis typeren wij aldus niet alleen als een professionele organisatie, maar vooral ook als een netwerkorganisatie in een arena van verschillende partijen en belangen. Kennis van de professie en van het primaire proces is daarbij onmisbaar, net als kennis van strategie en bestuur in een meervoudige omgeving. Ziekenhuizen worden daardoor ook wel aangeduid als '*negotiated orders*', waarin onderhandeld moet worden tussen verschillende belangen uit verschillende werelden (Abbott, 1988; Kruijthof, 2005). In die onderhandelingen spelen standaarden, structuren, normen en waarden elk een eigen rol en krijgen onderlinge relaties vorm. Formele en informele structureringsmechanismen raken erin vermengd. Invloed op basis van structuren of contracten raken verknoopt met invloed op basis van persoonlijk gezag en vertrouwensrelaties. Het biedt een breed palet aan mogelijkheden voor de meervoudige besturingsopgave van ziekenhuizen.

In de volgende hoofdstukken wordt beschreven hoe bestuurders de verschillende activiteiten van de diverse dominante partijen coördineren en op elkaar betrekken.

4 Welke verschillen bestaan er tussen bestuurders met en zonder een geneeskundige achtergrond?

In dit hoofdstuk gaan we in op de verschillen tussen bestuurders met en zonder geneeskundige achtergrond. Dit doen wij aan de hand van een enquêteonderzoek dat in 2005 werd gehouden onder de leden van de NVZD. Het onderzoek is in zekere zin een zelfevaluatie: we vroegen bestuurders naar hun eigen achtergrond, hun organisatie, hun functieopvatting en –uitoefening. De verschillen en overeenkomsten tussen bestuurders met en zonder geneeskundige achtergrond hebben we onderzocht door de correlatiecoëfficiënten te berekenen tussen de uitkomsten van beide groepen (deelvraag 3 en 4). Bij alle gebruikte toetsen is uitgegaan van een $\alpha = 0.05$. Uitsluitend de significante verschillen tussen de uitkomsten van bestuurders met en zonder geneeskundige achtergrond zijn gebruikt bij de analyses en worden steeds in een tabel samengevat. Waar relevant wordt kort het verschil benoemd tussen ziekenhuisbestuurders in algemene zin en bestuurders van andere sectoren van zorg en/of de ontwikkeling tussen 2000 en 2005[4]. De volledige uitkomsten (dus ook de niet-significante) kunt u nazien in de tabellen in bijlage 1. In de tekst wordt telkens verwezen naar de betreffende tabellen in de bijlage.

Alvorens wij ingaan op de verschillen en overeenkomsten geven wij in paragraaf 4.1 eerst een schets van de ziekenhuisorganisatie (in termen van omvang, structuur en veranderingen) in relatie tot andere typen zorginstellingen. In paragraaf 4.2 staan we vervolgens stil bij de verschillen in achtergrond van ziekenhuisbestuurders met en zonder geneeskundige achtergrond, in termen van opleiding en werkervaring. In paragraaf 4.3 gaan wij in op de verschillen en overeenkomsten in functieopvatting van bestuurders, waarna wij in paragraaf 4.4 de verschillen en overeenkomsten in de functie-uitoefening van ziekenhuisbestuurders zullen behandelen. We besluiten het hoofdstuk met conclusies (paragraaf 4.5).

4.1 De ziekenhuisorganisatie

Zorgorganisaties kunnen op verschillende manieren worden getypeerd. In de enquête is onder andere gevraagd naar omvang, structuur en veranderingen. We behandelen de uitkomsten kort voor de ziekenhuissector.

Omvang

Ziekenhuisorganisaties behoren tot de grootste zorgorganisaties in termen van (extern) budget, personeel en professionals. Net als in de andere sectoren, heeft tussen 2000 en 2005 de schaalvergroting zich voortgezet (zie ook de tabellen 1, 2 en 3 in bijlage 1):

---

[4] Dezelfde enquête werd (deels) ook uitgevoerd in 2000, wat een vergelijking in de tijd (trendanalyse) mogelijk maakt.

- had in 2000 nog bijna de helft van de ziekenhuizen een extern budget van ‘50 miljoen euro of minder’, in 2005 is dit nog maar 20%. Een kwart van de ziekenhuizen heeft dan inmiddels een omvang bereikt van ‘meer dan 150 miljoen euro’;
- ook in personele zin is het ziekenhuis omvangrijk: 32% van de ziekenhuizen heeft in 2005 ‘meer dan 1500’ medewerkers in dienst;
- het aantal medisch specialisten dat full-time werkzaam is in de organisatie varieert sterk.

In termen van aantal lokaties behoren ziekenhuizen tot de ‘compactere’ zorgorganisaties. Verreweg het merendeel van de organisaties heeft één of twee lokaties, een derde heeft er drie tot vijf, een klein deel heeft meer dan zes lokaties (zie tabel 4 in bijlage 1). Het aantal leidinggevende niveaus is vergelijkbaar met andere zorgorganisaties. In de meeste organisaties is sprake van drie leidinggevende niveaus, de Raad van Toezicht niet meegeteld (zie tabel 5 in bijlage 1).

Structuur

Uit het enquêteonderzoek blijkt een verdergaande invoering van het Raad van Bestuur model dat uitgaat van een Raad van Toezicht dat van enige afstand toezicht houdt op de organisatie, een Raad van Bestuur dat de integrale eindverantwoordelijkheid draagt voor de organisatie en zorgverlening en een Management Team of directie waar de operationele leiding ligt. Verreweg de meeste ziekenhuizen (82%) hebben een meerhoofdige Raad van Bestuur of directie (zie tabel 6 in bijlage 1).

Naast een andere inrichting van de topstructuur blijken ook organisatiestructuren veranderd (zie tabellen 7 en 8 in bijlage 1). Steeds minder zijn ziekenhuizen georganiseerd volgens een dienstenstructuur (functionele indeling). In plaats daarvan worden zij ingericht naar zorgeenheden of naar clusters/divisies met daarbinnen zorgeenheden. Het eerste wordt ook wel ‘kantelen’ van de organisatie genoemd, het laatste wordt ook wel ‘doorkantelen’ genoemd. 24% van de ziekenhuizen is inmiddels gekanteld, 49% is doorgekanteld. De manier waarop (clusters/divisies met daarbinnen) zorgeenheden zijn geordend verschilt per sector. In ziekenhuizen gebeurt dit meestal rondom (een combinatie van) specialismen.

Tot slot maakt het enquêteonderzoek duidelijk dat professionals op verschillende wijze inbreng hebben in de besluitvorming (zie tabel 9 in bijlage 1). In het merendeel van de ziekenhuisorganisaties (61%) is sprake van een vorm van duaal management, waarin een medisch manager samen met een bedrijfskundig manager de verantwoordelijkheid heeft voor het presteren van de afdeling (of unit/divisie/cluster). In een klein deel van de ziekenhuizen (11%) is ook sprake van duaal bestuur. Hiernaast adviseert de medische staf de Raad van Bestuur ook. Meestal heeft deze advisering een verplichtend karakter, er kan echter ook sprake zijn van vrijblijvend advies. In geen van de andere sectoren is de inbreng van professionals op een dergelijke formele wijze geregeld. In de GGZ is vaak wel sprake van duaal management en soms van duaal bestuur. Er is echter zelden sprake van verplichte raadgeving aan de Raad van Bestuur, deze vindt voornamelijk plaats op vrijblijvende basis. In de andere sectoren is vooral sprake van vrijblijvend advies of andere alternatieve vormen van professionele inbreng (m.n. in de gehandicaptenzorg). Soms is de professionele inbreng op de besluitvorming helemaal niet geregeld (dit komt het meeste voor in de gehandicaptenzorg en organisaties voor V&V).

Veranderingen
De veranderplannen van bestuurders door de jaren heen maken duidelijk dat er in het bestuur meer aandacht is gekomen voor commerciële initiatieven, voor uitbreiding van het zorgaanbod en voor ICT (zie tabel 10[a, b en c] in bijlage 1). Naar het kwaliteitssysteem gaat tot op heden veel aandacht uit, in de toekomst wordt dit echter minder. Vergeleken met andere sectoren van zorg zijn ziekenhuisbestuurders minder bezig met fuseren (horizontaal en verticaal) en het aangaan van samenwerkingsverbanden met andersoortige organisaties. Hoewel er veel plannen bestaan voor nieuwbouw is dit aanmerkelijk minder dan in andere sectoren van zorg.

4.2 Opleiding en werkervaring

Vergelijken we de ziekenhuisbestuurder met de bestuurder van andere zorgorganisaties dan valt op dat ziekenhuisbestuurders[5]:

- vaker wetenschappelijk zijn opgeleid;
- vaker geneeskunde hebben gestudeerd;
- minder vaak een sociaal-wetenschappelijke studierichting hebben gevolgd;
- sterker gericht zijn op hun collega-bestuurders uit dezelfde organisatie: dat zijn hun belangrijkste criticasters én adviseurs;
- de minst ervaren managers zijn (in jaren, aantallen functies en soorten organisaties).

Veel van de verschillen kunnen worden verklaard uit de opleidingsachtergrond van de ziekenhuisbestuurders. We zetten de *significante* verschillen tussen bestuurders met en zonder geneeskundige achtergrond (= opleiding) op een rij:

Tabel 1: Opleiding en werkervaring (zie de tabellen 12 t/m 17in bijlage 1)

Opleiding	
Initieel	Bestuurders met een geneeskundige achtergrond hebben vaker een universitaire opleiding gevolgd dan bestuurders zonder geneeskundige achtergrond. Bestuurders met een geneeskundige achtergrond studeerden minder vaak economie dan bestuurders zonder geneeskundige achtergrond.
Aanvullend	Bestuurders met een geneeskundige achtergrond volgden minder vaak een cursus op het gebied van HRM dan bestuurders zonder geneeskundige achtergrond.
Werkervaring	

[5] Zie voor een uitgebreide beschrijving van deze uitkomsten het onderzoeksrapport ‘Bestuurders in Beweging’ (Van der Scheer, Meurs en Ngo, 2007).

Carrièreverloop	Bestuurders met een geneeskundige achtergrond startten hun carrière vaker in de gezondheidszorg dan bestuurders zonder geneeskundige achtergrond. Zij hebben meer ervaring in de gezondheidszorg dan bestuurders zonder een geneeskundige achtergrond. Zij hebben minder ervaring met andersoortige dienstverlenende organisaties of het onderwijs.
Managementervaring	Bestuurders met een geneeskundige achtergrond hebben minder managementervaring dan bestuurders zonder geneeskundige achtergrond, zowel in jaren als in aantal functies en hebben minder managementervaring buiten de gezondheidszorg opgedaan.

Uit tabel 1 kunnen we opmaken dat geneeskundige bestuurders minder managementervaring hebben dan bestuurders zonder geneeskundige achtergrond. Het verschil van vijf jaar kan deels worden verklaard uit het feit dat de studie geneeskunde vier jaar langer duurt dan andere studierichtingen. Wetend dat de gemiddelde leeftijd van bestuurders met en zonder geneeskundige achtergrond niet verschilt (zie tabel 11 in bijlage 1), geeft dit aanleiding om te veronderstellen dat de meeste geneeskundige bestuurders niet of in elk geval weinig werkervaring hebben als praktiserend arts. De overstap naar het management vindt blijkbaar vaak al vroeg in de carrière plaats. Daarnaast valt op dat de (management)carrière van geneeskundige bestuurders vrijwel volledig in de gezondheidszorg plaatsvindt. Dit in tegenstelling tot de carrière van de bestuurders zonder geneeskundige achtergrond. Van hen startte 36% hun loopbaan in de gezondheidszorg. De rest start de carrière vnl. in het onderwijs, dienstverlening of overheid, waarna later in de carrière de overstap naar de gezondheidszorg volgde. Voor 28% van de ziekenhuisbestuurders zonder geneeskundige achtergrond volgde de huidige functie op een functie buiten de gezondheidszorg.

Er zijn echter ook tal van overeenkomsten tussen bestuurders met en zonder geneeskundige achtergrond. Ondanks het verschil in initiële opleiding zijn beide type bestuurders daarna op vergelijkbare wijze opgeleid en gesocialiseerd. Een deel van de geneeskundige bestuurders volgde naast geneeskunde nog een andere wetenschappelijke studie (38%) en beide groepen hebben zich op vergelijkbare wijze laten bijscholen. Het overgrote deel van de ziekenhuisbestuurders volgde een of meerdere aanvullende postacademische managementopleidingen of –cursussen. Naast de meer algemene managementopleidingen volgden zij ook kortdurende cursussen specifiek gericht op financiële of bedrijfskundige kennis en kwaliteitsmanagement.

4.3 Functieopvatting

Voor dit onderzoek is de vraag relevant of bestuurders met en zonder geneeskundige achtergrond hun rol anders interpreteren en of zij andere prioriteiten stellen als het gaat om *zorginhoudelijke doelstellingen*, *beheersmatige doelstellingen* en *maatschappelijke doelstellingen*. De enquêtevragen waaruit dit zou kunnen blijken gingen over de rolopvatting en –vervulling van bestuurders, de wijze waarop zij invulling geven aan ondernemerschap,

noodzakelijke veranderingsstrategieën, het belang van verschillende soorten resultaatgebieden, de wijze van participeren in het publieke debat en over het referentiekader van bestuurders. Ook vroegen wij ons af of bestuurders met en zonder geneeskundige achtergrond anders tegen het managen van professionals en managers aankijken. De uitkomsten worden per onderwerp kort beschreven en aansluitend in tabel 2 samengevat.

Rolopvatting en –uitoefening

Uit de uitkomsten blijkt dat bestuurders met en zonder geneeskundige achtergrond hun functie grotendeels op vergelijkbare wijze opvatten en invullen[6]. Zij zien zichzelf vooral als *bestuurder* en *ondernemer*. Tussen 2000 en 2005 zijn zij daarnaast meer belang gaan hechten aan de rol van *tussenpersoon* die verbindingen legt tussen de binnen- en buitenwereld van de organisatie, tussen interne belangen(groepen) en externe belangen(groepen). De rol van *ambassadeur* gaat ook over de positie van de bestuurder tussen de binnen- en de buitenwereld van de organisatie. Hierover verschillen bestuurders met en zonder geneeskundige achtergrond echter wel van mening (zie tabel 18 in bijlage 1). Bestuurders zonder een geneeskundige achtergrond hechten significant meer waarde aan de rol van ambassadeur of vertegenwoordiger van de organisatie dan bestuurders met een geneeskundige achtergrond.

Ondernemerschap

Ziekenhuisbestuurders vullen ondernemerschap vooral in door het *stimuleren van professionals tot innovatie*[7]*,* gevolgd door het *optimaliseren van werkprocessen* en het *creatief omgaan met beperkte middelen*. Hierin verschillen bestuurders met en zonder geneeskundige achtergrond niet van elkaar. De verschillen hebben betrekking op het *initiëren van commerciële activiteiten* en het *aanboren van nieuwe markten* (zie tabel 19 in bijlage 1). Bestuurders zonder een geneeskundige achtergrond denken hier eerder aan bij ondernemerschap dan bestuurders met een geneeskundige achtergrond.

Veranderingsstrategieën

Ziekenhuisbestuurders vinden het vooral noodzakelijk dat het er *inhoudelijker* aan toe gaat in hun organisatie, met meer oog voor de kwaliteit van zorg, en daarnaast *slimmer*, met een betere prijs/kwaliteit verhouding[8]. Bestuurders zonder geneeskundige achtergrond vinden daarnaast vaker dat het er *zakelijker* aan toe zou moeten gaan, waarbij meer gestuurd wordt op resultaten, dan bestuurders met een geneeskundige achtergrond (zie tabel 20 in bijlage 1).

---

[6] De onderscheiden rollen waren: het *boegbeeld* of *ambassadeur* van de organisatie naar binnen en naar buiten, de *bestuurder* die de strategische lijnen naar de toekomst uitzet, de *manager* die ervoor zorgt dat de productie efficiënt en volgens afspraken verloopt, de *regisseur* die ervoor zorgt dat zorgprocessen soepel verlopen, de *tussenpersoon* die verbindingen legt tussen de binnen- en buitenwereld van de organisatie en de *ondernemer* die vernieuwingen introduceert en nieuwe markten aanboort.

[7] De antwoordcategorieën waren: *creatief omgaan met beperkte middelen*, *optimaliseren van werkprocessen*, *initiëren van commerciële activiteiten*, *stimuleren van professionals*, *aangaan van samenwerkingsrelaties om aan de regionale zorgvraag tegemoet te komen* en *aanboren van nieuwe markten*.

[8] De onderscheiden antwoordcategorieën waren: *inhoudelijker*, *zakelijker*, *maatschappelijker*, *slimmer*, *professioneler* en *ondernemender.*

Resultaatgebieden
Ziekenhuisbestuurders wensen vooral afgerekend te worden op de *kwaliteit van zorg*, maar bestuurders met een geneeskundige achtergrond kiezen hier vaker voor dan bestuurders zonder geneeskundige achtergrond[9]. Daarnaast wensen zij minder dan hun collegae zonder geneeskundige achtergrond afgerekend te worden op de *bedrijfseconomische gezondheid van de organisatie* (zie tabel 21 in bijlage 1).
Ziekenhuisbestuurders vinden dat de effectiviteit van de bestuurder vooral moet blijken uit zijn of haar vermogen om *veranderingen door te voeren*[10]. Bestuurders zonder geneeskundige achtergrond vinden echter vaker dat dit blijkt uit de *bedrijfseconomische resultaten* van de organisatie dan bestuurders met een geneeskundige achtergrond (zie tabel 22 in bijlage 1).

Participatie in het publieke debat
De laatste jaren worden bestuurders herhaaldelijk uitgedaagd zich te laten gelden in het publieke debat. Ziekenhuisbestuurders doen dit echter minder dan bestuurders van andersoortige instellingen, 27% van de ziekenhuisbestuurders geeft aan helemaal niet mee te doen aan het publieke debat (zie tabel 23 in bijlage 1). Die 27% blijkt vooral te bestaan uit bestuurders met een geneeskundige achtergrond (42%).

Referentiekader
Bestuurders kunnen zich met verschillende personen of groeperingen identificeren[11]. Het meest voelen ziekenhuisbestuurders zich verbonden met *de eigen organisatie* (zie tabel 24 in bijlage 1). Bestuurders met een geneeskundige achtergrond blijken zich daarnaast vooral, en vaker dan bestuurders zonder geneeskundige achtergrond, verbonden te voelen met *het zorgverleningsproces*.

Managen van professionals en managers
Over het managen van professionals en managers verschillen beide groepen bestuurders niet van mening (zie tabellen 25 a en b in bijlage 1)[12]. Zij vinden dat zowel professionals als managers op *actieve wijze* aangestuurd moeten worden teneinde in goede harmonie te kunnen werken aan organisatiebeleid. Opvallend is wel dat bestuurders zonder geneeskundige achtergrond het belangrijker vinden om te kunnen begrijpen hoe professionals denken

---

[9] De onderscheiden antwoordcategorieën waren: *voldoen aan de door de politiek opgelegde opdracht*, *optimalisatie van het logistieke proces*, *bedrijfseconomische gezondheid van de organisatie*, *concurrentiepositie van de organisatie*, *kwaliteit van de verleende zorg*, *vervullen van de maatschappelijke functie*.
[10] De onderscheiden antwoordcategorieën waren: het vermogen om *met spanningen en dilemma's om te gaan*, om *veranderingen door te voeren*, de *bedrijfseconomische resultaten*, vermogen tot het *formuleren van een bindende visie*, vermogen om *medewerkers te stimuleren in hun ontwikkeling*, *besluitvaardigheid*, vermogen om de *eigen managementstijl aan te passen aan de situatie*.
[11] De onderscheiden antwoordcategorieën waren: *de organisatie*, *de sector*, *de (problematiek van) cliënten*, *het zorgverleningsproces*, *de grotere maatschappelijke vraagstukken aangaande de zorg*, *collega managers/bestuurders binnen de organisatie*, *collega bestuurders in de gezondheidszorg*, *publieke managers in algemene zin*.

(meevoelend management), terwijl bestuurders met een geneeskundige achtergrond het belangrijker vinden de omstandigheden te kunnen begrijpen waarin managers opereren[13].

De verschillen in de wijze waarop bestuurders met en zonder geneeskundige achtergrond hun rol interpreteren en prioriteiten stellen in hun functioneren vatten we als volgt samen.

Tabel 2: Rol- en functieopvatting

Rolopvatting en -uitoefening	Bestuurders met geneeskundige achtergrond hechten minder waarde aan rol van *ambassadeur* dan bestuurders zonder geneeskundige achtergrond.
Ondernemerschap	Bestuurders met geneeskundige achtergrond denken bij ondernemerschap vaker aan het *initiëren van commerciële activiteiten* en het *aanboren van nieuwe markten* dan bestuurders zonder geneeskundige achtergrond.
Veranderingsstrategieën	Bestuurders met geneeskundige achtergrond vinden minder vaak dat het er *zakelijker* aan toe zou moeten gaan in hun organisatie dan bestuurders zonder geneeskundige achtergrond.
Resultaatgebieden	Bestuurders met een geneeskundige achtergrond hechten meer belang aan resultaten in termen van kwaliteit van zorg dan bestuurders zonder een geneeskundige achtergrond. Bestuurders met een geneeskundige achtergrond hechten minder aan bedrijfseconomische resultaten dan bestuurders zonder een geneeskundige achtergrond.
Deelname publieke debat	Bestuurders met een geneeskundige achtergrond nemen minder deel aan het publieke debat dan bestuurders zonder geneeskundige achtergrond.
Referentiekader	Bestuurders met een geneeskundige achtergrond voelen zich sterker verbonden met het zorgverleningsproces dan bestuurders zonder geneeskundige achtergrond.

[12] De onderscheiden antwoordcategorieën waren: het managen van professionals/managers is vooral *zelfmanagement*, *meevoelend management*, *geduld management*, *actief sturend management*, *confronterend management*.
[13] Deze verschillen zijn echter niet significant.

4.4 Functie-uitoefening

Tijdbesteding
Ziekenhuisbestuurders besteden een groter deel van hun werktijd aan interne zaken (70% van de werktijd) en zorginhoudelijke zaken (42% van de werktijd) dan bestuurders van andersoortige zorgorganisaties (zie tabel 26 in bijlage 1). Van de ziekenhuisbestuurders besteden de bestuurders met een geneeskundige achtergrond meer tijd aan zorginhoudelijke zaken (56% van de intern bestede tijd) dan bestuurders zonder geneeskundige achtergrond (34% van de intern bestede tijd). Bestuurders zonder geneeskundige achtergrond besteden daarentegen meer tijd aan beheersmatige zaken (66% tegenover 44%).

Contacten
Van hun interne tijd besteden ziekenhuisbestuurders het merendeel aan managers, aan professionals[14] en collega-bestuurders. Relatief weinig tijd wordt besteed aan cliënten. Bestuurders met een geneeskundige achtergrond besteden echter meer tijd aan cliënten dan bestuurders zonder geneeskundige achtergrond (zie tabel 27 a in bijlage 1).

De externe contacten van ziekenhuisbestuurders bestaan vooral uit contacten met bestuurders van andere ziekenhuizen, andersoortige zorgorganisaties en zorgverzekeraars (zie de tabellen 27 b en c in bijlage 1). Het zijn echter de contacten met overheden en ambtenaren en daarnaast de verzekeraars die significant zijn toegenomen in vijf jaar tijd. Bestuurders met een geneeskundige achtergrond blijken vaker de contacten met andere ziekenhuizen te onderhouden dan hun collegae zonder geneeskundige achtergrond. Ziekenhuisbestuurders nemen ook veelvuldig deel aan externe besturen en commissies in de gezondheidszorg (zie tabel 27 d in bijlage 1). Er bestaan op dit punt geen verschillen tussen bestuurders met en zonder geneeskundige achtergrond.

Tabel 3 vat de verschillen in de functie-uitoefening van bestuurders met en zonder geneeskundige achtergrond samen.

Tabel 3: functie-uitoefening

Tijdbesteding	Bestuurders met een geneeskundige achtergrond besteden meer tijd aan zorginhoudelijke zaken dan bestuurders zonder geneeskundige achtergrond. Zij besteden daarentegen minder tijd aan beheersmatige taken dan bestuurders zonder geneeskundige achtergrond.
Contacten	Bestuurders met een geneeskundige achtergrond besteden meer tijd aan patiënten dan bestuurders zonder geneeskundige achtergrond. Zij besteden bovendien meer tijd aan bestuurders van andere

[14] Bestuurders met een geneeskundige achtergrond besteden meer tijd aan professionals dan bestuurders zonder een geneeskundige achtergrond. Het verschil is net niet significant bij een α van 0.05 (α=0.058).

	ziekenhuizen dan bestuurders zonder geneeskundige achtergrond.

4.5 Conclusies

Ziekenhuisorganisaties behoren tot de grootste zorginstellingen waarin professionals (medische specialisten) een prominente plaats innemen. De organisatie is georganiseerd rondom professionals (specialismen) die – ondanks het feit dat zij veelal niet in dienst zijn van de organisatie – op verschillende wijzen verankerd zijn in de organisatie, onder meer via de lijn (duaal management en/of bestuur) en door raadpleging/advies (verplicht of vrijblijvend). Ziekenhuizen zijn vergeleken met andere zorgorganisaties solistische organisaties, sterk intern gericht en op de eigen sector. Het bestuur is meestal in handen van een meerhoofdige Raad van Bestuur, waarvan er vaak een is opgeleid als arts.

In dit hoofdstuk stonden de verschillen en overeenkomsten tussen de achtergrond en de functieopvatting en -uitoefening van bestuurders met en zonder geneeskundige achtergrond centraal. Dit leidt tot de volgende conclusies ten aanzien van de rol en functie van de geneeskundige bestuurder.

Zeer ervaren en breed opgeleid, maar met minder ervaring van 'buiten'
Ziekenhuisbestuurders kunnen zeer divers opgeleid zijn. Na de eerste (veelal wetenschappelijke) studie volgen vaak nog verschillende aanvullende opleidingen en cursussen gericht op diverse (bedrijfskundige) aspecten van het managen/besturen van (zorg)organisaties. Deze meervoudig opgeleide bestuurders beschikken over veelvormige kennis waarbij het er om gaat dat zij die weten toe te passen op specifieke situaties. Dit geldt zowel voor bestuurders met als zonder geneeskundige achtergrond. Beide type bestuurders zijn bovendien zeer ervaren managers met ruime ervaring in de zorg. De meeste geneeskundige bestuurders maakten al vroeg in hun carrière de overstap naar het management. Wel hebben bestuurders met een geneeskundige achtergrond minder managementervaring (in jaren en aantal functies) dan bestuurders zonder geneeskundige achtergrond en hebben zij minder ervaring opgedaan buiten de zorg.

Acterend op het grensvlak van 'binnen' en 'buiten', maar met meer aandacht voor 'binnen' dan voor 'buiten'
Bestuurders acteren op het grensvlak van de binnen- en buitenwereld van de organisatie. Zij hebben met een veelheid van interne en externe contacten te maken. Het werk van ziekenhuisbestuurders is grotendeels intern en beheersmatig van aard, maar de externe plaatsbepaling neemt aan belang toe. Politiek, overheid en verzekeraars vragen toenemend om de aandacht van ziekenhuisbestuurders. Ziekenhuisbestuurders met en zonder geneeskundige achtergrond zijn meer belang gaan hechten aan de rol van *tussenpersoon* die verbindingen legt tussen binnen- en buitenwereld van de organisatie. De bestuurder zonder geneeskundige achtergrond benadrukt echter meer de positie van *ambassadeur* van de organisatie naar binnen

en naar buiten dan die van de tussenpersoon. Zij steken ook meer energie in het organisatie overstijgende publieke debat.

Verantwoordelijkheden worden gedeeld en verdeeld
Bestuurders hebben verschillende soorten verantwoordelijkheden, zij hebben een maatschappelijke verantwoordelijkheid voor zaken als betaalbaarheid en toegankelijkheid van zorg, ze zijn verantwoordelijk voor een efficiënte bedrijfsvoering en voor kwaliteit van zorg. Deze verantwoordelijkheden worden in de Raad van Bestuur onderling *ge*deeld en *ver*deeld, zo blijkt. Bestuurders met een geneeskundige achtergrond ervaren hierbij een grotere verantwoordelijkheid voor kwaliteit van zorg. Zij identificeren zich sterk(er) met het zorgverleningsproces, besteden meer tijd aan zorginhoudelijke zaken en aan patiënten. Bestuurders zonder geneeskundige achtergrond voelen een sterkere verantwoordelijkheid voor de bedrijfseconomische resultaten, zij besteden meer tijd aan beheersmatige zaken en zijn meer gericht op het realiseren van een zakelijke houding in de organisatie. Het maakt ook uit hoe zij tegen ondernemerschap aankijken. Bestuurders zonder geneeskundige achtergrond besteden bij ondernemerschap meer aandacht aan het aanboren van nieuwe markten en commerciële activiteiten dan bestuurders met een geneeskundige achtergrond.

Meer aandacht voor zorginhoud
Op basis van voorgaande uitkomsten concluderen wij dat bij de interpretatie van de besturingsopgave de geneeskundige bestuurder het accent vooral legt op de kwaliteit van zorg. Ondanks een complexer wordend krachtenveld zijn geneeskundige bestuurders vooral gericht op de eigen organisatie en op zorginhoud. Dit sluit op zich aan bij de werkervaring van geneeskundige bestuurders, die vaker dan bij bestuurders zonder geneeskundige achtergrond vooral in de zorg is opgedaan. Het doet echter ook vermoeden dat geneeskundige bestuurders vaker de inhoudelijke portefeuille/het aandachtsgebied zorginhoud hebben binnen de Raad van Bestuur dan hun collegae zonder geneeskundige achtergrond. Wat oorzaak en wat gevolg is, is dan ook moeilijk te zeggen. Heeft de geneeskundige bestuurder meer oog voor professionals en de kwaliteit van zorg en is hij/zij daardoor de aangewezen persoon voor de aandachtsgebieden kwaliteit en patiëntenzorg of heeft hij/zij meer oog voor professionals en de kwaliteit van zorg vanwege de taakverdeling? Hoe dan ook bevestigen de uitkomsten de idee dat een bestuurder met een geneeskundige achtergrond zich vanzelfsprekend meer bezig houdt met de zorginhoudelijke kant van de organisatie, net zoals een bestuurder met een bedrijfskundige achtergrond zich logischerwijs meer bezig zal houden met de bedrijfsmatige kant van de organisatie. Ongeacht aanvullende scholing en het aantal jaren managementervaring heeft de aanvankelijke opleidingsachtergrond ook jaren na dato dus nog een grote impact op de rol en functie(opvatting en –uitoefening) van bestuurders.

In het volgende hoofdstuk wordt aan de hand van interviews verkend hoe de rol van de geneeskundige bestuurder in de praktijk invulling krijgt en hoe andere partijen tegen de rol en functie van de geneeskundige bestuurder aankijken.

5 De rol van de geneeskundige bestuurder in de praktijk

In dit hoofdstuk wordt de rol en functie van de geneeskundige bestuurder beschreven vanuit het perspectief van raden van bestuur, raden van toezicht en medische staven (deelvraag 5). Samen vormen zij de besturingsdriehoek. Uit de literatuur en de empirie blijkt dat de rol en functie van de geneeskundige bestuurder altijd bezien moet worden in relatie tot het geldende besturingsmodel, hiermee wordt bedoeld de wijze waarop de relatie tussen Raad van Bestuur en medische staf in de structuur is vormgegeven. Daarnaast speelt het proces van selectie en benoeming een specifieke rol, tijdens die processen wordt besloten wat voor bestuurder wordt aangesteld, een met of zonder geneeskundige achtergrond. Om het inzicht in deze processen te vergroten spraken wij ook met enkele ‘executive searchers’. Andere thema’s die een belangrijke rol hadden in de interviews waren de opleiding van geneeskundige bestuurders en de portefeuilleverdeling tussen bestuurders.

In paragraaf 5.1 gaan we eerst in op de rol van het besturingsmodel, waarna we in 5.2 de verschillende perspectieven op de rol en functie van de geneeskundige bestuurder behandelen, aan de orde komen ook de thema’s benoeming en selectie, portefeuilleverdeling en opleiding. In paragraaf 5.3 volgen de conclusies.

5.1 De rol van het besturingsmodel

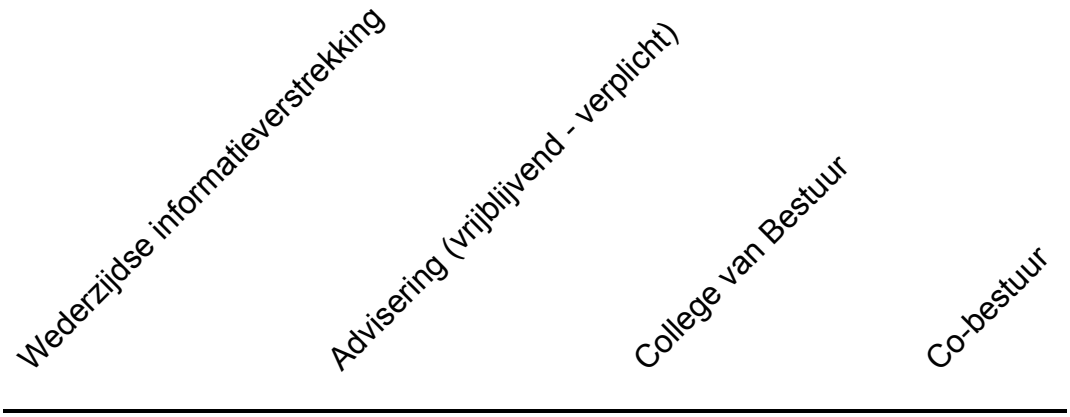
De meeste Nederlandse ziekenhuizen kennen een duaal besturingsmodel dat uitgaat van nevenschikking tussen Raad van Bestuur en medische staf en zijn georganiseerd volgens de principes van het GMSB. Er is hierbij sprake van gedeelde verantwoordelijkheden tussen Raad van Bestuur en medische staf en integratie van financieringsstromen. Voor veel Raden van Bestuur geldt een collegiale verantwoordelijkheid. De leden van de Raad van Bestuur zijn gezamenlijk eindverantwoordelijk voor de organisatie en kwaliteit van de zorgverlening, maar er is wel een onderlinge taakverdeling. De taakverdeling binnen de Raad van Bestuur vindt meestal plaats op basis van een verdeling naar zorginhoudelijke aangelegenheden als veiligheid, kwaliteit, patiëntenzaken en bedrijfsmatige aangelegenheden als ICT, bedrijfsvoering, personeel en dergelijke. Meestal is het daarbij de bestuurder met de geneeskundige achtergrond die de zorginhoudelijke portefeuille voert, zo blijkt.

Het stafbestuur is het orgaan dat alle medisch specialisten in het ziekenhuis representeert en is de formele schakel tussen Raad van Bestuur en medische staf. Het stafbestuur en zeker de voorzitter laveert daarbij tussen de extremen van belangenbehartiging en partnership. Indien medisch specialisten ook op operationeel en tactisch niveau in het management participeren, worden maatschapbelangen al grotendeels via die weg vertegenwoordigd en kan de medische staf zich meer richten op de maatschapoverstijgende zaken en andere aspecten van het ziekenhuisbeleid. Toch blijven stafbestuurders altijd enerzijds representant, terwijl zij anderzijds deel uitmaken van de arena waarin de besluitvorming plaatsvindt. Stafbestuurders worden gekozen op basis van coöptatie en dat bepaalt mede de speelruimte die zij hebben. Zij zijn voor hun handelen afhankelijk van het draagvlak onder de eigen leden en moeten er voor waken niet te vervreemden van de eigen achterban, zo blijkt. Bovendien zijn de belangentegenstellingen

binnen de medische staf vaak groot en kunnen de bestuurlijke en communicatieve kwaliteiten van stafleden sterk wisselen. Voor de Raad van Bestuur heeft dit tot gevolg dat voor hen het stafbestuur vaak geen stabiele partner blijkt te zijn. Voor stafvoorzitters is het lastig dat deze dubbelrol al snel kritiek oplevert uit de eigen achterban. Anderzijds komt er kritiek vanuit de Raad van Bestuur als ondanks de afspraken met de stafvoorzitter/het stafbestuur de medici toch dwars liggen.

Het duale bestuursmodel brengt, kortom, voor beide partijen de nodige spanningen met zich mee, maar zij kunnen nu eenmaal niet zonder elkaar. Bestuurders geven aan dat de slagkracht van een Raad van Bestuur in grote mate afhangt van de inrichting en effectiviteit van die relatie. Stafvoorzitters geven aan dat medici hen toch ook als onmisbare schakel zien voor hun inbreng in het ziekenhuisbeleid. De medische staf wil meestal wel representatie van hun belangen *in* de topstructuur en beïnvloeding *van* het ziekenhuisbeleid, maar zijn niet graag mede verantwoordelijkheid voor de besluitvorming *over* dat beleid. Een respondent: *"De medische staf wil betrokken zijn, informatie ontvangen, geconsulteerd worden, maar niet per se zelf besluiten nemen."* De NVZ stelt in 2005 zelfs dat het GMSB niet werkt. Het zou weliswaar tot enig succes hebben geleid in de zin van verbetering van de communicatie en besluitvorming, maar voor het overige zou het zijn blijven steken in de uitvoering van de op gezamenlijk declareren gerichte Integratiewet. Toch blijkt uit de empirie dat de gezamenlijke besturing in de praktijk steeds meer vorm krijgt. De precieze inrichting daarvan hangt ondermeer af van de samenstelling en organisatie van de Raad van Bestuur en van de medische staf, van de specifieke gewoontes en tradities in de organisatie en de onderlinge relaties. Een respondent: *"Een belangrijk punt is dat de voorzitter Raad van Bestuur, maar ook de stafvoorzitter, open moeten zijn naar elkaar en een goede band moeten hebben".* De invloed die bestuurders hebben op de organisatie en samenstelling van de medische staf is echter beperkt, de voorzitter wordt meestal geselecteerd op basis van coöptatie. Het stafbestuur heeft andersom overigens wel inspraak in de samenstelling van de Raad van Bestuur.

In de praktijk kwamen wij de volgende verschillende besturingsmodellen tegen die wellicht het best aangeduid zouden kunnen worden als (lokale) interpretaties van het GMSB. Ze laten zich positioneren op een continuüm waarbij de intensiteit van de coördinatie tussen de bestuurlijke en professionele wereld leidend is (zie figuur 1).



Figuur 1: Bestuurlijke integratie van medici in het ziekenhuis

In sommige organisaties is de medische staf sterk georganiseerd maar stelt zich primair op als belangenbehartiger van de eigen leden. De medische staf ziet zijn rol vooral als adviserend en informerend richting Raad van Bestuur. In andere organisaties is er sprake van vergaande integratie doordat de stafvoorzitter bijvoorbeeld tevens lid is van de Raad van Bestuur. Beide varianten en vele daar tussenin kwamen wij tegen in dit onderzoek. Een middenvariant is bijvoorbeeld de variant waarbij de medische staf wel deelneemt aan de Raad van Bestuur en een volledige stem heeft maar geen statutaire eindverantwoordelijkheid draagt. Deze variant wordt in sommige organisaties wel aangeduid met het ‘college van bestuur-model’. Het Medisch stafbestuur heeft hierbij niet formeel, maar zeker informeel een meebeslissende rol. In formele zin was het model namelijk bedoeld om de medische staf de gelegenheid te geven de Raad van Bestuur van advies en kritiek te voorzien bij haar besluitvorming. In de praktijk blijkt het al snel te leiden tot een vorm van co-decisie.

Raad van Bestuur en medische staf kunnen ook overeenkomsten sluiten op specifieke onderdelen, bijvoorbeeld dat de verantwoordelijkheid voor kwaliteit- en veiligheidszaken bij de Raad van Bestuur ligt. Daar waar uitgegaan wordt van nevenschikking op elk niveau en integratie minder beladen is, worden de managerial talenten onder de medici al vroeg ‘gescout’ en opgeleid tot medemanager van bijvoorbeeld een resultaat verantwoordelijke eenheid. Er is sprake van duaal management of een vorm van clinical leadership.

Bij de inrichting en uitwerking van het besturingsmodel spelen ten minste drie partijen een rol: de Raad van Bestuur, de medische staf en de Raad van Toezicht. In de volgende paragraaf schetsen wij hoe elk van hen aankijkt tegen het besturingsmodel en de rol die de geneeskundige bestuurder daarin speelt. Ook het perspectief van de ‘executive searchers’ (‘executive searchers’) komt in deze paragraaf aan bod.

5.2 Verschillende perspectieven op de rol en functie van de geneeskundige bestuurder

Raad van Bestuur

Wij spraken met zes bestuurders van vijf ziekenhuizen. In twee van de ziekenhuizen had geen van de bestuurders een geneeskundige achtergrond. In één ziekenhuis was de geneeskundige bestuurder mede voorzitter van de medische staf. In de overige twee ziekenhuizen was er sprake van een geneeskundige bestuurder 'van buiten'.

Idealiter worden medici betrokken op alle niveaus, zo geven de bestuurders aan. Zij besteden hier veel tijd en energie aan. Over de vraag of een bestuurder met een geneeskundige achtergrond de betrokkenheid van medici bij de ziekenhuisorganisatie vergroot zijn de meningen gemengd. Verschillende soorten overwegingen zijn spelen daarbij een rol, wij typeren ze als: relationele overwegingen, kennis inhoudelijke overwegingen, culturele overwegingen en overwegingen die gerelateerd zijn aan de structuur.

- *Relationele overwegingen* hebben onder meer betrekking op het vergroten van het draagvlak voor bestuur. De idee is dat de geneeskundige bestuurder besluiten gemakkelijker geaccepteerd krijgt. Een bestuurder: *"Hij/zij spreekt dezelfde taal"*. Een andere (geneeskundige) bestuurder gaf aan vanwege zijn bijzondere relatie met de medische staf eerder signalen op te vangen van de medische staf en zodoende al in een vroeg stadium op zaken in te kunnen spelen. Dit had volgens hem echter ook te maken met het feit dat hij tevens stafvoorzitter en praktiserend arts was.
- *Kennis inhoudelijke overwegingen* hebben bijvoorbeeld te maken met de overtuiging dat medisch inhoudelijke kennis noodzakelijk is in de Raad van Bestuur voor de afwegingen die zij maakt en dat geneeskundige bestuurders medici beter doorzien. Een geneeskundige bestuurder: *"Ze verkopen me geen knollen voor citroenen".*
- *Culturele overwegingen* zijn bijvoorbeeld dat de geneeskundige bestuurder een voorbeeldfunctie vervult voor medici om medeverantwoordelijkheid te nemen voor organisatiebeleid.
- Overwegingen die betrekking hebben op de *structuur* van het ziekenhuis gaan bijvoorbeeld over de medisch inhoudelijke betrokkenheid op alle organisatieniveaus. Indien dit voldoende gewaarborgd is door vormen van duaal management en een goed functionerende afstemmingsstructuur tussen medische staf en Raad van Bestuur wordt een medisch inhoudelijke persoon in de Raad van Bestuur bijvoorbeeld niet strikt noodzakelijk gevonden. Andersom wordt wel gesteld dat vanwege de instabiele structuur van het GMSB en vanwege de onvoorspelbaarheid van het stafbestuur, die typisch is voor dit model, een bestuurder met een geneeskundige achtergrond juist van groot belang is.

Een van de bestuurders (zonder geneeskundige achtergrond) was om bovenstaande redenen van mening dat een geneeskundige bestuurder absoluut noodzakelijk is. Voor anderen werd het belang van medisch inhoudelijke betrokkenheid op Raad van Bestuur niveau weliswaar breed onderschreven, maar werd een geneeskundige bestuurder niet strikt noodzakelijk gevonden. Wel zagen de bestuurders van de organisaties met een geneeskundige bestuurder belangrijke voordelen van een bestuurder met een geneeskundige achtergrond.

Er is de Raad van Bestuur veel aan gelegen de medische staf te betrekken bij het organisatiebeleid. In vrijwel alle organisaties is het de geneeskundige bestuurder die de contacten onderhoudt met de medische staf en die klachtenafhandeling, kwaliteit en veiligheidszaken in de portefeuille heeft. De geneeskundige bestuurder is daarvoor niet strikt noodzakelijk, maar kan de betrokkenheid mogelijk wel vergroten en de relatie tussen medische staf en Raad van Bestuur steviger maken. Daarnaast proberen bestuurders voorhoedepersonen binnen de medische staf te mobiliseren. Hiermee worden artsen bedoeld die gezamenlijke belangen onderschrijven en dit met gezag kunnen uitdragen. Deze voorhoedepersonen hoeven niet per se een formele rol te hebben als stafbestuurder of als medisch manager. Verschillende bestuurders verwachten ook veel van de jonge medisch specialisten die vaker in deeltijd willen werken en mede daardoor mogelijk anders tegen de relatie met het ziekenhuis aankijken.

Het belangrijkste nadeel van een geneeskundige achtergrond is het gevaar om als belangenbehartiger van de medische staf te worden gezien. In één organisatie onderhoudt de geneeskundige bestuurder daarom bewust niet het contact met de medische staf om het signaal af te geven dat de geneeskundige bestuurder niet als het verlengstuk van de medische staf mag worden gezien. Zeker bij een overstap binnen de eigen organisatie is het belangrijk dat de geneeskundige bestuurder zich helder positioneert: als bestuurder en niet meer als collega-medicus. De geneeskundige bestuurders die wij spraken gaven aan dat wanneer zij recent de overstap hebben gemaakt, zij vooral moeten waken voor een te grote betrokkenheid op de inhoud, een te grote actiegerichtheid en te weinig afstand van werkprocessen.

Teneinde de betrokkenheid van de medische staf bij de ziekenhuisorganisatie te vergroten, zetten bestuurders kortom in op meerdere zaken. Het aanstellen van een geneeskundige bestuurder is een van de manieren om de relatie te verstevigen. De rol van de geneeskundige bestuurder wordt vooral gezien als een verbindende. Dat wordt bevestigd vanuit het kwantitatief onderzoek (hoofdstuk 4). Hij/zij wordt verwacht beter in staat te zijn onder de medische staf draagvlak te verwerven voor organisatiebeleid. De portefeuilleverdeling is hier ook op afgestemd. De geneeskundige bestuurder onderhoudt voornamelijk het contact met het stafbestuur en is bijvoorbeeld verantwoordelijk voor kwaliteit en veiligheidszaken. Het hangt af van de situatie (o.a. het besturingsmodel, de samenstelling van het stafbestuur, de betrokkenheid onder medici) hoe noodzakelijk een geneeskundige bestuurder daadwerkelijk is. Hierbij spelen ook de persoonlijke opvattingen mee van collega-bestuurders over het belang van een geneeskundige in de Raad van Bestuur. Als voorwaarde voor het succes van de geneeskundige bestuurder wordt een heldere positionering genoemd. Hij/zij mag geen onduidelijkheid laten bestaan over de positie ten opzichte van de medische staf.

Medisch stafbestuur

We spraken met vier voorzitters van de medische staven (waarvan één mede-bestuurder was) van verschillende ziekenhuizen met en zonder geneeskundige bestuurder.

De overwegingen die een rol spelen bij hoe zij de rol en functie van geneeskundige bestuurders beoordelen zijn voor een deel, net als bij de bestuurders, kennis inhoudelijk, cultureel en structureel van aard, andere overwegingen zijn meer principieel van aard.

- *kennis inhoudelijk* zijn bijvoorbeeld de overwegingen die betrekking hebben op de idee dat een geneeskundige bestuurder meer oog heeft voor zorginhoudelijke zaken en het medische perspectief in zal brengen in de Raad van Bestuur. Een stafvoorzitter: *"Hij/zij kan de andere, medische, kant van de zaak inbrengen".* Een ander voorbeeld is het argument dat een geneeskundige bestuurder een meer volwaardige gesprekspartner is: "*Een bestuurder met geneeskundige achtergrond kan beoordelen wanneer iets inhoudelijk gezien flauwekul is en wanneer dat niet zo is".* Er zijn echter ook andersoortige kennis inhoudelijke argumenten. Zo gaven de medici ook aan het belangrijker te vinden dat binnen de Raad van Bestuur voldoende kennis is van financiën, logistiek en communicatie, dan van medische zaken. De medici die wij spraken waren mede om die reden ook zeer kritisch over een interne overstap van een arts naar de Raad van Bestuur. Degene die dat doet moet zich op z'n minst goed laten opleiden en wel heel duidelijk over de benodigde bestuurlijke kwaliteiten beschikken in termen van strategisch inzicht, diplomatie en dergelijke, zo gaven zij aan.
- Een belangrijk *cultureel* argument is dat een geneeskundige bestuurder van nature meer oog heeft voor de belangen van de medici.
- De mening van stafvoorzitters over het belang van een geneeskundige bestuurder is voor een deel ook *principieel* van aard: de organisatie is faciliterend en dus hoeven bestuurders niet (te) veel van de zorg te weten. De geneeskundige bestuurder wordt wel verondersteld de zorginhoudelijke portefeuille te hebben, maar het is niet de bedoeling dat hij/zij zich gaat bemoeien met de echt medische problemen of problemen van medici onderling. Die lossen zij zelf wel op.
- Tot slot spelen *structuren* een rol. Wanneer bijvoorbeeld via de medisch en clustermanagers de belangen van de maatschappen voldoende doorklinken in het beleid en wanneer de medische staf voldoende oog heeft voor het algemene ziekenhuisbelang, dan zou een geneeskundige bestuurder niet nodig hoeven zijn.

Bovenstaande maakt duidelijk dat stafvoorzitters niet per se voorstanders zijn van bestuurders met een geneeskundige achtergrond. Zij signaleerden ook de nodige nadelen aan de rol van geneeskundige bestuurder. Zo moeten zij er voor waken niet te dicht bij de verantwoordelijkheden van de medische staf te komen. Een stafvoorzitter: *"Belangrijk is wel dat diegene zich vervolgens niet als medicus op moet stellen, maar als bestuurder. Anders gaat het niet goed."* En er mag niet de indruk bestaan dat de bestuurder met de geneeskundige achtergrond er alleen is voor de medische belangen. Hij/zij zal dan al snel 'tegenvallen'. Een stafvoorzitter: *"Je bent al gauw of het hulpje van de medische staf of het hulpje van de ervaren bestuurder"*.

In één geval was er sprake van een dubbelrol, de voorzitter medische staf was ook lid van de Raad van Bestuur. Dit bleek na een periode van bestuurlijke crisis goed te werken om opnieuw vertrouwen en draagvlak te creëren voor het bestuur. Over die dubbelrol: "*Het is wel hectisch zoveel rollen. (…) Uiteraard moet je er wel tactisch mee omgaan. Als ik de medische staf voorzit,dan houd ik er heus rekening mee waar ik als bestuurder uit wil komen".*

Uit de gesprekken met de stafvoorzitters concluderen wij dat zij de rol en functie van de geneeskundige bestuurder anders interpreteren dan de bestuurders. Terwijl de waarde van de geneeskundige bestuurder voor bestuurders vooral ligt in de integratie van het medische staf in het ziekenhuis, ligt die voor de medici vooral in de waarborging van de rol en positie van medisch specialisten in het organisatiemodel. De medici zien in het bestuur graag bestuurders met verstand van bedrijfsmatige aspecten, die communicatief en diplomatiek vaardig zijn èn die voldoende oog hebben voor de zorginhoud en typisch medische belangen. Vooral voor de laatste twee aspecten kan een geneeskundige bestuurder belangrijk zijn, mits hij/zij tegelijkertijd voldoende afstand houdt en niet te veel op het terrein van de medische staf komt. In alle gevallen wordt door de stafvoorzitters een sterk verband gelegd tussen de positie van de medicus en de verantwoordelijkheid voor zorginhoud en kwaliteit. Hoewel zij tegelijkertijd van mening zijn dat feitelijk de medische staf zelf verantwoordelijk is voor deze zaken.

Raad van Toezicht

Er is gesproken met drie voorzitters van Raden van Toezicht. Zij relateren de vraag naar de noodzaak, rol en functie van iemand met een geneeskundige achtergrond in de Raad van Bestuur direct aan het proces van selecteren en benoemen van bestuurders. Het selecteren en benoemen van bestuurders is een van de belangrijkste taken van de Raad van Toezicht. Op het moment dat er een profiel wordt opgesteld voor een nieuwe bestuurder komt de vraag naar de medische achtergrond concreet aan de orde. Dit kleurt ook de soort overwegingen.

- De overwegingen zijn deels *situationeel* van aard: afhankelijk van de situatie waarin het ziekenhuis zich op dat moment bevindt. Is de relatie medische staf en Raad van Bestuur stabiel? Hoe staat het met de financiën? Wat komt er allemaal op het ziekenhuis af?
- Andere overwegingen zijn meer *cultureel* of *traditioneel* bepaald: afhankelijk van gewoontes en tradities. Welke portefeuille is vacant? Waren zorginhoudelijke zaken tot op heden altijd in handen van een medicus? Was de medicus altijd de voorzitter?
- *Relationeel* van aard is de overweging dat de medische staf zich voldoende vertegenwoordigd moet weten. De toezichthouders die wij spraken toonden zich zeer beducht voor een ontevreden medische staf en dit kleurt ook hun ideeën over de noodzaak van een bestuurder met een geneeskundige achtergrond. De verwachting is dat een geneeskundige bestuurder een betere en meer acceptabele gesprekspartner is voor de medische staf. Een toezichthouder: *“Zonder medische achtergrond begin je al met een achterstand. Je hebt dan iets te overbruggen, te compenseren wat moeilijk te compenseren is”.* Daarbij wordt verondersteld dat de medische staf een voorkeur heeft voor een medicus.

Tegelijkertijd erkennen de toezichthouders dat een medicus in de Raad van Bestuur geen garantie voor succes is. Een stabiele en toekomstbestendige organisatie hangt van zo veel meer zaken af. Genoemd werden onder andere een sterk stafbestuur, participatie van medici in de lijn, dat financiën op orde zijn, onderlinge relaties, een goede communicatie. Twee van de drie toezichthouders die wij spraken vonden het om deze reden ook niet per se noodzakelijk dat er een geneeskundige bestuurder aanwezig is in de Raad van Bestuur. Eén toezichthouder vond een geneeskundige bestuurder wel een voorwaarde maar stelde er wel strikte eisen aan: *“Gewoon een medicus uit het stafbestuur volstaat volstrekt niet. Aantoonbare bestuurlijke kwaliteiten wil je zien en opleiding in die richting*”. Een interne kandidaat is om deze redenen

ook niet aan te bevelen volgens hem. Deze meer principiële opstelling paste ook bij het eigen referentiekader van de toezichthouder. "*Een ingenieursbureau of accountantskantoor dat laat je toch ook niet runnen door een jurist?"*, was zijn stelling. Vanuit dezelfde idee vond deze toezichthouder dat er ook in de Raad van Toezicht absoluut een medicus moet zitten.

Wij concluderen dat de belangrijkste rol die toezichthouders zien voor bestuurders met een geneeskundige achtergrond die is van risicobeheerser. Toezichthouders zijn zeer beducht voor een ontevreden medische staf. De medische staf moet het gevoel hebben gehoord te worden door de Raad van Bestuur en inspraak te hebben in het ziekenhuisbeleid. De idee is daarbij dat medici graag een medicus in de Raad van Bestuur zien en dat een bestuurder met een geneeskundige achtergrond een preventieve werking kan hebben in geval van belangentegenstellingen en conflicten.

Executive searcher

De 'executive searchers' die wij spraken in dit onderzoek beoordeelden de rol en functie van de geneeskundige bestuurder vooral vanuit *kennis inhoudelijke overwegingen* en *situationeel bepaalde overwegingen*.

- Zij beoordelen bestuurders met en zonder geneeskundige achtergrond in principe op dezelfde zaken: hun bestuurlijke, relationele en communicatieve vaardigheden. Ook wanneer zij een bestuurder met een geneeskundige achtergrond zoeken, zoeken zij een medicus met een bestuurlijk profiel. Dat is meteen de moeilijkheid. Er zijn weinig medici die óók opgeleid zijn als bestuurder en óók bestuurlijke ervaring hebben. Daarmee brengt de aanstelling van een arts voor wie de nieuwe functie de eerste bestuurlijke functie is de nodige risico's met zich mee, zeker indien hij/zij de overstap maakt binnen de eigen organisatie. Het gevaar is groot dat de nieuwe bestuurder in de ogen van de oud-collega's tegenvalt en het vertrouwen verliest. Door het gebrek aan bestuurlijke ervaring en opleiding zijn 'executive searchers' in feite vaak op zoek naar de natuurtalenten onder de medici. Degene die van nature goede communicatoren zijn en bereid zijn te reflecteren op de eigen rol. Zij zoeken bruggenbouwers, want in de praktijk wordt van de geneeskundige bestuurder vaak verwacht dat zij de gebrekkige organisatie van de relatie met de medische staf compenseren. Voor de toekomst verwachten zij echter meer keuze te hebben: *"Het zijn vaak juist de jonge stafleden die de kat de bel aanbinden en inzien dat het in organisatorische zin anders moet"*. Ook zijn er tegenwoordig meer mogelijkheden voor medici om managementervaring op te doen.
- Hoe 'executive searchers' tegen de rol en functie van geneeskundige bestuurders aankijken wordt ook *situationeel* bepaald. In de ene situatie kunnen ze de interne overstap van een medicus naar de Raad van Bestuur wel ondersteunen, bijvoorbeeld wanneer er bij een test ruim draagvlak voor blijkt te bestaan onder medici en managers, terwijl zij dit in principe een gevaarlijke keuze vinden.

Selectieprocessen zelf zijn ook sterk situationeel bepaald en kennen zo hun eigen dynamiek. Op basis van de literatuur en empirie mag verwacht worden dat bij het proces van selectie en benoeming veel aandacht uitgaat naar de 'relationele kwaliteiten' van de kandidaat in kwestie en naar de ervaring die kandidaten hebben met het 'leiding geven aan professionals'. De

persoon moet immers verbindend kunnen optreden richting de medici, hij/zij moet hen het gevoel kunnen geven begrepen en gehoord te worden. Dit geldt in het bijzonder indien de zorginhoudelijke portefeuille vacant is. Uit de gesprekken met de 'executive searchers' en ook de interviews met de andere respondenten blijkt dat het er echter in de praktijk bij de selectie van een bestuurder voor de zorginhoudelijke portefeuille al gauw om gaat of de persoon in kwestie 'acceptabel is voor de medische staf' en (dus) een 'medische achtergrond' heeft. Een 'executive searcher': *"Het liefste willen ze toch een medicus, zelfs als ze zeggen van niet".* Wij vonden hier verschillende verklaringen voor die met name *cultureel/traditioneel* en *relationeel* van aard zijn.
In de eerste plaats speelt een rol dat wanneer er een geneeskundige bestuurder weg gaat als vanzelf gedacht wordt in termen van *een nieuwe geneeskundige bestuurder*. Dat is vooral een kwestie van gewoonte en traditie. Vaak wil men een Raad van Bestuur bestaande uit twee personen met twee aandachtsgebieden, medisch en bedrijfskundig, en dan ligt het voor de hand voor het medische aandachtsgebied een medicus te zoeken.
In de tweede plaats speelt een belangrijke rol dat toezichthouders het belangrijk vinden *rekening te houden met de medische staf*. De kandidaat moet voor hen acceptabel zijn. Veel Raden van Toezicht denken daarbij dat een Raad van Bestuur zonder een medicus niet acceptabel is voor de medische staf. Ook de medische staf zelf geeft maar zelden aan dat het ook een niet-medicus mag zijn, aldus de 'executive searchers'. De stafbestuurders zelf gaven overigens aan vooral invloed in het proces van selectie te willen, dat dit in de praktijk te weinig gebeurt en dat zij zich soms dus bij het selectieproces al niet gehoord voelen. Een stafvoorzitter: *"Puntje bij paaltje werden we uitgenodigd met één kandidaat te spreken, een half uur. Verder zijn we niet betrokken in het proces. Tja, je hebt nul invloed dus*". Ze vinden het echter niet altijd noodzakelijk dat een bestuurder met geneeskundige achtergrond deel uitmaakt van de Raad van Bestuur.
Ten derde is van belang dat een medicus *anders beoordeeld wordt*, zowel door de medische staf als door de Raad van Toezicht. Een 'executive searcher': *"Profielen zijn rationeel, keuzes niet. Daarbij spelen ook onbewuste overtuigingen een rol".* Medici hebben verstand van medische zaken en gaan daar dus het gesprek over aan met de kandidaat. Een 'executive searcher': "*Ze willen in dat gesprek graag medische autoriteit zien en beoordelen hem daarop, terwijl dat er in de besturingspraktijk niet meer toe doet. Als hij daarop gaat spelen wordt hij juist niet geaccepteerd*". Bovendien spreekt de medicus inderdaad vaak meer de 'taal' van de medici, wat in zijn voordeel werkt bij de beoordeling door de medische staf. Toezichthouders zien de medische achtergrond vaak bij voorbaat als een groot voordeel en kiezen om die reden bij vergelijkbare geschiktheid al gauw voor de medicus, zo geven de 'executive searchers' aan. Raden van Toezicht maken een risico inschatting. Een 'executive searcher': *"De redenering is 'anders gaat de medische staf toch niet akkoord' en dat risico willen zij graag vermijden"*.
Ten vierde spelen bestaande verhoudingen tussen Raad van Bestuur, medische staf en Raad van Toezicht een rol. Wanneer de besturingsdriehoek in evenwicht is: de relaties goed zijn, ze ieder goed georganiseerd zijn en er voldoende ervaring, kennis en kunde aanwezig is, dan kunnen zij elkaar een goed tegenspel geven en zal dat de kwaliteit van de besluitvorming bij selectieprocessen ten goede komen. In de praktijk is er echter vaak sprake van één leidende partij. Soms heeft de zittende bestuurder een sterke mening over het profiel van de nieuwe collega. Hij/zij moet met de nieuwe collega kunnen werken, dus heeft die mening vanzelf

invloed. Binnen de Raad van Toezicht kan ook sprake zijn van onevenwichtige verhoudingen. Niet zelden heeft de voorzitter meer invloed dan de andere leden en een eigen voorkeur voor een bepaalde kandidaat. Of de Raad van Toezicht laat zich juist leiden door wat (zij denkt dat) de voorkeur heeft van de medische staf.

5.3 Conclusies

De verwachtingen van de geneeskundige bestuurder blijken veelsoortig en afhankelijk van het perspectief van waaruit naar de functie gekeken wordt. Wij spraken daarom met bestuurders met en zonder geneeskundige achtergrond, met toezichthouders en stafvoorzitters van organisaties met en zonder geneeskundige bestuurder en met enkele 'executive searchers'. De volgende thema's kwamen aan de orde.

De rol van de geneeskundige bestuurder getypeerd
Uit de empirie blijkt er sprake te zijn van een vanzelfsprekende rolverdeling: een bedrijfskundige bestuurder voor de beheersmatige zaken, een geneeskundige bestuurder voor de zorginhoudelijke portefeuille. De (potentiële) rol van de geneeskundige bestuurder kan - afhankelijk van het gekozen perspectief - als volgt worden getypeerd.
Bestuurders typeerden de rol van de geneeskundige bestuurder vooral als *verbinder*: Hij is degene die voor stabiliteit kan zorgen in de relatie met de medische staf en die gemakkelijker draagvlak weet te verwerven voor beleid als het gaat om zorginhoudelijke zaken.
Stafvoorzitters typeerden de rol van de geneeskundige bestuurder als *vertegenwoordiger* van de inhoud van zorg. Zij verwachten dat de geneeskundige bestuurder minder eenzijdig de nadruk op beheersing zal leggen en meer aandacht zal hebben voor het medische perspectief. Hij/zij wordt verondersteld meer oog te hebben voor de zorginhoud en de belangen van de medici. Daarnaast geven zij - net als de bestuurders - aan dat het belangrijk is dat er iemand in de Raad van Bestuur is die de medische terminologie verstaat.
Toezichthouders typeerden de rol van de geneeskundige bestuurder vooral als *risicobeheerser*. Zij hopen dat er met een geneeskundige bestuurder in de Raad van Bestuur minder snel problemen ontstaan tussen Raad van Bestuur en medische staf. Ook speelt de verwachting dat de medische staf graag een geneeskundige bestuurder in de Raad van Bestuur ziet.
'Executive searchers', tot slot, typeerden de rol van de geneeskundige bestuurder vooral als *bruggenbouwer*. Iemand die in staat is om te gaan met de vaak imperfecte structuren en complexe relaties.

Verwachtingen van de geneeskundige bestuurder
Medisch inhoudelijke betrokkenheid op Raad van Bestuur niveau wordt door alle onderzochte partijen breed onderschreven, maar een geneeskundige bestuurder wordt daarvoor niet strikt noodzakelijk gevonden. Verschillende soorten redenen liggen hieraan ten grondslag:

- culturele overwegingen, die te maken hebben met bestaande tradities, opvattingen en verhoudingen;
- relationele overwegingen, die betrekking hebben op de ingewikkelde relatie tussen medische staf en Raad van Bestuur;

- kennis inhoudelijke overwegingen, die gevormd worden door opvattingen over de kennis en vaardigheden die nodig zijn in de Raad van Bestuur van ziekenhuizen;
- principiële overwegingen die vooral gebaseerd zijn op ideaalbeelden;
- structuur gerelateerde overwegingen die te maken hebben met de vormgeving en werking van het besturingsmodel;
- situationele overwegingen gebaseerd op lokale omstandigheden.

Opvallend is dat de meningen van de respondenten voornamelijk gebaseerd zijn op verwachtingen, veronderstellingen en overtuigingen. Duidelijk is dat het in de praktijk nogal eens anders uitpakt. Dan blijkt het zonder geneeskundige bestuurder prima te gaan of is het juist de geneeskundige bestuurder die problemen krijgt met de medische staf. Een valkuil voor de geneeskundige bestuurder kan zijn dat er rolverwarring ontstaat over de vraag of hij nu in de eerste plaats bestuurder of arts is. De geneeskundige bestuurder die voor het eerst de overstap maakt naar de Raad van Bestuur, en zeker indien dit in dezelfde organisatie gebeurt, is extra kwetsbaar op dit punt.

Selectie van (geneeskundige) bestuurders

Bestuurders met een geneeskundige achtergrond blijken bij selectieprocessen grote kans te maken opgevolgd te worden door een bestuurder met een geneeskundige achtergrond. Zeker voor de invulling van de zorginhoudelijke portefeuille maakt een bestuurder met een geneeskundige achtergrond meer kans. Daarbij wordt verondersteld dat de geneeskundige bestuurder vooral de relatie met de medische staf onderhoudt. Naar aanleiding hiervan veronderstelden wij dat bij de selectie van de bestuurder met de zorginhoudelijke portefeuille veel aandacht uit zou gaan naar de relationele en communicatieve vaardigheden van de kandidaten en naar hun ervaring met het leidinggeven aan professionals. In de praktijk blijkt echter vooral het feit of iemand acceptabel is voor de medische staf van groot belang. Bovendien lijkt vooral bij de medici en de toezichthouders een ‘verborgen’ voorkeur voor een medicus aanwezig te zijn: terwijl zij aangeven niet per se een voorstander te zijn van een medicus in de Raad van Bestuur, spreken zij zich hier in de praktijk toch vaak voor uit. Naast allerlei rationele overwegingen (die te maken hebben met de cultuur, relaties, kennis, principes, structuren en allerlei andere situationeel bepaalde zaken) spelen bij selectie- en benoemingsprocedures ook allerlei onbewuste en onuitgesproken overtuigingen een rol. Bovendien worden selectie- en benoemingsprocessen nogal eens gedomineerd door de mening van één dominante partij of persoon.

De diverse argumenten en mechanismen dragen ertoe bij dat een bestuurder met een geneeskundige achtergrond als een logische keuze wordt ervaren voor de zorginhoudelijke portefeuille. Wel wordt er tegenwoordig meer bestuurlijke ervaring en kennis gevraagd van de geneeskundige bestuurder. De overstap naar een bestuurlijke functie wordt daarmee moeilijker voor een arts. Met de invoering van een duale managementstructuur waarbij artsen mede leidinggeven aan afdelingen zijn er echter wel meer mogelijkheden gekomen voor medici om al vroeg in hun carrière kennis te maken met de ziekenhuisorganisatie en dit kan bestuurlijke talenten in beeld brengen. Daarnaast willen jonge artsen tegenwoordig ook graag de mogelijkheid hebben om in deeltijd te werken, dit kan hun relatie met het werk en de

ziekenhuisorganisatie beïnvloeden. Mogelijk zullen zij hierdoor anders tegen de organisatie van hun werk aankijken en neemt de bereidheid tot afstemming en coördinatie onder jonge artsen hierdoor toe.

6 Conclusies en discussie: de geneeskundige bestuurder gewaardeerd

In dit onderzoek is de ***waarde van de geneeskundige achtergrond van bestuurders voor het ziekenhuisbestuur*** onderzocht vanuit zijn historische context, actuele ontwikkelingen in beleid en bestuur en op basis van empirisch onderzoek. In het empirische onderzoek besteedden wij aandacht aan de verschillen tussen bestuurders met en zonder geneeskundige achtergrond en aan de (verschillende verwachtingen over de) rol en functie van de geneeskundige bestuurder in de praktijk. We hebben daarbij bestuurders, stafvoorzitters, toezichthouders en 'executive searchers' aan het woord gelaten. In dit hoofdstuk volgen de conclusies die wij op basis hiervan trekken.

Veranderende verhoudingen tussen bestuurlijke en professionele domeinen
De ontwikkelingen in de medische beroepsgroep en het beleid en bestuur van ziekenhuizen hebben ertoe bijgedragen dat de complexiteit van het ziekenhuisbestuur is toegenomen. Het aantal verantwoordingsrelaties is door de jaren heen sterk uitgebreid en bestuurders acteren toenemend op het grensvlak van de binnen- en buitenwereld van de organisatie. Aan de ene kant heeft het externe krachtenveld aan belang gewonnen, aan de andere kant is het interne krachtenveld, het samenspel tussen management/bestuur en medici, onverminderd cruciaal gebleven. De aandacht van de (geneeskundige) bestuurder is hierbij in de loop der tijd verlegd van de coördinatie van medische behandeling en verzorging van patiënten (de werelden van cure en care) naar de controle over de inzet van mensen en middelen (de wereld van control) en de verantwoording hierover aan een groeiend aantal betrokkenen (de wereld van community). Bestuurders zijn hierdoor onder meer op een grotere afstand komen te staan van het zorgverleningsproces en de professionals op de werkvloer. Zij zijn verantwoordelijk voor zowel de gehele ziekenhuisorganisatie, inclusief de zorgverlening, als voor brede maatschappelijke doelstellingen als toegankelijkheid, betaalbaarheid en kwaliteit van de zorg die door de groeiende vraag naar zorg verder onder druk zijn komen te staan. Deze verantwoordelijkheden zijn echter deels ook van toepassing op medici. Er is sprake van *ge*deelde verantwoordelijkheden. Verantwoordelijkheden worden echter ook *ver*deeld, tussen bestuurders met het zorginhoudelijke aandachtsgebied en bestuurders met het beheersmatige aandachtsgebied. In de praktijk betekent dit vaak een verdeling tussen bestuurders met en zonder geneeskundige achtergrond.

De complexe relatie tussen Raad van Bestuur en medische staf
Naast een toename van gedeelde verantwoordelijkheden tussen management en medici, hebben allerlei ontwikkelingen in het gezondheidszorgsysteem er ook toe geleid dat de relatie tussen professionals en bestuurders meer en meer is geformaliseerd en verzakelijkt. Dit heeft de relatie er niet eenvoudiger op gemaakt en volgens sommigen het onderlinge vertrouwen sterk geschaad, terwijl een goede relatie voor beide partijen cruciaal is. Voor bestuurders is het van belang dat er onder medici draagvlak is voor het ziekenhuisbeleid, voor medici is het belangrijk dat zij zich vertegenwoordigd weten op het ziekenhuisniveau. Ook raden van toezicht benadrukken het belang van de relatie, zij ervaren een slechte relatie tussen managers en medici als een risico voor een stabiele en toekomstbestendige organisatie. De stabiliteit van de relatie hangt onder meer samen met het besturingsmodel. Het besturingsmodel weerspiegelt

hoe die relatie is gestructureerd. Er wordt daardoor door bestuurders veel aandacht besteed aan het verfijnen van de organisatiestructuren. Ook wordt geprobeerd medici al vroeg in het management te betrekken. Bestuurders voelen zich daarbij gesteund door de tijd: onder jonge medici blijkt er meer aandacht voor en meer bereidheid om zich te laten bijscholen op dit vlak.

Sturen op afstemming en betrokkenheid

Standaardisering (van kennis, vaardigheden, output), gedeelde normen en waarden en relatiemanagement zijn andere manieren, naast *passende structuren*, om de onderlinge betrokkenheid van partijen te vergoten en de afstemming van activiteiten te verbeteren. *Standaardisering* speelt een rol bij het vergroten van de kennis van medici over de ziekenhuisorganisatie. Het project van modernisering van de medisch specialistische vervolgopleidingen is een ander voorbeeld van standaardisering van kennis en vaardigheden die op termijn de relatie tussen management en medici ten goede kan komen. *Gedeelde normen en waarden* vormen een belangrijke basis voor onderling vertrouwen. Geneeskundige bestuurders kunnen een bijdrage leveren aan het gemeenschapsgevoel doordat zij zowel de 'taal' van het bestuur spreken als de 'taal' van de medici. Zij kunnen een voorbeeldfiguur zijn voor medici. Zij worden vanwege hun geneeskundige achtergrond niet alleen verondersteld de medici beter te begrijpen maar ook meer rekening te houden met hun belangen en meer oog te hebben voor zorginhoudelijke zaken. Het is echter belangrijk dat er ook andere voorhoedepersonen zijn met voldoende gezag om gedeelde belangen uit te dragen. *Relatiemanagement* is een van de belangrijkste opgaven voor de geneeskundige bestuurder. De verwachting is veelal dat het samenspel tussen bestuur en medici gemakkelijker en effectiever verloopt met een geneeskundige bestuurder als eerste aanspreekpunt voor de medici.

De bijzondere rol van de geneeskundige achtergrond van bestuurders

Voor de leden van de Geneeskundige Vereniging voor bestuurders van zorginstellingen doet de geneeskundige achtergrond er eigenlijk niet zo veel meer toe, zo blijkt uit de toelatingscriteria van de vereniging waarin de geneeskundige of professionele achtergrond is verbreed tot alle bestuurders met de portefeuille patiëntenzorg. Dat bleek ook uit de discussie tijdens het jaarcongres op 2 november 2007 waarin dit thema centraal stond. In de praktijk van alledag gaat het om heel andere zaken die weinig van doen hebben met hun oorspronkelijke opleiding, zo was de algemene overtuiging.

In algemene zin kunnen we stellen dat het van belang is dat er in het bestuur van het ziekenhuis kennis van zaken bestaat over het primaire proces. Om te oordelen en te beoordelen moet men weten wat er gaande is. Dit onderzoek toont verder meer specifiek aan dat op vier niveaus de geneeskundige achtergrond er toe doet.

Ten eerste doet het er toe voor hun *carrièrepad*. Bestuurders met een geneeskundige achtergrond hebben een grotere kans dat hun carrière zich volledig in de zorg zal afspelen. Ondanks de vele aanvullende opleidingen die grotendeels vergelijkbaar zijn met de opleidingen die bestuurders zonder geneeskundige achtergrond volgen, is het niet waarschijnlijk dat zij de stap naar een andere sector maken.

Ten tweede doet het er toe bij de *portefeuilleverdeling*. Bestuurders met een geneeskundige achtergrond hebben vaker de verantwoordelijkheid voor de zorginhoudelijke zaken, net zoals

bedrijfskundig opgeleide bestuurders vaker de verantwoordelijkheid hebben voor beheersmatige zaken.
Ten derde doet het er toe bij de *selectie* van bestuurders. Bestuurders met een geneeskundige achtergrond maken bij gelijke geschiktheid een grotere kans geselecteerd te worden voor een bestuurlijke functie in het ziekenhuis dan bestuurders zonder geneeskundige achtergrond, zeker indien de zorginhoudelijke portefeuille vacant is en indien de vertrekkende bestuurder ook een geneeskundige achtergrond had. Soms gebeurt dit heel bewust, maar vaak ook onbewust, zo blijkt.
Ten vierde doet het er toe voor hoe zij hun *eigen rol en functie interpreteren*. Bestuurders met een geneeskundige achtergrond benadrukken vooral de verantwoordelijkheid van bestuurders voor de kwaliteit van zorg. Minder dan bestuurders zonder geneeskundige achtergrond benadrukken zij de bedrijfseconomische belangen. Zij voelen zich sterker verbonden met het zorgverleningsproces dan bestuurders zonder geneeskundige achtergrond en besteden onder andere meer tijd aan zorginhoudelijke zaken en cliënten. Zij besteden minder tijd aan beheersmatige zaken en aan bijvoorbeeld het publieke debat.
Ten vijfde doet het er toe voor *hoe anderen tegen hen aankijken*. Bestuurders met een geneeskundige achtergrond worden getypeerd als de logische verbindende schakel tussen bestuurlijke en medisch inhoudelijke kwesties en belangen. Hier kunnen overigens wel heel verschillende overwegingen een rol bij spelen.

Voordelen, nadelen en noodzakelijkheid van een geneeskundige achtergrond
Bestuurders, toezichthouders en stafvoorzitters zien verschillende voordelen aan de geneeskundige achtergrond van een bestuurder. Bestuurders zien vooral als voordeel dat de geneeskundige bestuurder mogelijk gemakkelijker onder medici draagvlak weet te verwerven voor beleid. Zij zien graag een *verbinder.* Stafvoorzitters zien daarentegen vooral als voordeel dat de geneeskundige bestuurder mogelijk meer aandacht heeft voor het medische perspectief. Zij zien graag een *vertegenwoordiger* van de eigen medische belangen. Toezichthouders zien vooral als voordeel dat een geneeskundige bestuurder problemen tussen Raad van Bestuur en medische staf mogelijk gemakkelijker kan voorkomen of bezweren. Zij hebben graag een *risicobeheerser*. ‘Executive searchers’ zien zelf niet zo veel voordelen. Wel blijkt het een belangrijk voordeel voor de kandidaat te kunnen zijn bij de selectie. Zelf zien ‘executive searchers’ het eerder als een extra, een bijkomend voordeel bij de noodzaak om in ziekenhuizen *bruggen te bouwen* tussen medici en management als gevolg van de vaak imperfecte structuren en complexe relaties.

Het belangrijkste nadeel van de rol van geneeskundige bestuurders is dat er rolverwarring kan ontstaan over of zij nu in de eerste plaats bestuurder of arts zijn. Daarnaast maakt dit onderzoek duidelijk dat de verwachtingen sterk verdeeld kunnen zijn over de rol van de geneeskundige bestuurder. Allerlei rollen en vaardigheden worden hen toegeschreven, die helemaal niet hoeven te stroken met de rolopvatting en competenties van de personen in kwestie. De artsen die voor het eerst de overstap maken naar de Raad van Bestuur, en zeker indien dit in dezelfde organisatie gebeurt, is extra kwetsbaar op dit punt.

Ondanks de voordelen die de verschillende partijen zien wordt een geneeskundige bestuurder zelden strikt noodzakelijk gevonden. Er spelen immers nog zo veel meer zaken een rol bij de besturing van ziekenhuizen en de relatie tussen medische staf en Raad van Bestuur hangt van zoveel meer zaken af: *gewoontes en tradities* spelen een rol, bestaande *relaties* tussen partijen/personen, aanwezige *kennis* en opvattingen over de benodigde kennis, *principiële standpunten*, de wijze waarop de *organisatiestructuur* is vorm gegeven (het besturingsmodel) en allerlei andere *lokale omstandigheden*. Ook in processen van benoemen en selecteren spelen al deze zaken een rol.

Toekomstperspectief op de rol en waarde van de geneeskundige bestuurder

De besturingsopgave van ziekenhuizen betitelden we in dit onderzoek als een meervoudige opgave in een context van verschillende publieke, private en professionele belangen (zie ook Van der Grinten en Meurs, 2005; Brandsen, Van de Donk en Kenis, 2006). In discussies over het realiseren van deze besturingsopgave ligt veel nadruk op het verfijnen van het huidige besturingsmodel dat is gebaseerd op een situatie van nevenschikking tussen Raad van Bestuur en medische staf. Diverse ontwikkelingen sturen echter aan op andere structuren en verhoudingen. Met name de veranderende relatie tussen het ziekenhuis en de marktomgeving sturen in de richting van meer variëteit in organisatie en bestuur. Met de nieuwe Zorgverzekeringswet is dit ook mogelijk geworden. Denk aan de introductie van ZBC's, de toename van het aantal private initiatieven, al dan niet verbonden aan het ziekenhuis, en de veelsoortige samenwerkingsvormen in regio's in de vorm van ketens en netwerken. Voor de toekomst onderscheiden wij globaal drie varianten voor de organisatie van de bestuurlijke verhoudingen tussen bestuurders en medici:

- organisaties waarin medici zich verenigen als aandeelhouders die vervolgens een coördinator aanstellen om de medisch inhoudelijke en bestuurlijke zaken af te stemmen. De medici zijn hierbij bovengeschikt;
- organisaties waarin medici in loondienst zijn en het besturen overlaten aan professionele bestuurders (die kapitein op het schip zijn). Medici zijn hierbij ondergeschikt;
- organisaties die uitgaan van nevenschikking. Hier is sprake van een onderhandelingsmodel, met sterke countervailing powers.

Het huidige GMSB is een vorm van de laatste variant. In dit model is het vooral de ingewikkelde relatie tussen management en medici die bepalend is voor de rol en functie van de geneeskundige bestuurder, zo maakt dit onderzoek duidelijk. In de andere varianten zal de rol van de geneeskundige bestuurder waarschijnlijk een heel andere zijn. Hoe dit uitpakt zal de toekomst moeten uitwijzen.

We concluderen dat in een situatie van marktwerking het belang van de marktpositie van het ziekenhuis en het marktgedrag van klanten (patiënten) zal toenemen. Patiënten beoordelen een ziekenhuis en de zorgverlening die er geleverd wordt niet alleen op basis van het medisch technisch handelen van specialisten. Voor hen is kwaliteit van zorg een veel breder begrip, dat niet alleen betrekking heeft op zorginhoudelijke en technologische ontwikkelingen, maar vooral ook op de wijze waarop patiëntgerichtheid wordt ingevuld. De verbindingen tussen de medisch

specialisten, verpleegkundigen, verzorgenden en andere zorg- en dienstverleners worden daarmee veel belangrijker. In de huidige situatie valt op dat de rol en functie van de geneeskundige bestuurder sterk gekleurd wordt door het enorme belang van een goede relatie tussen management en medici. In een context van toenemende marktwerking is een ander perspectief nodig op deze relatie en dus op de rol en functie van de geneeskundige bestuurder / de bestuurder met de zorginhoudelijke portefeuille. Er is een perspectief nodig dat is gebaseerd op een meer integrale benadering van de zorgverlening, met meer aandacht voor zorgprocessen, de beleving van individuele cliënten en de afstemming tussen de verschillende zorg- en dienstverleners onderling. De relatie tussen medische staf en Raad van Bestuur kan dus niet langer geïsoleerd beschouwd worden. Wij pleiten voor verbreding van de bestuurlijke aandacht van de relatie tussen bestuur en professionals naar de (beleving van de) cliënt, waarmee ook de rol van bestuurders met een geneeskundige of zorginhoudelijke achtergrond in die richting verschuift.

Literatuur

Abbott, A. (1988) *The systems of professians: an essay on the division of expert labor.* The University of Chicago Press, Chicago, London

Boersma, F., *De patiënt heeft altijd gelijk*, Europese Bibliotheek, Zaltbommel, 2000

Brandsen, T., Donk, W.B.H.J. van de en P. Kenis (2006) *Meervoudig Bestuur: Publieke Dienstverlening door Hybride Organisaties*. Lemma, Utrecht

Brink, G. van der, Jansen, T. en D. Pessers (2005) *Beroepszeer: Waarom Nederland niet goed werkt.* Boom

Brint, S.G. (1994) *In an age of experts: the changing role of professionals in politics and public life.* Princeton University Press

Dijstelbloem H., Meurs P.L. en E.K. Schrijvers (red) (2004) *Maatschappelijke dienstverlening. Een onderzoek naar vijf sectoren.* Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid, Verkenning 6. Amsterdam University Press, Amsterdam

Freidson, E. (2001) The Assualt on Professionalism. Professionalism. In: *E. Freidson. The Third Logic,* pp. 179-196. Cambridge, Oxford

Goodwin, N. (2006) *Leadership in health care, an European perspective.* Routledge health management series, Routledge

Gray, A. en S. Harrison (eds) (2004) *Governing Medicine: theory and practice*. Open University Press

Grinten, T. van der, en P. Meurs (2005) Publieke verantwoording in de gezondheidszorg. In: *Publieke Verantwoording (Beleid & Maatschappij Jaarboek 2004/2005)*, onder redactie van Wieger Bakker en Kutsal Yesilkagit. Boom, Amsterdam

Harrison, S. en C. Pollitt (1994) Incorporating the professionals. Controlling health professionals. In: *S. Harrison and C. Pollitt. Buckingham and Philadelphia,* pp. 73-112. Open University Press

Hoek, H. (2007) Governance en gezondheidszorg: private, publieke en professionele invloeden op zorgaanbieders in Nederland. Van Gorcum, Assen

Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG) (2007) *Manifest: Medische professionaliteit*. KNMG, Utrecht

Koppenjan, J.F.M. en E.H. Klijn (2004) *Managing uncertainties in networks : a network approach to problem solving and decision making*. Routledge, London

Kruijthof, K. (2005) *Doctors'orders. Specialists' Day to Day Work and their jurisdictional Claims in Dutch Hospitals*. Nieuwegein

Lindblom, C. E. (1959). The Science of "Muddling Through": *Public Administration Review* nr. 19, pp. 79-88

Meurs, P.L., Schraven, T. en T.M.D. Ngo (2005) Druk met zichzelf. Functioneren raden van toezicht. In: *Zorgvisie* 2005, nr. 10 pp. 35-40

Mijn, W.B. van der (1989) *Beroepswetgeving in de gezondheidszorg.* Kluwer, Deventer

Glouberman, S. en H. Mintzberg, (2001a) *Managing the Care of Health and the Cure of Disease-Part I: Differentiation.* Aspen Publishers

Glouberman, S. en H. Mintzberg, (2001b) *Managing the Care of Health and the Cure of Disease-Part II: Integration.* Aspen Publishers

Nederlandse Vereniging Voor Ziekenhuisdirecteuren (NVZD) (2005) *Gedragscode voor de goede bestuurder.* NVZD, Utrecht

Putters, K. (2006) 'Het zoekende ziekenhuis'. In: T. Brandsen, Donk, W.B.H.J. van de en P. Kenis, *Meervoudig Bestuur: Publieke Dienstverlening door Hybride Organisaties*. Lemma, Utrecht

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ) (2003) *Marktwerking in de Medisch Specialistische zorg.* Den Haag

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ) (2007) *Vertrouwen in de arts.* Den Haag

Rhodes, W.A.W. (2007) Understanding Governance: Ten Years On. In: *Organization Studies* Jrg. 28, nr. 8, pp.1243-1264

Ru, H.J. de (2007) Wat moet de zorg met de maatschappelijke onderneming? In: *ZM Magazine,* 2007, nr. 6, pp 15-19

Schaaf, J.H. (2000) Zoektocht naar een effectieve organisatievorm. Van Gorcum, Assen

Scheer, W. van der, Meurs, P. en D. Ngo, *Bestuurders in Beweging: ontwikkelingen in het profiel van bestuurders van gezondheidszorgorganisaties,* Erasmus CMDz, Rotterdam, 2007b

Scholten, G.R.M. en T.E.D. Van der Grinten (2003) Medische staf op weg naar partnership? De deelname van medisch specialisten in de besturing van Nederlandse ziekenhuizen. In: *Acta Hospitalia,* Jrg. 43, nr. 2

Stoopendaal, A. (2004) Maatschappelijk besturen. Een profiel van vrouwelijke zorgdirecteuren. In: *ZM Magazine,* 2004, nr. 4 pp. 18-22

Tonkens, E. (2003) *Mondige burgers, getemde professionals. Marktwerking, vraagsturing en professionaliteit in de publieke sector*

Vademecum 2007-2008 NVZD, Utrecht

Vereniging van Universiteiten (VSNU) (2003) *Nederlandse artseneed*. VSNU, Utrecht

Weggeman, M. (2004) *Leiding geven aan professionals.* Kluwer, Deventer

Lijst van respondenten

P.L. Batenburg, voorzitter Raad van Bestuur Sint Franciscus Gasthuis, Rotterdam (van buiten)

P. van Barneveld, lid Raad van Bestuur en voorzitter medische staf Kennemer Gasthuis, Haarlem (van binnen)

W.J.G. Blaauw, voorzitter Raad van Bestuur, Zorggroep Noorderbreedte, Leeuwarden (van buiten)

C.J. Van der Linden, voorzitter medische staf Atrium Medisch Centrum, Heerlen (buiten)

H. Luik, voorzitter Raad van Bestuur Kennemer Gasthuis, Haarlem (binnen)

F. Muller, Holtrop Ravesloot, ‘executive searcher’

R. Rabbinge, voorzitter Raad van Toezicht van het Vlietlandenziekenhuis, Vlaardingen (geen)

H.J. Simons, voorzitter Raad van Bestuur van de Oosterscheldeziekenhuizen, Goes

M.M.J. Snoeck, voorzitter Raad van Toezicht Westfriesgasthuis, Hoorn

D. Swank, voorzitter medische staf Groene Hart Ziekenhuis, Gouda

J. Vercouteren, Movimento, ‘executive searcher’

G. Witte, voorzitter Raad van Toezicht Albert Schweitzer Ziekenhuis, Dordrecht

E. Zijlstra, voorzitter Raad van Bestuur van het Atrium Medisch Centrum, Heerlen

H.A. Zondervan, voorzitter medische staf Rijnstate Ziekenhuis, Alysis Zorggroep, Arnhem

Bijlage 1 Uitkomsten enquêteonderzoek

Leeswijzer

In de tabellen worden **uitkomsten** onderstreept als er sprake is van een significant verschil (α ≤ 0,05) tussen de uitkomsten van 2000 en 2005. Uitkomsten worden ***cursief*** weergegeven als er sprake is van een significant verschil tussen de sectorspecifieke uitkomst en het totaal gemiddelde binnen 2000 en 2005 (tabellen 1 t/m 10) of tussen de uitkomsten van bestuurders met en zonder geneeskundige achtergrond.

Tabel 1. Extern budget in miljoenen Euro's, per type instelling, 2000 - 2005 (%)

	ZKH[15]	GGZ	GHZ	V&V[16]	Combi[17]	Gem.
			2000			
< 15	***10%***	38%	**34%**	***41%***	***4%***	***30%***
15 – 50	**38%**	42%	53%	***51%***	**46%**	***45%***
50 – 100	***31%***	**19%**	10%	***6%***	***31%***	***16%***
100 – 125	***8%***	0%	0%	***0%***	6%	***3%***
125 – 150	***7%***	2%	2%	**1%**	**2%**	***3%***
> 150	**6%**	0%	2%	1%	***10%***	***3%***
			2005			
< 15	7%	***21%***	**14%**	**6%**	5%	***11%***
15 – 50	***13%***	34%	***51%***	***43%***	***5%***	***33%***
50 – 100	41%	**37%**	***23%***	**35%**	43%	***35%***
100 – 125	7%	3%	4%	**3%**	5%	5%
125 – 150	7%	***0%***	0%	**7%**	***14%***	***5%***
> 150	***24%***	5%	9%	***5%***	***29%***	***12%***

[15] Het betreft hier het budget exclusief de omzet van vrijgevestigde specialisten.
[16] Met V&V worden thuiszorgorganisaties, verpleeg- en verzorgingshuizen bedoeld.
[17] Met combi wordt een combinatie van instellingen bedoeld, anders dan V&V.

Tabel 2. Aantal personen (in fte) dat gemiddeld genomen werkzaam is in de organisatie, inclusief flexibele dienstverbanden, 2000 - 2005 (%)

	ZKH	GGZ	GHZ	V&V	Combi	Gem.
			2000			
< 500	*16%*	51%	**56%**	***61%***	*22%*	***46%***
500 – 750	**23%**	19%	16%	16%	11%	17%
750 – 1000	18%	11%	13%	12%	*24%*	*14%*
1000 – 1250	6%	*13%*	6%	**4%**	9%	***6%***
1250 – 1500	*11%*	6%	3%	***0%***	7%	***4%***
> 1500	*26%*	***0%***	6%	***7%***	***27%***	***12%***
			2005			
< 500	*15%*	*40%*	**39%**	**21%**	*5%*	***27%***
500 – 750	**9%**	11%	*23%*	18%	5%	*14%*
750 – 1000	25%	24%	*9%*	18%	15%	*19%*
1000 – 1250	9%	10%	11%	**15%**	0%	**10%**
1250 – 1500	12%	7%	4%	**9%**	20%	**9%**
> 1500	*32%*	***8%***	16%	**19%**	***55%***	***21%***

Tabel 3. Aantal medisch specialisten (in fte) dat werkzaam is in de organisatie, 2000 – 2005 (%)

	ZKH	GGZ	GHZ	V&V	Combi	Gem.
			2000			
< 25	*5%*	***19%***	***72%***	***76%***	*19%*	***45%***
25 – 50	**25%**	34%	**16%**	**18%**	28%	**23%**
50 – 100	*34%*	22%	*6%*	*2%*	**22%**	*16%*
100 – 150	*20%*	9%	2%	*1%*	***19%***	*8%*
150 – 200	10%	**9%**	2%	2%	6%	5%

> 200	7%	6%	2%	1%	6%	4%
2005						
< 25	***12%***	***44%***	***94%***	***95%***	***11%***	***58%***
25 – 50	**10%**	***40%***	***0%***	***5%***	11%	***13%***
50 – 100	***41%***	14%	***2%***	***0%***	***58%***	***17%***
100 – 150	***16%***	2%	0%	***0%***	**0%**	***4%***
150 – 200	6%	**0%**	0%	0%	***21%***	***3%***
> 200	***16%***	0%	4%[18]	***0%***	0%	***5%***

Tabel 4. Aantal locaties, 2005 (%)

	ZKH	GGZ	GHZ	V&V	Combi	Gem.
1	***40%***	***2%***	***2%***	***5%***	5%	***12%***
2	***23%***	3%	5%	***3%***	0%	***8%***
3 – 5	***30%***	13%	***7%***	19%	14%	***18%***
6 – 10	***3%***	18%	***7%***	***33%***	33%	***18%***
> 10	***4%***	***65%***	***79%***	40%	48%	***44%***

Tabel 5. Aantal leidinggevende niveaus, 2005 (%)

	ZKH	GGZ	GHZ	V&V	Combi	Gem.
2 lagen	9%	13%	9%	6%	0%	9%
3 lagen	63%	74%	***79%***	59%	57%	***66%***
4 lagen	29%	***13%***	***12%***	***35%***	***43%***	***25%***

[18] Deze uitkomst lijkt onwaarschijnlijk, vermoedelijk is hier uitgegaan van de totale groep zorgverleners in plaats van uitsluitend medisch specialisten.

Tabel 6. Inrichting topstructuur, per type instelling, 2000 – 2005 (%)

	ZKH	GGZ	GHZ	V&V	Combi	Gem.
		2000				
Eenhoofdige directie	10%	***4%***	***28%***	***23%***	***4%***	***17%***
Meerhoofdige directie, collegiale verantw.heid	***16%***	10%	***7%***	***4%***	10%	***9%***
Meerhoofdige directie, eerstverantwoordelijke directeur	5%	2%	6%	4%	4%	***4%***
Eenhoofdige RvB	***7%***	21%	***19%***	***25%***	14%	***18%***
Meerhoofdige RvB, collegiale verantw.heid	40%	42%	***21%***	28%	***49%***	***33%***
Meerhoofdige RvB, eerstverantwoordelijke voorzitter	***22%***	21%	19%	15%	18%	***18%***
Anders	0%	0%	0%	***3%***	0%	1%
		2005				
Eenhoofdige directie	6%	10%	***9%***	13%	5%	***9%***
Meerhoofdige directie, collegiale verantw.heid	11%	10%	***0%***	3%	14%	***7%***
Meerhoofdige directie, eerstverantwoordelijke directeur	1%	0%	0%	3%	0%	***1%***
Eenhoofdige RvB	***11%***	***16%***	***54%***	***40%***	14%	***29%***
Meerhoofdige RvB, collegiale verantw.heid	31%	27%	23%	19%	29%	***25%***
Meerhoofdige RvB, eerstverantwoordelijke voorzitter	***39%***	37%	***13%***	22%	38%	***28%***
Anders	0%	0%	2%	0%	0%	1%

Tabel 7. Inrichting organisatiestructuur, per type instelling, 2000 – 2005 (%)

	ZKH	GGZ	GHZ	V&V	Combi	Gem.
2000						
Functionele indeling	31%	***2%***	24%	***30%***	18%	***24%***
Indeling naar zorgeenheden	23%	33%	19%	29%	22%	25%
Indeling naar clusters/divisies, met daarbinnen zorgeenheden	41%	***63%***	45%	***31%***	49%	***42%***
Anders	5%	***2%***	12%	10%	10%	8%
2005						
Functionele indeling	21%	***0%***	14%	***17%***	29%	***16%***
Indeling naar zorgeenheden	24%	37%	28%	33%	19%	29%
Indeling naar clusters/divisies, met daarbinnen zorgeenheden	49%	48%	51%	38%	52%	46%
Anders	6%	***15%***	7%	13%	0%	10%

Tabel 8. Ordening zorgeenheden, per type instelling, 2005 (%)

	ZKH	GGZ	GHZ	V&V	Combi	Gem.
Specialisme	***27%***	18%	17%	***4%***	***47%***	***17%***
Combi van specialismen	***63%***	0%	***7%***	***1%***	***40%***	***17%***
Beroepsgroep	2%	0%	0%	***7%***	0%	2%
Geografisch	***10%***	40%	***59%***	***71%***	***13%***	***45%***
Cliëntgroep	***18%***	***60%***	43%	40%	20%	***40%***
Verblijfsduur	4%	10%	0%	7%	0%	5%
Anders	4%	12%	15%	7%	20%	10%

Tabel 9. Inbedding professionals, per type instelling, 2005 (%)

	ZKH	GGZ	GHZ	V&V	Combi	Gem.
Verplichte raadgeving	***71%***	***15%***	***16%***	***13%***	48%	***30%***
Vrijblijvend advies	***26%***	50%	***49%***	***51%***	38%	***43%***
Duaal bestuur	***11%***	8%	2%	***1%***	5%	***6%***
Duaal management	***61%***	***55%***	***11%***	***18%***	48%	***37%***
(Nog) niet geregeld	4%	3%	15%	***14%***	5%	***9%***
Anders	10%	10%	***31%***	17%	10%	***16%***

Tabel 10a. Grootscheepse veranderingen in de organisatie in het verleden, per type instelling, 2005 (%)

	ZKH	GGZ	GHZ	V&V	Combi	Gem.
Topstructuur	41%	52%	49%	54%	43%	48%
Kanteling	46%	47%	45%	40%	38%	43%
Doorkanteling	19%	29%	33%	17%	19%	23%
Horizontale fusie	***16%***	41%	37%	41%	29%	***33%***
Samenwerking andersoortige organisaties	41%	45%	39%	41%	***67%***	***43%***
Verticale fusie	***3%***	17%	4%	14%	***29%***	***11%***
Nieuwbouw	43%	53%	53%	49%	43%	49%
Uitbreiding zorgaanbod	24%	43%	***53%***	***23%***	38%	***33%***
Reorganisatie Medische Staf	***43%***	***5%***	***4%***	***1%***	24%	***14%***
Commerciële diensten/private initiatieven	19%	10%	10%	14%	24%	14%
Kwaliteitssysteem	57%	53%	***37%***	54%	48%	***52%***
Sanering	29%	24%	24%	***38%***	24%	***29%***
ICT	41%	50%	49%	47%	48%	47%

Tabel 10b. Grootscheepse veranderingen in de organisatie in het heden, per type instelling, 2005 (%)

	ZKH	GGZ	GHZ	V&V	Combi	Gem.
Topstructuur	3%	5%	8%	4%	0%	4%
Kanteling	***5%***	13%	20%	17%	0%	***12%***
Doorkanteling	30%	33%	37%	35%	35%	33%
Horizontale fusie	***6%***	10%	16%	***31%***	25%	***17%***
Samenwerking andersoortige organisaties	***42%***	71%	59%	***70%***	50%	***60%***
Verticale fusie	***2%***	5%	8%	***17%***	20%	***9%***
Nieuwbouw	***59%***	69%	71%	***79%***	70%	***70%***
Uitbreiding zorgaanbod	***30%***	53%	49%	***60%***	55%	***50%***
Reorganisatie Medische Staf	***11%***	5%	4%	***1%***	**5%**	***6%***
Commerciële diensten/private initiatieven	42%	33%	***14%***	39%	***75%***	***36%***
Kwaliteitssysteem	***47%***	***74%***	69%	62%	70%	***63%***
Sanering	23%	12%	12%	21%	20%	18%
ICT	53%	69%	59%	59%	60%	60%

Tabel 10c. Grootscheepse veranderingen in de organisatie in de toekomst, per type instelling, 2005 (%)

	ZKH	GGZ	GHZ	V&V	Combi	Gem.
Topstructuur	8%	4%	9%	7%	0%	6%
Kanteling	6%	6%	5%	***13%***	6%	***8%***
Doorkanteling	28%	22%	26%	21%	25%	24%
Horizontale fusie	19%	31%	16%	***37%***	6%	***26%***
Samenwerking andersoortige organisaties	32%	47%	37%	35%	50%	39%
Verticale fusie	***6%***	27%	16%	***34%***	31%	***24%***
Nieuwbouw	59%	71%	65%	60%	50%	62%

Uitbreiding zorgaanbod	40%	55%	40%	42%	44%	44%
Reorganisatie Medische Staf	***13%***	4%	2%	***1%***	***25%***	***6%***
Commerciële diensten/private initiatieven	***62%***	42%	***26%***	52%	50%	***47%***
Kwaliteitssysteem	***15%***	31%	33%	24%	38%	***26%***
Sanering	9%	2%	***0%***	***13%***	6%	***8%***
ICT	40%	40%	***26%***	47%	38%	***39%***

Tabel 11. Leeftijd, 2005 (gemiddelde, in jaren)

	Wel medisch	Niet medisch	Gem.
Leeftijd	52,3	51,4	52,4

Tabel 12. Aard universitaire en/of HBO opleiding, 2005 (%)

	Wel medisch	Niet medisch	Gem.
Universitair	***100%***	***86%***	***91%***
Bedrijfskunde	19%	9%	13%
Economie	***0%***	***30%***	***19%***
Geneeskunde	***100%***	***0%***	***37%***
Psychologie	0%	2%	1%
Rechten	4%	9%	7%
Sociale wetenschappen	4%	18%	13%
Gezondheidswetenschappen	4%	7%	6%
Ander universitair	8%	16%	13%
HBO	***4%***	***36%***	***24%***
Verpleegkunde	0%	11%	7%
Bedrijfskunde	0%	5%	3%

HEAO	0%	7%	4%
SPD/sociale academie	0%	11%	7%
Andere HBO	4%	18%	13%
Geen universitair of HBO	0%	2%	1%

Tabel 13. Aanvullende post-doc opleidingen, 2005 (%)

	Wel medisch	Niet medisch	Gem.
Masteropleiding algemeen	17%	20%	19%
Masteropleiding specifiek	13%	14%	14%
Masterclass NVZD	30%	20%	24%
Top Class	4%	3%	3%
Stolte leergang voor leidinggevenden	4%	11%	9%
Stolte Advanced Program	9%	14%	12%
Cursus Management Algemeen	17%	14%	16%
Cursus Management Specifiek	52%	40%	45%
Financieel/bedrijfskundig	35%	20%	26%
Informatisering	4%	9%	7%
Logistiek	4%	9%	7%
Human Resource Management	***0%***	***14%***	***9%***
Kwaliteitsmanagement	35%	26%	29%
Anders specifiek	4%	3%	3%
Andere opleidingen	48%	46%	47%

Tabel 14a. Sector eerste functie, 2005 (%)

	Wel medisch	Niet medisch	Gem.

Dienstverlening	0%	14%	9%
Gezondheidszorg	***89%***	***36%***	***56%***
Industrie	4%	9%	7%
Onderwijs	4%	21%	14%
Overheid	4%	11%	9%
Anders	0%	9%	6%

Tabel 14b. Sector tussenliggende functies, 2005 (%)[19]

	Wel medisch	Niet medisch	Gem.
Dienstverlening	6%	28%	21%
Gezondheidszorg	***100%***	***70%***	***79%***
Industrie	0%	0%	0%
Landbouw	0%	0%	0%
Onderwijs	6%	10%	9%
Overheid	6%	13%	10%
Anders	0%	8%	5%

Tabel 14c. Sector vorige functie, 2005 (%)

	Wel medisch	Niet medisch	Gem.
Dienstverlening	8%	16%	13%
Gezondheidszorg	92%	72%	79%
Onderwijs	0%	5%	3%
Overheid	0%	7%	4%

[19] Bij deze vraag konden meerdere antwoorden aangekruist worden.

Tabel 14d. Sectoren werkzaam geweest, 2005 (%)

	Wel medisch	Niet medisch	Gem.
Dienstverlening	***8%***	***36%***	***26%***
Gezondheidszorg	***100%***	***86%***	***91%***
Industrie	4%	9%	7%
Landbouw	0%	0%	0%
Onderwijs	***4%***	***30%***	***20%***
Overheid	8%	21%	16%
Anders	***0%***	***14%***	***9%***

Tabel 15. Jaar van eerste managementfunctie en totaal aantal managementfuncties, 2005 (gemiddelde in jaren)

	Wel medisch	Niet medisch	Gem.
Hoe lang geleden eerste managementfunctie	***14.6***	***20.4***	***18.3***
Totaal aantal managementfuncties	***3.0***	***4.3***	***3.8***
Directeursfuncties	1.9	2.0	2.0
Functies binnen gezondheidszorg	2.6	3.1	2.9
Functies buiten gezondheidszorg	***0.4***	***1.2***	***0.9***

Tabel 16. Huidige functie als eerste eindverantwoordelijke bestuursfunctie, 2005 (%)

	Wel medisch	Niet medisch	Gem.
Ja	46%	41%	43%
Nee	54%	59%	57%

Tabel 17. Meerdere managementfuncties binnen de gezondheidszorg, 2005 (%)

	Wel medisch	Niet medisch	Gem.

Manager/directeur van dezelfde instelling	13%	11%	11%
Manager/directeur in verschillende maar vergelijkbare instellingen	46%	38%	41%
Manager/directeur in verschillende soorten instellingen	42%	51%	48%

Tabel 18. Rolopvatting en –uitoefening, 2000 - 2005 (gemiddelde, waarbij 1 = zeer onbelangrijk en 5 = zeer belangrijk voor de belangrijkheid van de rollen; en 1 = zwak en 5 = sterk voor de sterkte van de rollen)

	Wel medisch 2005	**Niet medisch 2005**	**Gem. 2005**	**Gem. 2000**
Belangrijkheid rol boegbeeld	***3.9***	***4.3***	***4.1***	4.2
Belangrijkheid rol bestuurder	4.7	4.6	4.6	4.6
Belangrijkheid rol manager	2.9	3.2	3.1	2.9
Belangrijkheid rol regisseur	3.3	3.0	3.1	3.1
Belangrijkheid rol tussenpersoon	4.2	4.1	4.1	**3.2**
Belangrijkheid rol ondernemer	4.1	4.4	4.3	4.3
Sterkte rol boegbeeld	***3.6***	***4.0***	***3.9***	3.9
Sterkte rol bestuurder	4.4	4.3	4.3	4.3
Sterkte rol manager	2.9	3.0	3.0	3.0
Sterkte rol regisseur	2.9	2.9	2.9	2.9
Sterkte rol tussenpersoon	4.0	3.9	3.9	**3.9**

Sterkte rol ondernemer	3.6	3.8	3.7	3.7

Tabel 19. Invulling ondernemerschap in de zorg, 2005 (gemiddelde, waarbij 1 = geheel niet van toepassing, en 5 = zeer van toepassing)

	Wel medisch	Niet medisch	Gem.
Creatief omgaan met middelen	3.8	3.8	3.8
Optimaliseren van werkprocessen	3.9	3.7	3.8
Initiëren van commerciële activiteiten	***2.6***	***3.3***	***3.0***
Stimuleren van professionals	4.0	4.1	4.1
Aangaan van samenwerkingsrelaties	3.4	3.9	3.7
Aanboren nieuwe markten	***2.8***	***3.3***	***3.1***

Tabel 20. Noodzakelijke veranderingsstrategieën, 2005 (gemiddelde, waarbij 1 = lage prioriteit en 5 = hoge prioriteit)

	Wel medisch	Niet medisch	Gem.
Inhoudelijker	2.8	2.7	2.7
Zakelijker	***2.5***	***2.7***	***2.6***
Maatschappelijker	2.2	2.2	2.2
Slimmer	2.7	2.7	2.7
Professioneler	2.3	2.3	2.3
Ondernemender	2.5	2.7	2.6

Tabel 21. Waarop afgerekend worden, 2005 (%)[20]

	Wel medisch	Niet medisch	Gem.

[20] Bij deze vraag konden maximaal twee antwoorden aangekruist worden

Voldoen aan opdracht	0%	2%	1%
Optimalisatie van logistiek proces	19%	9%	13%
Bedrijfseconomische gezondheid van organisatie	***27%***	***61%***	***49%***
Concurrentie vermogen organisatie	35%	41%	39%
Kwaliteit zorg	***89%***	***64%***	***73%***
Vervullen maatschappelijke functie	27%	25%	26%

Tabel 22. Effectiviteit van de bestuurder, 2005 (%)[21]

	Wel medisch	Niet medisch	Gem.
Spanningen en dilemma's hanteren	23%	46%	37%
Vermogen om veranderingen door te voeren	85%	66%	73%
Bedrijfseconomische resultaten	***15%***	***52%***	***39%***
Vermogen formuleren bindende visie	58%	48%	51%
Vermogen medewerkers te stimuleren	35%	34%	34%
Besluitvaardigheid	35%	21%	26%
Vermogen om managementstijl aan te passen	35%	23%	27%

Tabel 23. Hoe zich laten gelden in het publieke debat, 2005 (%)[22]

	Wel medisch	Niet medisch	Gem.
Politici bestoken	42%	30%	34%
Problemen aan de kaak stellen	17%	32%	27%
Melden als bestuurslid	25%	39%	34%
Kwesties agenderen	21%	9%	13%
Gelijkgezinden mobiliseren	17%	39%	31%

[21] Bij deze vraag konden maximaal drie antwoorden aangekruist worden
[22] Bij deze vraag konden meerdere antwoorden aangekruist worden

Ik doe dat niet	***42%***	***18%***	***27%***
Anders	8%	16%	13%

Tabel 24. Met wie voelt u zich verbonden, 2005 (gemiddelde, waarbij 1 = geheel niet van toepassing en 5 = zeer van toepassing)

	Wel medisch	Niet medisch	Gem.
Organisatie	4.5	4.7	4.6
Sector	3.6	4.0	3.8
Cliënten	3.5	3.7	3.6
Zorgverleningproces	***3.9***	***3.4***	***3.6***
Maatschappelijke vraagstukken	3.5	3.6	3.5
Collega managers/bestuurders binnen organisatie	3.7	3.8	3.7
Collega bestuurders in de zorg	2.8	3.0	2.9
Publieke managers in het algemeen	1.8	2.1	2.0

Tabel 25a. Opvatting over het managen van professionals, 2005 (%)

	Wel medisch	Niet medisch	Gem.
Zelf management	4%	5%	4%
Meevoelend management	20%	34%	29%
Geduld management	0%	5%	3%
Actief sturend management	72%	55%	61%
Confronterend management	4%	2%	3%

Tabel 25b. Opvatting over het managen van managers, 2005 (%)

	Wel medisch	Niet medisch	Gem.
Zelf management	27%	23%	24%

Meevoelend management	12%	5%	7%
Geduld management	0%	0%	0%
Actief sturend management	58%	73%	67%
Confronterend management	4%	0%	1%

Tabel 26. Tijdbesteding gemiddelde werkweek, 2005 (%)

	Wel medisch	**Niet medisch**	**Gem.**
Interne zaken	71%	70%	70%
Externe zaken	29%	30%	30%
Zorginhoudelijke zaken	***56%***	***34%***	***42%***
Beheersmatige zaken	***44%***	***66%***	***58%***
Planmatige zaken	78%	75%	76%
Onverwachte zaken	22%	25%	24%
Bestuurlijk/strategische zaken	53%	53%	53%
Tactisch/operationele zaken	47%	47%	47%

Tabel 27a. Interne contacten gemiddelde werkweek, 2005 (gemiddelde, in uren)

	Wel medisch	**Niet medisch**	**Gem.**
Medische professionals	20.7	17.1	18.5
Overige professionals	7.8	5.3	6.3
Patiënten	***2.5***	***1.1***	***1.7***
Collega bestuurders	14.4	18.2	16.8
Raad van Toezicht	2.7	2.6	2.6

Ondergeschikte managers	22.0	21.7	21.8
Ondernemingsraad	3.0	3.6	3.4
Cliëntenraad	1.9	2.1	2.0
Directe medewerkers	16.1	15.0	15.5
Overige	8.8	13.1	11.4

Tabel 27b. Externe contacten gemiddelde werkweek, 2005 (gemiddelde, in uren)

	Wel medisch 2005	**Niet medisch 2005**	**Gem. 2005**
Bestuurders van vergelijkbare organisaties	***31.0***	***22.1***	***25.6***
Bestuurders van andersoortige organisaties	17.4	15.9	16.5
Patiëntenorganisaties	4.7	2.5	3.3
Zorgverzekeraars	13.7	17.9	16.3
Brancheorganisaties	10.7	16.2	14.1
Overheden en ambtenaren	12.3	13.6	13.1
Overige	10.2	11.7	11.1

Tabel 27c. Externe contacten gemiddelde werkweek, 2000 - 2005 (%)

	Gem. 2000	**Gem. 2005**
Bestuurders van vergelijkbare organisaties	25%	26%
Bestuurders van andersoortige organisaties	16%	17%
Patiëntenorganisaties	0%	3%
Zorgverzekeraars	**13%**	**16%**
Brancheorganisaties	**10%**	**14%**
Overheden en ambtenaren	**8%**	**13%**
Overige	**30%**	**11%**

Tabel 27d. Externe besturen en commissies in de gezondheidszorg, 200 - 2005 (%)

	Wel medisch 2005	Niet medisch 2005	Gem. 2005	Gem. 2000
Geen zitting	5%	8%	6%	13%
In een of meerdere Raden van Toezicht	64%	69%	66%	56%
In regionaal zorgberaad of indicatieorgaan	25%	42%	**31%**	**59%**
In een of meerdere landelijke besturen	43%	39%	**41%**	**81%**
In een of meerdere ministeriële c.q. departementale commissie	32%	27%	**30%**	**13%**
Anders	25%	27%	26%	27%