

**INLEIDEND ARTIKEL****931 RESULTAATVERANTWOORDELIJKE EENHEDEN: DE OPLOSSING?***C.A. Standaard*<sup>1</sup>

Veel ziekenhuizen organiseren zich met resultaatverantwoordelijke eenheden (RVE's) als antwoord op prestatiegerichte financiering. Is deze interventie in de organisatiestructuur wel de oplossing? In dit artikel wordt gesteld dat RVE's een verbetering kunnen zijn, voor zover ze bijdragen aan het herstel van evenwicht in de ziekenhuisorganisatie. Ter verduidelijking wordt een analogie geschetst met de eerstelijnsgezondheidszorg. RVE's vormen geen garantie voor betere verhoudingen. Ze bieden kansen waar ze ruimte maken voor de professionele verantwoordelijkheid voor kwaliteit, arrangementen en kosten van zorg. Ze zijn een risico waar het gaat om te vergaande uitwerking in instrumenten die inzicht moeten verschaffen in prestaties en onderliggende stuurinformatie. Resultaatverantwoordelijkheid kan zo worden ingericht dat er uiteindelijk van de beoogde ruimte voor RVE's weinig overblijft. Vooral de instrumentering van RVE's zal dan ook bepalend zijn voor het succes. Wordt gefaciliteerd om tot betere verhoudingen en zorg te komen, of wordt vooral een nieuw verantwoordingsstelsel ontwikkeld dat het bestaande spanningsveld alleen nog maar verder institutionaliseert en een effectief samenspel belemmert?

**Druk op de ziekenhuisorganisatie**

Dat de organisatie van het ziekenhuis onder druk staat, is bekend en regelmatig in de krant te lezen. Het beheersen van de kosten van de gezondheidszorg bepaalt de agenda van de politiek en het nemen van organisatorische maatregelen is daarbij het meest gebruikte gereedschap. Een aantal incidenten trok publieke aandacht en wierp licht op de complexe verhouding tussen specialisten, bestuurders en toezichthouders. Marktwerking in de zorg, althans wat daarvoor doorgaat, kreeg onder minister Klink van VWS meer vorm en werd voor het publiek vooral zichtbaar door een toename van het aantal zelfstandige behandelcentra (ZBC's) en een beperkt aantal overnames van ziekenhuizen door private partijen. Nog meer in het oog springen waarschijnlijk de klachten over administratieve druk als gevolg van de invoering van diagnosebehandelingcombinaties (DBC's) en het hoog opgelopen conflict met de minister over de grote inkomensstijging van groepen medisch specialisten.

**Ziekenhuisbestuurders onder druk**

Het is een zware tijd voor ziekenhuisbestuurders. Enerzijds staan de verhoudingen met de medisch specialisten onder grote druk. Marktwerking leidt tot een verzakelijking in de relaties en tot een dialoog waarin financiële overwegingen steeds vaker de overhand krijgen. 'Het gaat alleen nog maar over geld', verzucht menig bestuurder. Specialistische organisaties

1. Ad Standaard is partner en oprichter van Bureau Obelon Rotterdam en als adviseur werkzaam in de gezondheidszorg en maatschappelijke dienstverlening.



## INLEIDEND ARTIKEL

---

zich in toenemende mate in besloten vennootschappen (bv's). Terwijl de kwaliteit van de verbindingen binnen een organisatie vaak bepalend zijn voor het succes,<sup>2</sup> worden de posities binnen het ziekenhuis formeler en juridiseren de verhoudingen. Bestuurders staan voor de vraag hoe de verbindingen binnen het ziekenhuis kunnen worden versterkt of in stand gehouden. En dan is al snel de achterliggende vraag aan de orde: Wat bindt ons? Deze vraag is existentieel van aard en stelt het ziekenhuis in zijn fundamenten aan de orde.

Anderzijds worden ziekenhuisbestuurders geconfronteerd met veel nieuwe regelgeving. Een argeloze waarnemer zou misschien anders verwachten, maar marktwerking gaat in Nederland gepaard met een hoge mate van regulering. Behalve de administratieve lasten die ziekenhuisorganisaties ondergaan als gevolg van de invoering van DBC's en de daarmee verbonden prestatie-indicatoren, is meer regelgeving onderweg om het marktspel te beheersen. Het toezicht expandeert als gevolg van de Wet toelating zorginstellingen (WTZi)<sup>3</sup>, de rol van cliënten en stakeholders krijgt een wettelijke basis in de Wet cliëntenrechten zorg (Wcz) en de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo). De positie van cliënten wordt versterkt door meer instemmings- en enquêterecht van cliëntenraden. Daarnaast krijgen nieuwe belanghebbenden, zoals de lokale overheid en 'winstbewijshouders', een positie in de bestuurlijke organisatie van het ziekenhuis. Verder dienen zorgspecifieke fusietoetsen en wettelijke voorwaarden aan resultaatafhankelijke vergoedingen de ziekenhuizen verder op de rails te houden.

De nieuwe regelgeving enerzijds en de veranderingen in de interne verhoudingen binnen het ziekenhuis anderzijds stellen bestuurders voor een aanzienlijke opgave. De organisatiestructuur van het ziekenhuis staat onder grote druk en dat lijkt een belangrijke verklaring voor het gegeven dat veel ziekenhuizen kiezen voor een structuuroplossing, zoals een resultaatverantwoordelijke eenheid (RVE).

### Wat zijn resultaatverantwoordelijke eenheden?

#### Omschrijving

Over RVE's is in de organisatiekunde weinig te vinden. Als referentie denkt men direct aan businessunits en aan het standaardwerk daarover van Wissema.<sup>4</sup> Wissema omschreef unitmanagement als 'een managementstijl en een organisatievorm gericht op het decentraliseren van ondernemerschap binnen een organisatie'. Unitmanagement beoogt de organisatie beter toe te rusten op ondernemerschap en sluit dus aan bij het huidige klimaat van marktwerking in de gezondheidszorg. Het was een reactie op de beperkingen van de 'functionele organisatie', waarbij de organisatie- en managementstructuur geordend is naar functies als markt, inkoop, ontwikkeling, productie en verkoop. Met 'units' en 'unitmanagement' werd integrale businessverantwoordelijkheid voor product-marktcombinaties (PMC's) geïntroduceerd, wat betekende dat er winst- of resultaatverantwoordelijkheid voor de units ontstond.

2. Ofman, D. *Bezieling en kwaliteit in organisaties*. Utrecht: Servire, 2006.

3. Hermans, H.E.G.M., Scholten, G.R.M. Raden van Toezicht bij zorginstellingen: een doorgeschoten fenomeen. *Zorg & Financiering*, 2008, nr. 6.

4. Wissema, J.G. *Unitmanagement: het decentraliseren van ondernemerschap*. Assen: Van Gorcum, 1989.



In een recent rapport<sup>5</sup> definieert SEO Economisch Onderzoek (SEO) een RVE als volgt: 'Deze beleidsoptie houdt in dat het ziekenhuis afspraken met maatschappen van vrijgevestigde specialisten en met vakgroepen van specialisten in loondienst over het te halen resultaat van de eenheid en vakgroep/maatschap beloont wanneer de afspraken gehaald zijn. Naast het financiële resultaat kunnen ook kwaliteitsdoelstellingen worden gehaald.' SEO omschrijft RVE's dus als een 'beleidsoptie' van ziekenhuizen die zich lijkt te beperken tot de afspraken tussen het ziekenhuis en de maatschappen of vakgroepen van specialisten.

Organisatiekundig gezien heeft het inrichten van RVE's echter aanzienlijk meer betekenis. Dat heeft vooral te maken met de verantwoordelijkheidsverdeling en de besturingsfilosofie. Door de invoering van RVE's worden verantwoordelijkheden anders belegd: er vindt decentralisatie van verantwoordelijkheden plaats. Er wordt als het ware ruimte toegekend aan een RVE om te mogen doen wat nodig is om het resultaat te realiseren. Wissema zegt over units: 'De unit is verantwoordelijk voor de strategische analyse, de strategische keuzen en het zelfstandig uitvoeren van het beleid.' De bemoeienis van hogere bestuurslagen beperkt zich tot randvoorwaarden en de bewaking van het te behalen resultaat.

Met de invoering van RVE's wordt ook een keuze gemaakt met betrekking tot besturingsfilosofie. Ziekenhuizen kampen met grote besturingsvragen die vooral samenhangen met de verhoudingen tussen het management en de medisch specialisten. In de loop der jaren zijn tal van organisatievormen beproefd, zoals het geïntegreerd medisch-specialistisch bedrijf (GMSB) en vormen van managementparticipatie van medisch specialisten. We lijken nu de nadagen van de medische staven mee te maken. De pogingen om medisch specialisten te betrekken bij de besturing van ziekenhuizen door medische staven lopen op hun laatste benen, lieten Scholten en Van der Grinten in 2003 al zien.<sup>6</sup> Zij stelden vast dat er van partnership met het stafbestuur in de besturing nauwelijks sprake is en dat men er niet voldoende in slaagt een brug te slaan tussen de staven en het ziekenhuisbestuur.

De oplossing van de problemen 'die verband houden met het feit dat de machtsverhoudingen onhelder zijn en een onbalans bestaat tussen de macht en de verantwoordelijkheid van de medische staf',<sup>7</sup> is zeker in deze tijd van strategisch belang. Een ziekenhuis dat zich strategisch moet kunnen positioneren in de markt, kan zich weinig energieverlies door moeizame verhoudingen permitteren.

RVE's representeren in beginsel duidelijke verhoudingen en verantwoordelijkheden en zouden dus in theorie een oplossing kunnen zijn. Resultaatverantwoordelijkheid schept de mogelijkheid om professionele en financiële verantwoordelijkheid dichterbij elkaar te brengen en duidelijkheid te brengen in de verhouding tussen RVE en ziekenhuisbestuur. De RVE moet de eigen strategische keuzen maken en vervolgens uitvoeren om het afgesproken resultaat te kunnen realiseren.

5. SEO Economisch onderzoek. *De relatie tussen de medisch specialist en het ziekenhuis*. Amsterdam: SEO, 2010. Rapport nr. 2010-16.

6. Scholten, G.R.M., Grinten, T.E.D. van der. Medische staf op weg naar partnership? *Acta Hospitalia* 2003, nr. 2.

7. Scholten, G.R.M., Hermans, H.E.G.M., Holland, J. Op zoek naar een passend model. *Medisch Contact* 2006, nr. 28.



### RVE's in de praktijk

Of resultaatverantwoordelijkheid snel bepalend zal worden voor het gehele organogram van ziekenhuizen en een algemeen toegepast beginsel in de besturingsfilosofie zal worden, is de vraag. Daarvoor zijn ziekenhuizen te complex en is de zorg te afhankelijk van ziekenhuisbrede ondersteunende diensten, inkoop, personeelswerving en huisvesting. RVE's zullen dus in de praktijk waarschijnlijk vooral beperkt worden toegepast. Zo zien we ziekenhuizen die resultaatverantwoordelijkheid alleen invoeren voor specifieke zorgvormen zoals ketenzorg, transmurale zorg, hart- en vaatziekten, chronische ziekten. Ook komt het verlenen van resultaatverantwoordelijkheid aan ondersteunende afdelingen veel voor.

Resultaatverantwoordelijkheid zal in de praktijk verschillend uitpakken met de keuzen die worden gemaakt in de omschrijving van het beoogde resultaat. De simpele handhaving van een financiële norm voor RVE's zal binnen ziekenhuizen waarschijnlijk nauwelijks voorkomen. De financiering van de zorg is daarop voorsnog niet voldoende ingesteld (niet-kostendekkende DBC's) en te onzeker. Bovendien zal de afhankelijkheid van centrale diensten aanzienlijke financiële verrekeningen nodig maken. Ook in kwalitatief opzicht is de bepaling van het resultaat van een 'zorg-RVE' niet eenvoudig. Kwaliteit van zorg is moeilijk meetbaar en de indicatoren die worden toegepast zijn dikwijls indirect en vatbaar voor discussie.

Het risico bestaat daardoor dat in de onderhandelingen waarmee de invoering van RVE's gepaard zullen gaan, steeds verdergaande beschrijvingen ontstaan met financiële, kwalitatieve, personele en facilitaire parameters. Ook zullen hierbij steeds meer instrumenten worden toegepast die inzicht vereisen in prestaties, kwaliteit, kosten, opbrengsten en onderliggende stuurinformatie.

Resultaatverantwoordelijkheid kan uiteindelijk zo in regelingen worden uitgewerkt dat er van de beoogde ruimte voor RVE's weinig overblijft. Sterker nog: in theorie is het zelfs denkbaar dat de ruimte afneemt en de verantwoordingsdruk voor de uitvoering alleen maar toeneemt.

Uitzicht op meer ruimte verklaart het draagvlak waarop RVE's kennelijk vaak kunnen rekenen.<sup>8</sup> Of dat altijd het geval is, hangt dus vooral af van de wijze waarop resultaatverantwoordelijkheid wordt uitgewerkt.

### Wat valt er met de invoering van RVE's te winnen?

Gezien de verhoudingen binnen ziekenhuisorganisaties is het bij het overwegen van een RVE verstandig terug te keren naar de vraag waar het echt om dient te gaan. Uiteindelijk zal het succes van de verandering vooral afhangen van de meerwaarde die het in die verhoudingen oplevert. Wie RVE's uitsluitend overweegt om het hoofd te bieden aan de eisen van de marktgerichte financiering, loopt grote kans alleen nog maar meer energie te verliezen aan een nieuw hoofdstuk van een langlopend debat tussen bestuur en medisch specialisten. RVE's kunnen een verbetering maar ook een verslechtering van de ziekenhuisorganisatie opleveren. Er doet zich dan ook een dilemma voor dat zelden beter is verwoord dan door

8. SEO Economisch onderzoek. *De relatie tussen de medisch specialist en het ziekenhuis*. Amsterdam: SEO. Rapport nr. 2010-16.



Michael Porter in zijn geruchtmakende boek:<sup>9</sup> *The real proof of success is better patient results (quality versus cost), not compliance with processes specified by outside experts or administrators.*

Deze formulering geeft treffend aan dat interventies die in het zorgsysteem worden gedaan, uiteindelijk op de effecten voor de kwaliteit van de zorgverlening zullen worden afgerekend. Bij het overwegen van RVE's gelden dan ook minstens twee belangrijke vragen:

- Zullen RVE's echt iets opleveren in de zorgverlening, of valt te verwachten dat de afspraken maximaal obligaats zullen worden nageleefd?
- Zal met RVE's een betere verbinding tussen het medische en het managementdomein tot stand komen, of wordt juist meer afstand en bureaucratie geschapen?

Cruciaal voor het succes van RVE's is of ze een aangrijpingspunt zullen realiseren voor verbetering van de samenwerking tussen het medische en het managementdomein.

### Kernvragen in de verhoudingen tussen management en hoogopgeleide zorgprofessionals

Er is buitengewoon veel geschreven over 'management van professionals', van literatuur die beschrijft welke mogelijkheden er zijn om professionals aan te sturen tot schrijvers die ervoor pleiten dat nu juist niet te doen.<sup>11</sup> Hieruit blijkt hoe moeilijk het is om binnen organisaties productieve verhoudingen met hoogopgeleide professionals als artsen, advocaten of therapeuten te onderhouden. Bij uitstek geldt dit voor professionals aan wie de zorg voor individuele cliënten is toevertrouwd. Uiteindelijk vindt het meeste werk in de spreekkamer van deze professionals plaats en ontleent de organisatie aan dit werk zijn bestaansrecht. De patiënt komt voor mij en niet voor de directeur, denkt de arts en dat bepaalt ook zijn beoordeling van de ziekenhuisorganisatie. Het management aan de andere kant moet sturen om te zorgen dat de beste zorg tegen aanvaardbare kosten tot stand komt. De positiekwestie is daarmee in de kern geschetst en kenmerkt ziekenhuizen die in de loop der jaren veel soorten oplossingen hebben beproefd.

### Een bruikbare analogie: de huisartsenzorg

Uit belendende sectoren zijn goede voorbeelden bekend die aanknopingspunten bieden voor de vormgeving van evenwichtige verhoudingen tussen medici en managers. Zo biedt de eerstelijnsgezondheidszorg een rijk arsenaal aan organisatievormen met een grote variëteit in schaalgrootte en organisatorische positie van huisartsen: de solistische huisarts, de duopraktijk, de HOED (Huisartsen Onder Een Dak), het gezondheidscentrum, het eerstelijnscentrum, de koepelorganisatie van gezondheidscentra, de geïntegreerde eerstelijnsorganisatie met gezondheidscentra, thuiszorg en verpleging & verzorging.

Door de diversiteit aan ontwikkelingsfasen is binnen de eerste lijn goed te zien wanneer patronen ontstaan die minder effectief zijn vanuit een oogpunt van samenspel tussen orga-

9. Porter, M.E., Teisberg, E.O. *Redefining Healthcare*. Boston, Massachusetts: Harvard Business School Press, 2006.

10. Wanrooy, M.J. *Leidinggeven tussen professionals*. Schiedam. Scriptum management, 2001.

11. Weggeman, M. *Leidinggeven aan professionals? Niet doen!* Schiedam. Scriptum management, 2008.



## INLEIDEND ARTIKEL

---

nisatie en professional.<sup>12</sup> Zo zijn eerstelijnscentra in de oprichtingsfase meestal een initiatief van huisartsen, of zijn deze minimaal zeer actief betrokken. Is het centrum eenmaal opgericht, dan doet zich over het algemeen het volgende patroon voor. De huisarts is lid van een team geworden en wordt door een collega vertegenwoordigd in een overleg met de directeur, meestal managementteam (MT) geheten. De directeur wordt opgenomen in een netwerk van bestuur, collega-directeuren, sectororganisaties en financiers en langzamerhand ontstaat een patroon waarbij het initiatief naar de bovenkant van de organisatie wordt verlegd. De huisarts wordt weliswaar regelmatig door het management geïnformeerd over de ‘turbulente ontwikkelingen’, maar lijkt zelf niet meer aan slag te zijn. De agenda van het managementteam wordt beheerst door ‘beleidszaken’ en men doet meestal vergeefse pogingen nog iets over de zorgverlening zelf te horen, bijvoorbeeld door het vaste agenda-punt ‘Uit de teams’

De onevenwichtigheid die zo lijkt te ontstaan in initiatief en agendavoering lijkt een – meestal – onbedoeld gevolg van een gangbare wijze van organiseren in de zorg die mensen verdeelt in ‘uitvoerenden’ en functionarissen die de uitvoering tot object hebben, zoals leidinggevenden, beleidsmakers en ondersteuners.

De invoering van programmafinanciering in de eerste lijn<sup>13</sup> was voor werkgevers aanleiding zich rond de cao-onderhandelingen (collectieve arbeidsovereenkomst) fundamenteeler te bezinnen op de organisatorische verhouding met huisartsen binnen gezondheidscentra. De binnen deze organisaties gegroeide verhoudingen bleken moeilijk verenigbaar met de betrokkenheid van zorgprofessionals die programmafinanciering vereist.

In opdracht van de Landelijke Vereniging Georganiseerde eerste lijn (LVG) stelde deze auteur een advies op waarin gewezen werd op de neveneffecten van de gekozen organisatievorm, met als hoofdpunten: het uit balans raken van het initiatief, de agendavoering binnen de centra en het achterblijven van de organisatieontwikkeling van het medische domein.<sup>14</sup>

Huisartsen concentreren zich op hun spreekkamer en zijn waar het gaat om het organisatiebeleid in een afhankelijke, reactieve positie gebracht. Terwijl door de financier de ontwikkeling van zorgprogramma’s bepalend werd voor de financiering van de infrastructuur, liepen centrummanagers op tegen passiviteit waar het gaat om de bijdragen van de huisartsen. De geringe ontwikkeling en effectiviteit van de organisatie van het huisartsteam zijn hiervan een organisatorische neerslag. De teamvertegenwoordiger in het MT heeft veelal een zwak georganiseerd verband van individuen achter zich dat zich vooral mobiliseert als er besluiten dreigen te worden genomen die niet gewenst zijn. Dat betekent dat de formele structuur van de organisatie een zwakke basis heeft. De besturing zoals georganiseerd met een directeur, een bestuur en een MT berust op drijfzand: het stuurwiel blijkt niet verbonden met de wielen.

Het tegengaan van de onevenwichtigheid in de organisatie, die zo goed zichtbaar is in de zich ontwikkelende eerste lijn, is een van de belangrijkste opgaven voor zorgorganisaties.

12. Standaart, C.A. *De eerstelijns moet zich anders organiseren!* Rotterdam. Bureau Obelon, 2008.

13. Werkgevers aangesloten bij de Landelijke Vereniging Georganiseerde eerste lijn (LVG).

14. Standaart, C.A. *Visie op partnerschap*. Tussenrapportage voor de werkgeversvergadering van de LVG.



Om evenwicht te bereiken is het nodig te investeren in de organisatiegraad van professionals, zodat de professionele verantwoordelijkheid voor zorgprocessen, kwaliteit, resultaat en ontwikkeling effectief vorm kan krijgen. Het vraagt ook ontwikkeling van een managementstijl die bij deze verhoudingen past.<sup>15</sup> Er is op dat terrein sprake van veel ontwikkeling, maar structurele verhoudingen zijn weerbarstig en verankerd in geschiedenis en beeldvorming tussen geledingen.<sup>16</sup>

### Resultaatverantwoordelijkheid in ziekenhuizen: mogelijkheden en beperkingen

SEO onderzocht in opdracht van het ministerie van VWS welke prikkels en sturingsmogelijkheden er zijn om de kwaliteit en de doelmatigheid van medisch specialisten te optimaliseren. Over RVE's wordt geconcludeerd dat deze naar verwachting een positief effect op de doelmatigheid van het ziekenhuis zullen hebben, omdat specialisten meer belang krijgen bij doelmatig gebruik van ziekenhuisfaciliteiten. Ten opzichte van andere prikkels<sup>17</sup> kunnen RVE's rekenen op relatief veel draagvlak, wat verklaart dat de invoering van RVE's al zo breed lijkt plaats te vinden.

RVE's bieden vooral kansen als ruimte gemaakt kan worden om werkelijk verantwoordelijkheid over te dragen. De druk op ziekenhuisorganisaties wordt niet alleen veroorzaakt door marktwerking. De ziekenhuisorganisatie kent vaak een lang bestaand spanningsveld tussen medische professionals en bestuurders, de besturingsmogelijkheden zijn daarbij beperkt gebleken.

Het huidige op marktwerking gerichte beleid heeft het spanningsveld op scherp gezet. Daardoor tekent zich een verschuiving af in de posities. Niet alleen het ziekenhuisbestuur staat voor existentiële vragen, ook de medisch specialist stelt ze. Terwijl de ziekenhuisbestuurder naar wegen zoekt 'om de boel bij elkaar te houden', maken de medisch specialisten zich vanuit hun bv's op om hun positie te versterken en tot zo goed mogelijke afspraken te komen. RVE's zullen hun nut binnen dit spanningsveld moeten bewijzen.

Succesvolle RVE's vergen andere verhoudingen binnen de ziekenhuisorganisatie. Van bestuurders wordt gevraagd werkelijk ruimte te maken voor een andere verdeling van verantwoordelijkheden. Van de RVE wordt gevraagd die verantwoordelijkheid te nemen en het is noodzakelijk dat de voorwaarden voor de uitoefening daarvan worden aangebracht. Er zal ook voordeel zichtbaar moeten zijn voor de RVE, niet alleen in de zin van interessante 'incentives' voor goede resultaten, maar ook in de betekenis van ondersteunend aan de ontwikkeling van de zorgverlening zelf. Binnen RVE's moet een proces op gang komen waarbij de RVE zich kan bewijzen in zijn probleemoplossend vermogen. Wanneer de RVE weinig bijdragen levert aan de 'zorgagenda', zal de functie ervan beperkt blijven tot die van verantwoordingsinstrument.

15. Standaart, C.A.; Sikkema, G. 'It takes two to tango', van professionele autonomie naar professionele verantwoordelijkheid. *Gezondheidszorg en management* 1999, nr. 10.

16. Standaart, C.A. *Waarom is management zo vaak een probleem?* Rotterdam: Bureau Obelon, 2008.

17. SEO onderzoekt de werkzaamheid van prikkels als prestatiebeloning, loondienst, een joint venture, maximering van de omzet, prestatiebeloning en resultaatverantwoordelijke eenheden.



## INLEIDEND ARTIKEL

---

Resultaatverantwoordelijkheid vraagt een hoge organisatiegraad van professionals. Er is meer stuurvermogen van professionals nodig om de verantwoordelijkheid voor de organisatie en uitvoering van zorg te kunnen waarmaken. Dat stuurvermogen dient medische professionals in staat te stellen om zorg en zorgprogramma's te ontwikkelen en uit te voeren die kwalitatief en financieel aan de gestelde normen voldoen.

### Invoeringsaspecten van RVE's

In de praktijk wordt het succes van organisatieverandering vaak meer bepaald door de wijze van invoering dan door de merites van het beoogde model. Dat geldt ook voor RVE's. Omdat RVE's veronderstellen dat het initiatief in de organisatie wordt verlegd, is het dan ook belangrijk dat dit in de aanpak doorklinkt. Een ontwikkelingsbenadering waarbij geleidingen zich ontwikkelen in de richting van de beoogde verhoudingen, lijkt dan ook meer aan de orde dan een ontwerpbenadering waarbij de uitwerking van de verhoudingen voorafgaat aan implementatie van vooraf ontworpen regelingen. Bij een ontwerpbenadering is er een groter risico op vergaand instrumentalisme, omdat het lopende debat tussen partijen zich in de uitwerking van RVE's uitleeft.

Eerder in dit artikel werd de studie van Wissema aangehaald bij de omschrijving van resultaatverantwoordelijkheid. Van recenter datum is de publicatie van Strikwerda,<sup>18</sup> die is gebaseerd op uitgebreid onderzoek van ondernemingen en instellingen. Strikwerda constateert dat de unitorganisatie lang goed heeft gefunctioneerd, maar nu toch tegen haar grenzen aan loopt. Omdat de markt verandert, het economisch model steeds vaker door de unitgrenzen heen loopt, de beschikbare kennis in steeds meer producten moet worden aangewend, begint de unit een te beperkte scope te worden. Deze studie richt zich niet op de gezondheidszorg, maar wellicht zijn er parallellen te vinden die kunnen behoeden voor te vergaande stappen.

Organisaties zijn geneigd meer van hetzelfde voort te brengen, zoals onder meer valt te leren van de vele pogingen van overheden en grote bedrijven om te decentraliseren. 'Decentraliseren blijft een werkwoord' kan de cynicus zeggen, wie decentraliseert blijft aan slag. En dat geldt ook voor de overdracht van verantwoordelijkheden naar RVE's. Bestaande verhoudingen werken door bij het realiseren van RVE's. Het management zal 'van de bal af moeten komen' en zal een al te grote neiging naar compenserende zekerheden moeten overwinnen.

Het verleggen van het initiatief is een belangrijke opgave voor zowel het management als de medische professionals. Dat zou wel eens het cruciale ijkpunt kunnen zijn voor het succesvol invoeren van RVE's.

---

18. Strikwerda, J. *Van unit management naar multidimensionele organisaties*. Assen. Van Gorcum, 2008.



### Samenvatting

- 1 Resultaatverantwoordelijkheid kan voor ziekenhuizen in beginsel een goed aanknopingspunt zijn om de organisatie aan te passen aan de eisen van deze tijd.
- 2 Het succes van de invoering van RVE's zal echter vooral afhangen van de mate waarin men erin slaagt met behulp van dit model tot betere verhoudingen tussen de medische en de managementwereld te komen.
- 3 Belendende sectoren, zoals de eerstelijnsgezondheidszorg, bieden interessante inzichten in de wijze waarop zorgorganisaties met hoogopgeleide professionals uit balans kunnen raken en hoe dit kan worden tegengegaan.
- 4 Succesvolle invoering van RVE's zal sterker afhangen van de uitwerking in instrumenten en de wijze van invoering dan van de merites van het model op zich.
- 5 De bestaande verhoudingen binnen ziekenhuizen zullen bij de vorming van RVE's doorwerken en compliceren werken. De inzet van het management om 'van de bal af te komen' en van professionals om verantwoordelijkheid te nemen, zal bepalend zijn voor het succes.
- 6 Gezien de aard van de verandering die nodig is om RVE's succesvol te laten zijn, lijkt een groeiscenario met veel aandacht voor managementontwikkeling beter dan een aanpak waarbij vooral de aandacht uitgaat naar het ontwerp van verhoudingen en regelingen. ◀

#### Gratis sneller nieuws door e-mailnieuwsbrief én toegang tot archief

Hebt u zich al aangemeld voor de *Zorg & Financiering* e-mailnieuwsbrief? U kunt zich opgeven via onze website [www.zorgenfinanciering.nl](http://www.zorgenfinanciering.nl) (klik op e-mailnieuwsbrief en vul uw e-mailadres in). Deze elektronische nieuwsbrief is voor u als abonnee op *Zorg & Financiering* gratis. De nieuwsbrief verschijnt maandelijks tussen de reguliere nummers door. Belangrijk nieuws komt daarmee eerder onder uw aandacht.

Met uw gebruikersnaam en wachtwoord kunt u de berichten in de e-mailnieuwsbrief of op de site openen. Bent u de gebruikersnaam of het wachtwoord kwijt? Geen nood, u kunt die gewoon weer bij ons opvragen via de website.

Extra: u kunt ook met uw gebruikersnaam en wachtwoord alle eerder verschenen nummers van *Zorg & Financiering* op de website inzien! En ook het komende nummer kunt u daar meestal eerder lezen dan de papieren versie.

Hebt u vragen, neemt u dan contact op met de afdeling klantenservice van Bohn Stafleu van Loghum via [www.bsl.nl](http://www.bsl.nl) of bel met (030) 638 37 35 (bereikbaar van 8.30 tot 17.00 uur).