

De maatschap in ondernemend perspectief

Jan Landman

Het besturingsvraagstuk in het ziekenhuis concentreert zich van oudsher rond de vraag hoe professie en management met elkaar omgaan. Een nieuw aspect is de wijze waarop én management én medische professie vorm geven aan de nieuwe uitdaging 'ondernemen'.

In dit artikel wordt de idee uitgewerkt dat medisch specialisten hun ondernemingsruimte binnen de eigen maatschap beter moeten benutten. Dat zal het begrip voor 'het management' vergroten en daardoor bijdragen aan de besturing van het ziekenhuis.

De maatschap

Het ziekenhuis kent van oudsher de maatschap als het verband waarin de vrij gevestigd medisch specialist zich organiseert. In essentie is de maatschap een combinatie van een professioneel en een zakelijk verband, waarin formele hiërarchie ontbreekt. Iedereen heeft evenveel te zeggen over alles.

Deze professionele broederschap (met een beperkt aantal dames) is de afgelopen halve eeuw de motor geweest achter de groei van de medisch specialistische zorg zoals we die nu kennen. Toch ziet het er naar uit dat de maatschap aan het einde van zijn levenscyclus komt, nu de context waarin die functioneert sterk aan het veranderen is. Markt, privatisering, DBC's, ZBC's, indicatoren, roepen vragen op waarop de maatschap in zijn oude vorm het antwoord niet meer heeft. In dit artikel zal de stelling: 'de maatschap in de huidige vorm heeft zijn langste tijd gehad', worden onderbouwd. En uiteraard gloort er licht in de duisternis, want als we de maatschap meer gaan zien als een onderneming, zijn er prima perspectieven.

De maatschap anno 2006

Was de maatschap oorspronkelijk een financieel en professioneel-inhoudelijk samenwerkingsverband van drie tot zes medisch specialisten, inmiddels kennen we door de concentratietendens in de ziekenhuiswereld maatschappen die vaak meer dan 10 leden tellen. Opleidende maatschappen met meer dan 15 maten, en dan ook nog eens 20 assistenten zijn vandaag de dag geen uitzondering meer. En al die maatschappen functioneren nog steeds op basis van een model dat veertig jaar geleden is bedacht. Dat wil zeggen: er is een dagelijks bestuur met een voorzitter, een secretaris en een penningmeester, die de boel zo goed mogelijk bij elkaar proberen te houden. Besluitvorming vindt plaats op basis van consensus. En is die er niet, dan blokkeert de voortgang. Zo'n grote maatschap wordt in dit tijdsgewricht geconfronteerd met vele en vaak nieuwe vragen. Een willekeurige greep uit die trommel laat het volgende zien.

Duaal management

Sinds een jaar of tien kennen we het fenomeen duaal management. Dat wil zeggen: één van de maten wordt gevraagd mee te doen met het managementcircuit dat het ziekenhuis bestuurt. In die termen wordt het althans vaak door maatschappen ervaren. In een of twee dagdelen wordt de medisch manager geacht namens de professie mee

te besturen. Het uitgangspunt bij dat besturingsprincipe is dat de as zorgmanager – medisch manager tot gezamenlijke afspraken komt over productie, investeringen, personeel, organisatie etc. En als de beide managers samen door één deur kunnen, lukt dat ook meestal wel.

De zorgmanager gaat er (terecht) van uit dat de medisch manager de afspraken ook afstemt met zijn maatschap en er voor zorgt dat zijn maten zich conformeren aan het afgesproken beleid. En daar wringt vaak de schoen: in een grote maatschap van gelijken staat de medisch manager voor een schier onmogelijke taak. Want hoe gaat hij slechte nieuws dat af en toe voorbijkomt (minder bedden, krimp in OK tijd, kleinere kamers in de nieuwbouw) aan zijn maten verkopen? En omgekeerd: hoe gaat hij de vaak wat ad-hoc naar boven komende wensen van zijn maten verkopen aan zijn collega manager? En dus is de realiteit dat de medisch manager tussen twee vuren komt te zitten: dat van zijn collega de zorgmanager en dat van de maten in zijn achterban. Met stagnatie als resultaat. In investeringsbeslissingen, in bouwplannen, in verbetering van logistieke processen. Niet alleen van een deel van het ziekenhuis, maar ook van de eigen professionele groep.

Verzelfstandiging

Veel maatschappen zien om zich heen ZBC's ontstaan en vragen zich af of ze zich ook in die nieuwe wereld moeten gaan begeven. Omdat de kennis van tarieven, fiscale regelingen en management in de maatschap vaak niet groot is, klopt men aan bij adviseurs die een Ondernemingsplan produceren dat vaak meer vragen oproept dan beantwoordt.

En start men een ZBC, of gaat men werken in een private kliniek in de omgeving, dan bestaat het gevaar van concurrentie met het eigen ziekenhuis. Dat kan tot grote spanningen leiden, hetgeen een Raad van Bestuur in het noorden van het land onlangs deed besluiten de pijp aan Maarten te geven. En per saldo staan ziekenhuis en maatschap(pen) weer op achterstand. Er zijn ook voorbeelden bekend van maatschapsleden die – met het fiat van de collegae – een eigen 'winkel' zijn begonnen, maar in de loop van de tijd toch in de problemen kwamen met de twee petten. En uiteindelijk door de collegae gedwongen werden te kiezen: of terug naar de maatschap of als kleine zelfstandige verder. Er zijn ook verstandige Raden van Bestuur die zelf de voordelen van de ondernemende dokter zien, en maatschappen uitnodigen te gaan participeren in een ZorgBV. Maar dat maakt het er voor de maatschap niet gemakkelijker op. Want wat halen we ons op de Hals, als we in zo'n nieuwe zorgvorm gaan participeren, waarin we ook nog nadrukkelijk risico lopen?

Einde van het lumpsum tijdperk

Inmiddels is het lumpsum model al meer dan 10 jaar oud, en lijkt het op zijn eind te lopen. Dit model rust heeft gebracht na een hectische periode over specialistenthonoraria in het begin van de negentiger jaren, maar het wordt ook duidelijk dat deze honorering elke vorm van vernieuwing bij voorbaat uitsluit. Want waarom risico's lopen als het honorarium (binnen zekere grenzen) toch vastligt? Maar als het lumpsum model op zijn laatste benen loopt, wat dan? Er zijn berekeningen die aangeven dat de overgang naar de DBC honorering grote inkomensconsequenties gaat hebben voor enkele specialismen. En is de maatschap dan in staat

adequaat met dergelijke veranderingen om te gaan?

Bedrijfsvoering

In een grote maatschap gaat veel geld om. Bruto wordt een omzet van • 5M gemakkelijk overschreden. Menig MKB bedrijf is jaloers op een dergelijk verkoopresultaat. Maar hoe efficiënt wordt het maatschapsbedrijf nu werkelijk gerund?

Om een voorbeeld te noemen: poliklinieksecretariaten zijn geen voorbeeld van efficiënte bedrijfsvoering. Dat hebben de Werken zonder Wachtlijst projecten van Sneller Beter inmiddels wel bewezen: op relatief eenvoudige wijze blijkt het mogelijk de toegangstijd van soms meer dan vier weken terug te brengen tot 1 of 2 dagen en wordt een forse efficiëncyslag in het secretariaat gemaakt. Vergelijkbare voorbeelden zijn er als het gaat om de organisatie van de logistiek in de kliniek. Natuurlijk niet altijd afhankelijk van één maatschap, maar een maatschap kan wel van beslissende betekenis zijn bij het veranderen van cruciale logistieke processen. En dat werkt vaak ook ten faveure van de eigen werkorganisatie uit.

In een grote opleidingsmaatschap zijn dagelijks 25 (aankomende) specialisten bezig met een complex zorgproces. Er wordt in de Nederlandse ziekenhuizen voortreffelijke zorg geleverd, daarover bestaat geen misverstand. Maar waarschijnlijk kan het allemaal wel wat effectiever worden georganiseerd binnen de maatschap die in het zorgproces aan de touwtjes trekt. En daar profiteert de maatschap als eerste zelf van. Want het uitsparen van een maat door een wat efficiëntere organisatie scheelt als gauw 5% in de kosten.

De markt

Medisch specialisten profiteren nu nog van het gegeven dat 60% van de klanten in een ziekenhuis ouder dan 65 is, en nog gewend zijn naar het ziekenhuis 'om de hoek' te gaan. Maar ook die generatie is internet aan het ontdekken, en de Consumentenbond krijgt steeds beter vat op de wijze waarop ze diabetes- en hartfalenpoli's op kwaliteit moeten beoordelen. Openbare kwaliteitsbeoordeling van ziekenhuizen en dus van maatschappen zit er

aan te komen. Maatschappen zullen er samen met het ziekenhuis voor moeten gaan zorgen dat de toegangstijd in een poli niet meer dan enkele dagen is, en dat de wachttijd voor een operatie voor een patient acceptabel is. Want anders is er het ziekenhuis iets verder weg, waar de partner ook nog kan blijven slapen in een hotelvoorziening.

Om nog niet te spreken over de kwaliteitsindicatoren die langzamerhand steeds meer vaste grond onder de voeten krijgen, en waarmee een maatschap zich óf op de kaart kan zetten óf er af kan glijden.

Functioneringsgesprekken

Omdat kwaliteit een doorslaggevende factor in de toekomst aan het worden is, heeft de Orde het initiatief genomen een procedure te beschrijven waarmee maatschappen functionerings-gesprekken binnen de eigen groep kunnen gaan organiseren. Toch is en blijft dat het balanceren op een dun koord: elkaar beoordelen zonder enige vorm van hiërarchie op de achtergrond. Het zal zeker lukken in een maatschap waar men elkaar goed verstaat, en waar een gezonde mix van senioren en junioren is gegroeid. Maar in de groep waar gewapende vrede heerst, en waar de maatschap functioneert bij de gratie van het feit dat men de lengte van elkaars tenen kent, heeft het fenomeen weinig kans. Terwijl juist daar een functioneringsgesprek zo hard nodig is.

Tot zover een greep uit de probleemverzameling waarmee een maatschap anno 2006 wordt geconfronteerd. Niet volledig, en in zwart wit schakering opgeschreven. Maar voor de meeste vrij gevestigden waarschijnlijk herkenbaar. Waar moet het heen in deze onzekere tijden?

Op zoek naar alternatieven

Het beeld dat uit de schets van heden en verleden naar voren komt, is dat van een organisatievorm (de maatschap) die veel heeft betekend in de ziekenhuiszorg die we anno 2006 kennen. Ondanks de kritiek die daarop vanuit de maatschappij af en toe opklinkt, kan ons ziekenhuisbestel een internationale vergelijking op aspecten als kwaliteit, toegankelijkheid en kosten ruimschoots doorstaan. Toch wordt ook duidelijk dat een volgende stap in de ontwikkeling van maatschappen nodig is, als deze tenminste (mede) leidend willen worden de wijze waarop ziekenhuizen worden bestuurd.

Er zijn altijd meerdere wegen die naar Rome leiden. Recent werkte een commissie van de NVZ een model uit, dat uitgaat van de gedachte dat het duale model ten grave moet worden gedragen, nu het Geïntegreerd Medisch Specialistisch Bedrijf ook in formele zin is geëindigd. In feite impliceert dat een scheiding in zorg en bedrijfsvoering. De Raad van Bestuur en het middenmanagement dienen te besturen en de medisch specialisten dienen zorg te verlenen.

In dit artikel wordt een alternatief beschreven, door de nadruk te gaan leggen op de maatschap als onderneming. In feite wordt daarmee niet het duale model afgewezen, maar wordt het versterkt door de bedrijfsvoering van de maatschap een extra dimensie te geven. De professionele gelijkheid gaat daarmee wat naar de achtergrond, hetgeen zeker niet betekent dat er geen aandacht meer is voor de professionele inhoud. Integendeel, zoals de samenwerking duidelijk zal maken.

Van visie naar strategie en structuur

Zien we een maatschap als een 'bedrijf' dat hoogwaardige medisch specialistische zorg levert in een regio, dan zijn op dat bedrijf ook de wetmatigheden van het ondernemen van toepassing.

Om te beginnen bestaat ieder bedrijf bij de gratie van een heldere visie op de toekomst. Er wordt vaak gesproken over de adherentie van een ziekenhuis (de markt), maar in feite is het de maatschap die cliënten heeft. En zonder die cliënten is er geen bestaansrecht voor het ziekenhuis.

Zoals iedere onderneming zal ook de maatschap zich nadrukkelijker moeten bezinnen op de vraag: wat is ons bestaansrecht? Het stellen van die vraag impliceert nadenken over zaken als:

- wensen van patienten nu en in de komende 10 jaar;
- specifieke vaardigheden binnen de maatschap;
- nieuwe ontwikkelingen in het vak, de eigen markt en concurrenten.

Natuurlijk kwamen dergelijke vragen in het verleden ook wel aan de orde, maar die beperkten zich tot interne kwesties. Willen we een traumatologie centrum worden, willen we gaan opleiden of willen we samen diensten gaan doen met de collegae van het andere ziekenhuis in de stad?

Nu wordt dat fundamenteel anders, want de primaire orientatie wordt nu de markt waarin de maatschap en het ziekenhuis functioneren. Hoe ontwikkelt de adherentie van ons specialisme zich, wie zijn onze concurrenten, wat verwachten patienten van ons op het gebied van voorlichting voor- en na een operatie? Het zijn cruciale vragen, die gaan bepalen of er over vijf tot tien jaar nog steeds een sterke maatschap zal staan.

De maatschap zal dus allereerst een visie op de toekomst moeten ontwikkelen, die zijn grondslag vindt in een zgn. SWOT analyse. In een dergelijke verkenning worden eerst de sterke (strength) en zwakke (weakness) punten van een maatschap op een rij gezet, en verbonden met kansen (opportunities) en bedreigingen (threats). Op deze wijze ontstaat een matrix die bloot legt waar de maatschap zich op zal moeten gaan richten. Op visieniveau worden uitspraken gedaan over de doelgroepen waarop de maatschap zich orienteert, de behandelwijze en de inrichting van de maatschap. En die visie is vervolgens de basis voor de strategie en de structuur.

Strategie

Vertegenwoordigt de visie het doel, dan is de strategie eenvoudig gezegd de weg waarlangs de maatschap het doel wil gaan bereiken. Het meest essentiële element

daarin is de samenwerking met het ziekenhuis: is dat de partner waarmee de zorg wordt georganiseerd, of valt de keuze op een mix van zorg binnen de muren van het ziekenhuis gecombineerd met een meer private optie.

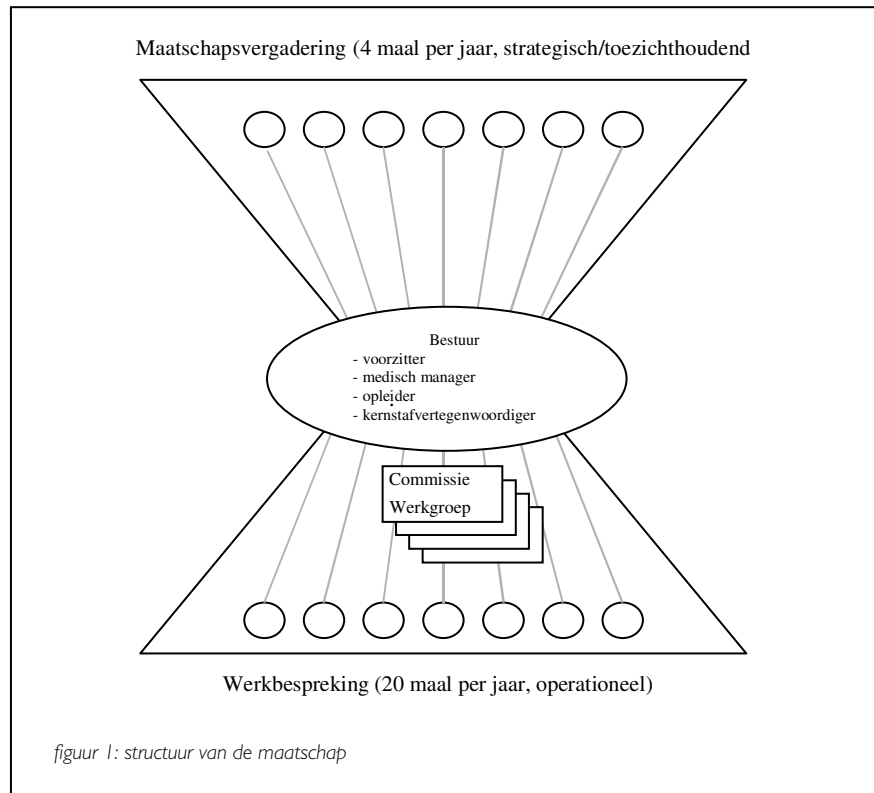
Aangezien de combinatie privaat initiatief – ziekenhuis al snel leidt tot het introduceren van een partij die met het ziekenhuis concurreert, wordt deze optie hier verder niet uitgewerkt. In een coöperatieve vorm van samenwerking met de ziekenhuisorganisatie is het vervolgens de vraag hoe die samenwerking gestalte moet krijgen. Dan zal blijken dat een duaal model, waarin een lid van de maatschap gedurende een of twee dagdelen participeert in het management, de maatschap onvoldoende mogelijkheden geeft om de bedrijfsvoering optimaal te organiseren. Het is verstandig een stap verder te gaan, en een omkering te plegen. In plaats van participatie in het ziekenhuismanagement, wordt aan het ziekenhuis gevraagd te participeren in de organisatie van de maatschap. Concreet kan dat gestalte krijgen door de verantwoordelijk manager (clustermanager, zorggroepmanager) te laten deelnemen aan maatschapsoverleg, voor zover dat betrekking heeft op het organiseren van de zorg. De maatschap zal een actieve rol gaan spelen in de Planning & Control cyclus, waarin jaarlijks plannen worden gemaakt voor productie, innovatie, ICT ontwikkeling etc. Alleen door directe betrokkenheid in dit beleidsproces, kan de maatschap in de frontlinie van de ontwikkeling komen.

Structuur

Tenslotte komt de structuur waarin deze heroriëntatie moet gaan plaatsvinden aan de orde. Hier wordt de transitie waarvoor in dit artikel wordt gepleit het meest concreet zichtbaar. In essentie zal afscheid moeten worden genomen van het 'matenmodel', d.w.z. het organisatiemodel van de maatschap waarin iedereen gelijk is. In een maatschap van meer dan 10 partners, is het aanwijzen van een of meerdere maten die verantwoordelijk worden voor de besturing van de maatschap onontkoombaar.

Daarmee is uiteraard niet de zeggenschap van de individuele maten ter ziele. Inmiddels wordt door een aantal grote maatschappen ervaring opgedaan met een model waarin twee elementen van zeggenschap uit elkaar wordt gehaald: dat van 'aandeelhouder' en dat van 'werknemer'. Dit wordt schematisch weergegeven in figuur 1.

Een of meerdere maten worden door de maatschapsvergadering (te zien als de vergadering van aandeelhouders) aangewezen om het management van de maatschap vorm te geven. Dit managementteam krijgt een nadrukkelijke hiërarchische bevoegdheid, waardoor de bestuurlijke verantwoordelijkheid aanmerkelijk groter wordt dan die van het nu veelal bestaande DB van de maatschap. Het managementteam (met een voorzitter die m.b.t. bedrijfsvoering en kwaliteit als de eindverantwoordelijke van de maatschap kan worden gezien) stelt een strategisch document op, dat het functioneren van de maatschap beschrijft. De maatschapsmanager vraagt vervolgens commitment van de maatschap om dit plan ten uitvoer te brengen. Periodiek (bijvoorbeeld 4 x per jaar) doet deze verslag aan de voltallige maatschap, maar heeft verder mandaat om het plan ten uitvoer te brengen. Veel vaker (tweewekelijks, maandelijks) is er een werkbepreking, waarin operationele aangelegenheden worden doorgenomen. In dit overleg geeft de maatschapsmanager aanwijzingen aan de collega's over de werkwijze en de werkverdeling. Uiteraard is overleg hierover mogelijk, maar de maatschapsmanager hakt waar nodig knopen door.



De maatschapsmanager wordt voor een deel van zijn tijd vrijgesteld voor de managementwerkzaamheden. Afhankelijk van de organisatieproblematiek en de omvang van de maatschap varieert die vrijstelling van twee tot vier dagdelen.

Het ligt voor de hand de maatschapsmanager tegelijk in te zetten als vertegenwoordiger van de maatschap in het overleg in het ziekenhuis. Wordt gewerkt op basis van een duaal model, dan zal de maatschapsmanager de collega van de cluster- of zorggroepmanager zijn.

Maatschapsmanager en professionele verantwoordelijkheid.

Vaak wordt betoogd dat een model zoals dat hiervoor is beschreven, zou conflicteren met de professionele verantwoordelijkheid van de individuele leden van de maatschap. Dat is een misverstand: dan wordt individuele professionele verantwoordelijkheid verward met de gezamenlijke verantwoordelijkheid van een maatschap.

Professionele verantwoordelijk voor de individuele specialist speelt in het domein van de spreek- en behandelkamer. Daar bepaalt de dokter of hij behandelt en hoe hij behandelt. Daar zal geen maatschaps-

manager iets over zeggen. Wel is het voor uit een oogpunt van kwaliteit noodzakelijk dat de maatschap gezamenlijk afspraken maakt over de randvoorwaarden waarbinnen de leden behandelen. We spreken dan meestal over onderlinge werkafspraken of protocollen. Binnen die protocollen bestaat handelingsvrijheid, daarbuiten niet. Ook in professioneel opzicht verantwoording afleggen wordt de gangbare werkwijze.

Het is de taak van de maatschapsmanager individuele leden van de maatschap aan te spreken als zij zich niet houden aan onderling afgesproken beleidsregels.

Bedrijfsvoering

Keren we, sprekend over de structuur van de maatschap, tenslotte terug naar de bedrijfsvoering. Zeker voor de grotere opleidende specialismen (chirurgie, interne, gynaecologie, neurologie) geldt dat ze in feite een bedrijf (de maatschap) binnen een complex ziekenhuisbedrijf moeten organiseren. Een grote maatschap doet er verstandig aan de maatschapsmanager te laten ondersteunen door iemand die van management zijn vak heeft gemaakt. Schoorvoetend wordt met dit model soms ervaring opgedaan door een maatschapssecretaris aan te stellen. Dit artikel is een pleidooi om een stap verder te gaan, en iemand aan het maatschapsmanagement toe te voegen die op gelijkwaardig niveau de maatschapsmanager bedrijfsvoeringszaken uit handen kan nemen.

Concreet wordt daarbij gedacht aan zaken als:

- organisatie van polikliniek en OK;
- personeelsmanagement (aantrekken, beoordelen, vertrek);
- logistieke processen optimaliseren;
- ICT faciliteiten organiseren;
- huisvesting goed regelen marketingplan maken.

En uiteraard is ook de vorming van zelfstandige eenheden (ZBC, ZorgBV) een terrein waarop de manager bedrijfsvoering beleid moet gaan ontwikkelen.

Van oudsher is dit het domein van de ziekenhuisorganisatie. Het gaat er niet om dat de maatschap nu de taken van het ziekenhuis overneemt, maar dat de maatschap vanuit haar eigen positie mede vorm gaat geven aan een optimale organisatie van maatschap en ziekenhuis. In feite ontstaat hier een variant van duaal management, waarbij het niet langer zo is dat de maatschap wordt uitgenodigd deel te nemen in het management van het ziekenhuis, maar een waarbij het ziekenhuis wordt gevraagd mee te werken aan de organisatie oplossingen die de maatschap ziet vanuit een oogpunt van bedrijfsvoering.

In feite is dit model allang gangbaar in andere professionele organisaties dan het ziekenhuis. Grotere organisatie-

adviesbureaus, advocatenkantoren en accountants kennen al vele jaren een model waarbij een duaal management de day tot day business organiseert. Een van de managers doet de bedrijfsvoering (en heeft een management achtergrond), zijn collega is een senior maatschapslid die vanuit de professionele groep een deel van zijn werkweek management werkzaamheden verricht. Meestal is de laatste voorzitter van het managementteam. Dit team voert het operationeel overleg met de maatschapsleden, en legt periodiek verantwoording af aan de maten, zoals in het model op de voorgaande pagina is beschreven.

Kosten

Tegen een managementmodel voor een maatschap zoals dat hier wordt beschreven, kan worden ingebracht dat het een kostbare oplossing is. Immers: een van de maten wordt een substantieel deel van de tijd vrijgesteld, en daarnaast moet een dure manager worden aangetrokken. Inderdaad is het zo dat de kost voor de baat uit gaat, maar de veronderstelling is dat deze investering zichzelf stevig terugverdient. Een strakkere organisatie van het maatschapsbedrijf gaat namelijk zowel voor de korte als voor de langere termijn revenuen opleveren.

Voor de langere termijn ontstaat meer zicht op de toekomst van de maatschap. Dat zal o.a. tot uitdrukking komen in een meerjarenplan, waarin de markt het uitgangspunt is en vervolgens wordt gekeken naar de personele opbouw van de maatschap, naar de kosten en opbrengsten.

Op korte termijn zijn zaken als efficiency, logistiek, werkroosters en aan het ziekenhuis te vergoeden kosten onderwerpen waarop winst kan worden geboekt. Zelfs in de situatie waarin de extra kosten alleen worden terugverdiend en er geen toegevoegd resultaat is, zal de niet direct kwantificeerbare winst voor de maatschap bestaan uit minder hectiek, waardoor de individuele maatschapsleden zich kunnen concentreren op hetgeen waarvoor ze lid zijn geworden van de maatschap en waarin ze meestal hun professionele genoegens scheppen.

Zo zal dit model ook een positieve impuls geven aan kwaliteitsbewaking, omdat er energie vrijkomt om daadwerkelijk binnen de eigen professionele groep aan dit belangrijke fenomeen aandacht te gaan besteden. Het is niet langer afhankelijk van de belangstelling van enkele maten die het er in hun vrije tijd bij moeten doen. En wat ook niet onbelangrijk is: er ontstaat inmiddels voldoende bewijs voor de stelling dat werken aan kwaliteit geld oplevert.

Veranderstrategie

Beschrijven van een alternatieve organisatievorm is één, maar hoe deze ook in de praktijk te realiseren?

Allereerst is het van belang vast te stellen dat de beoogde verandering een gezamenlijke verantwoordelijkheid is. Concreet betekent dat: van Raad van Bestuur en Stafbestuur. Het zou een misverstand zijn te denken dat dit besturingsvraagstuk een probleem van 'de staf' is. In de praktijk zal het vaak betekenen, dat de visie – zoals hier beschreven – door de Raad van Bestuur wordt aangedragen.

Vervolgens is een gemengde strategie denkbaar. Het is denkbaar dat er een maatschap kan worden gevonden, die met het nieuwe model ervaring wil opdoen. In ieder wat groter ziekenhuis is er wel een groep te vinden die in het front van de nieuwe mogelijkheden wil opereren. In een dergelijke maatschap zal dan moeten worden geïnvesteerd, bijvoorbeeld door voor een bepaalde termijn het nieuwe bestuur (financieel) te faciliteren. De Raad van Bestuur kan dat tegenover de organisatie verantwoorden, omdat de verwachting is dat de investering in een betere besturing van de maatschap ook revenuen aan de kant van de organisatie zal opleveren. De vraag is op welke manier de verandering voor een maatschap aantrekkelijk kan worden gemaakt. Waarschijnlijk is een betere organisatie van het dagelijks werk, en dus het vergroten van het werkplezier van de maatschapsleden de belangrijkste troefkaart.

Als dit het 'bottom-up' gedeelte van de strategie is, dan is 'top-down' een discussie met het Stafbestuur over het nieuwe concept noodzakelijk. De regelgeving maakt een pilot met het model nu al mogelijk, maar voor een bredere inzet is actieve medewerking van het Stafbestuur onontbeerlijk. De Raad van Bestuur zou er goed aan doen de discussie te koppelen aan een algemeen strategisch beeld van het ziekenhuis in ontwikkeling. In een dergelijk context is de meerwaarde van het model beter zichtbaar te maken dan in een discussie die zich beperkt tot het organisatiemodel van de maatschap. Het is denkbaar dat er op deze wijze bestuurlijk (in overleg met het Stafbestuur) ruimte ontstaat voor het nieuwe model, en dat tegelijkertijd in praktische zin met een maatschap ervaring wordt opgedaan. Evaluatie van het model moet vervolgens verstandig worden gecommuniceerd binnen de staf, waardoor gaandeweg begrip en steun gaat ontstaan. Hoe dan ook zal ontwikkeling naar deze wijze van werken een aantal jaren vragen.

Verandering binnen de maatschap

Naast de strategische veranderingsvraag speelt ook het implementatietraject binnen de maatschap. Een verandering naar een meer ondernemende maatschaps-

vorm is niet van vandaag op morgen te realiseren. Een ontwikkeling in drie stappen kan houvast bieden.

In de eerste fase is het nodig draagvlak te verkrijgen voor dit model bij alle maatschapsleden. Daaraan kan een beleidsnotitie bijdragen, waarin het nieuwe model globaal uiteen wordt gezet, in combinatie met een werkconferentie waarin de maatschapsleden de gelegenheid krijgen zich te oriënteren op het nieuwe model en gezamenlijk de voor- en nadelen in ogenschouw nemen alvorens ze zich uitspreken.

De tweede fase is die van de uitwerking. Het nieuwe organisatiemodel van de maatschap behoeft detaillering in documenten als:

- het nieuwe maatschapscontract;
- taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden van het managementteam;
- samenstelling van het managementteam;
- de taak van een aan te stellen bedrijfsvoerend manager naast de maatschaps/medisch manager.

Tenslotte wordt in fase 3 het managementteam voor de maatschap geselecteerd, en start het managementteam. De eerste opdracht is het ontwikkelen van een langere termijn visie, terwijl uiteraard ook de lopende zaken als worden behartigd.

Epiloog

In dit artikel is een nieuwe, meer bedrijfsmatige opzet van een medische maatschap bepleit. Deze structuur zal de maatschap in staat stellen een actieve rol te spelen in de veranderingen die gaande zijn in de ziekenhuiszorg. Voordelen zijn er voor alle partijen:

- de maatschapsleden zullen prettiger werken in een context waarin ze niet voortdurend beslissingen hoeven te nemen over zaken die buiten hun professionele gezichtsveld liggen;
- de ziekenhuisorganisatie krijgt een serieuze counterpart bij vraagstukken van bedrijfsvoering, waarmee een goed alternatief ontstaat voor het huidige duale model;
- en tenslotte vaart ook de patiënt er wel bij, gegeven het feit dat een efficiënte organisatie van de maatschap gaat leiden tot korte toegangs- en wachttijden en maximale aandacht voor kwaliteit.



Over de auteur

Jan Landman (1949) is organisatie-adviseur en interim-manager. Heeft een groot aantal organisatieveranderingen geleid als projectmanager. Actief als coach van managementteams en maatschappen. Diverse functies in algemene ziekenhuizen: organisatieadviseur, secretaris Raad van Bestuur, manager Sociale Zaken.

Achtergrond
Werktuigbouwkunde, Bedrijfskunde, HRM-management