

## **6. Beschrijving van de onderzoeksresultaten van het Martini Ziekenhuis**

### **6.1 Inleiding**

In dit hoofdstuk worden de resultaten beschreven van het onderzoek zoals dat heeft plaatsgevonden in het Martini Ziekenhuis. In paragraaf 6.2 worden kort de tot standkoming van het Martini Ziekenhuis en de ontwikkelingen in de eerste vijf jaren van de fusie geschetst. Paragraaf 6.3 tot en met 6.7 bevat de resultaten van het onderzoek naar de vijf hypothesen, waarbij elke paragraaf eindigt met conclusies over de resultaten in het licht van de hypothese. De bijlagen 6 en 7 geven een beeld van enkele getalsmatige ontwikkelingen. Bijlage 6 laat een aantal kengetallen zien en bijlage 7 toont de lastenkant van de resultatenrekening van het Martini Ziekenhuis.

### **6.2 Ontstaan en ontwikkeling van het Martini Ziekenhuis**

De eerste stappen voor de fusie tussen het O.L.V. Behoudenis der Kranken R.K. Ziekenhuis en het Diakonessenhuis beide te Groningen vinden plaats in 1989. Aan het einde van dat jaar wordt door de besturen en directies een intentie tot fusie vastgelegd en aan de beide organisaties bekend gemaakt. Exact een jaar later volgt het definitieve fusiebesluit. Vanaf 1 januari 1991 gaan beide ziekenhuizen op in het Martini Ziekenhuis. De belangrijkste doelstellingen luiden:

- Het realiseren van een topklinische voorziening op één locatie in Groningen-Zuid;
- Met een zo breed mogelijk samenhangend aanbod van gespecialiseerde zorg;
- Regionaal en functioneel gesitueerd tussen de ziekenhuizen in de omgeving en het Academisch Ziekenhuis te Groningen.

Vanaf het begin van de fusie richt het Martini Ziekenhuis zich op het verkrijgen van toestemming om over te gaan tot vernieuwbouw op lokatie van Swieten (het voormalige R.K.Z.). Eén van de directieleden concentreert zich volledig op die taak.

Belangrijke overwegingen voor de fusie zijn:

- Versteving van de positie van het Diaconessenhuis
- Verkrijgen van expansiemogelijkheden voor het R.K.Z.
- Realisatie van betere kwaliteit onder andere door het realiseren van verdergaande (sub)specialisatie
- Realiseren van een topklinische functie op één locatie.

Reeds voor de fusie zijn diverse geledingen (medische staf; management) betrokken bij de ontwikkeling van de fusieplannen. Als belangrijke uitgangspunten voor de nieuwe organisatie worden genoemd:

- Voldoende bestuurlijke daadkracht, waarbij de organisatie zodanig ingericht diende te zijn dat het topmanagement zich kan richten op strategische vraagstukken.
- Het streven naar een platte organisatie met goede communicatielijnen.
- Het centraal stellen van Patiënt en kwaliteit. Daaraan was het besef gekoppeld dat tot nu toe vooral de beroepsgroepen de structuur bepalen en niet de patiënt.
- Betrokkenheid van de medici bij de besturing en de beleidsontwikkeling door middel van managementparticipatie.

De voorkeur ging daarbij uit naar het realiseren van een gekantelde organisatie die niet functioneel-, maar procesgericht zou moeten zijn.

Voorafgaand aan de veranderingen in het primaire proces werden reeds de sectoren P&O (Personeel en Organisatie) en A&I (Administratie en Informatie) ingericht, zodat vanuit deze sectoren de benodigde ondersteuning geleverd zou kunnen worden bij de ontwikkeling en vormgeving van het primaire proces van het ziekenhuis. In maart 1992 presenteert de projectgroep 'Organisatie' het voorstel voor de nieuwe structuur. Na uitvoerige discussie binnen de organisatie wordt dit voorstel in het najaar van 1992 aangenomen. Vanaf dat moment concentreert het Martini Ziekenhuis zich naast het verkrijgen voor toestemming voor de vernieuwbouw, op invoering van de ontwikkelde structuur. In 1993 wordt de managementstructuur onder de directie ingevuld en volgt de verdere planvorming voor inrichting van de sectoren in centra en units. Uiteindelijk worden in de loop van 1995 voor de sectoren in de Zorg centrummanagers benoemd. Nadat in eerste instantie door het ministerie van Volksgezondheid de verklaring van geen bezwaar voor de vernieuwbouw wordt aangehouden (januari 1994), krijgt het Martini Ziekenhuis in mei 1995 de zo fel begeerde verklaring en start daarmee de aanloop voor het bouwproces.

Als belangrijke overweging voor de fusie wordt genoemd de versterking van de positie van het Diakonessenhuis. Tabel 6.1 geeft de RAK weer van beide ziekenhuizen in de twee jaar voor de fusie en van het Martini Ziekenhuis in de eerste vijf jaar van de fusie. Duidelijk is dat de financiële positie van het RKZ aanmerkelijk beter was dan die van het Diakonessenhuis.

Jaar	Diakonessenhuis	RKZ	Martini Ziekenhuis
1989	-0,6	3,7	
1990	-0,5	3,8	
1991			4,4
1992			4,9
1993			4,5
1994			6,2
1995			7,7

**Tabel 6.1: De ontwikkeling van de RAK in de periode van 1989 tot en met 1995 (bedragen in miljoenen gulden)**

### 6.3 De resultaten van het onderzoek naar de eerste hypothese

Zoals in het derde hoofdstuk uiteen is gezet, worden een aantal verhoudingsgetallen op het gebied van de personele kosten beschouwd om te zien of er een verandering is opgetreden in de verhouding tussen de managementkosten en de productiekosten. Achtereenvolgens gaat het om:

1. De verhouding tussen managementkosten en productiekosten in totaal en de verhouding tussen managementkosten en productiekosten voor drie te onderscheiden hoofdgroepen te weten Zorg, Zorgondersteuning en Overig.

2. De verhouding tussen de direct zorggerelateerde kosten in de Zorg en de Zorgondersteuning versus de overige (indirecte) kosten.
3. De verhouding tussen de salariskosten enerzijds en de sociale kosten anderzijds. Dit wordt uitgesplitst in:
  - 3.1 De relatie tussen salariskosten en wettelijke sociale kosten;
  - 3.2 De relatie tussen salariskosten en de kosten van sociaal beleid.

Vervolgens worden de verschillen tussen aantal en aard van de managementposities in de drie onderzoeksjaren geanalyseerd. Deze analyse dient om optredende verschillen in de verhouding tussen managementkosten en productiekosten beter te kunnen interpreteren.

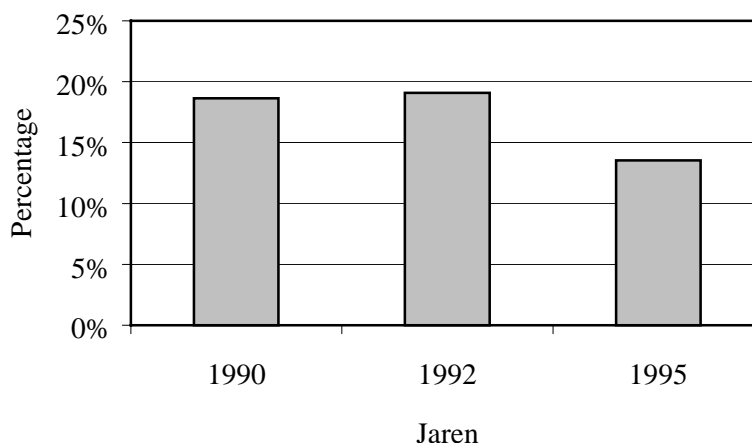
Zoals reeds eerder gesteld hangt de beoordeling van de eerste hypothese mede af van de ontwikkeling van de productiviteit in relatie tot de ontwikkeling van het budget. Voor het Martini Ziekenhuis laat tabel 6.2 de uitkomsten zien van deze ontwikkeling, gedurende de onderzoeksperiode:

Budgetgroei	3,9%
Groei klinische productie	7,7%
Groei poliklinische productie	13,1%

**Tabel 6.2: Groei van het budget en de klinische en poliklinische productie**

### 6.3.1 De relatie tussen managementkosten en productiekosten

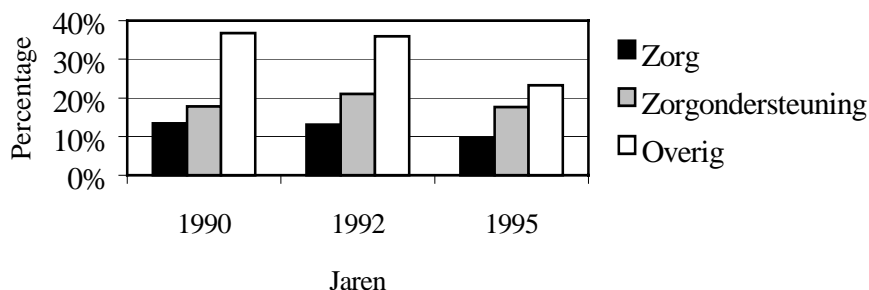
In figuur 6.1 is de ontwikkeling te zien van de managementkosten en de productiekosten van het totale ziekenhuis:



**Figuur 6.1: De verhouding tussen de managementkosten en de productiekosten**

Er is sprake van een geringe toename van de managementkosten ten opzichte van de productiekosten tussen het jaar voor de fusie (18,6%) en het tweede fusiejaar (19,1%) waarna in het vijfde fusiejaar een aanmerkelijk lagere verhouding is te zien (13,6%).

Differentiëren we deze verhouding over de hoofdgroepen Zorg, Zorgondersteuning en Overig dan zien we het volgende (figuur 6.2):



**Figuur 6.2: De verhouding tussen managementkosten en productiekosten in de Zorg en in de overige sectoren**

De verhouding in de zorg wijzigt tussen 1990 en 1992 nauwelijks (13,4% om 13,1%) om vervolgens te dalen naar 9,62% in 1995. De verhouding voor de zorgondersteuning stijgt eerst van 17,7% naar 21,1% om vervolgens te dalen naar 17,6%. Voor de overige onderdelen van het ziekenhuis daalt de verhouding tussen 1990 en 1992 licht (36,8% om 35,9%) om vervolgens aanzienlijk te dalen tot 23,2% in 1995. De hier gepresenteerde ontwikkelingen zijn relatief. In tabel 6.3 is te zien hoe de managementkosten zich in absolute zin hebben ontwikkeld (bedragen in miljoenen gulden):

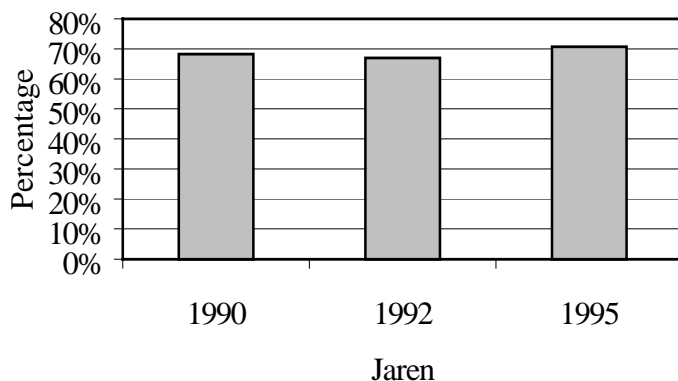
Managementkosten	1990	1992	1995
In de zorg	5,4	5,9	5,3
In de zorgondersteuning	2,1	2,6	2,4
Overig	4,6	5,3	3,9
Managementkosten totaal	12,1	13,8	11,6

**Tabel 6.3: De managementkosten voor de zorg, de zorgondersteuning en de overige delen van het ziekenhuis**

Wat direct in het oog springt is de absolute afname van de managementkosten gedurende de onderzoeksjaren. Er is sprake van een afname met 4%. Voor de zorg is er sprake van een geringe afname, voor de overige delen is er een afname met f700.000,=. De managementkosten in de zorgondersteuning kennen een stijging van f300.000,=

### 6.3.2 De relatie tussen de direct aan de zorg gerelateerde personeel kosten en de totale personele kosten

De relatie tussen de directe kosten en de totale personele kosten vertoont de volgende ontwikkeling gedurende de onderzoeksperiode (figuur 6.3):

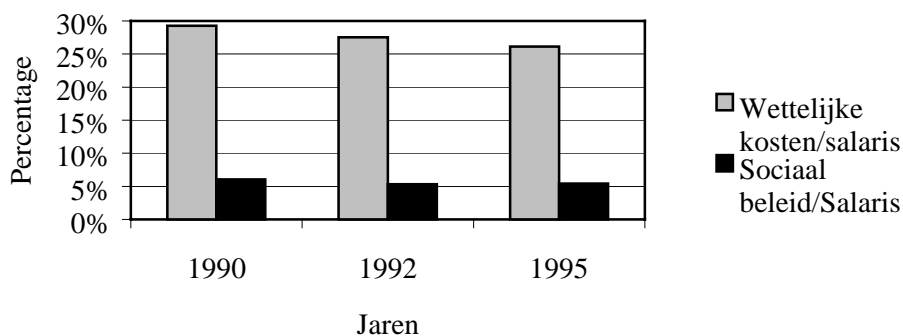


**Figuur 6.3: De direct aan de zorg gerelateerde personele kosten als percentage van de totale personele kosten**

Na een geringe daling tussen 1990 en 1992 (68,2% en 66,9%) is in het vijfde fusiejaar een aanzienlijke stijging te zien (70,7%). Op basis van de eerdere gegevens is dit niet verwonderlijk te noemen: de totale loonsom is toegenomen, de managementkosten zijn afgenomen, terwijl de productiekosten in de zorg en de zorgondersteuning zijn gestegen.

### 6.3.3 De verhoudingen tussen sociale kosten en salariskosten

Hoe hebben in de onderzoeksperiode de sociale kosten zich ontwikkeld in relatie tot



de salariskosten? Figuur 6.4 geeft dit weer.

**Figuur 6.4: De verhouding tussen de wettelijke kosten en de salariskosten en tussen de kosten van sociaal beleid en de salariskosten**

Vergeleken met de situatie voor de fusie:

- zijn de wettelijke kosten teruggelopen ten opzichte van de salariskosten (afname van 29,3% tot 26,1%)
- Zijn de kosten van sociaal beleid ten opzichte van de salariskosten in geringe mate afgenomen (van 6,1% naar 5,4%).

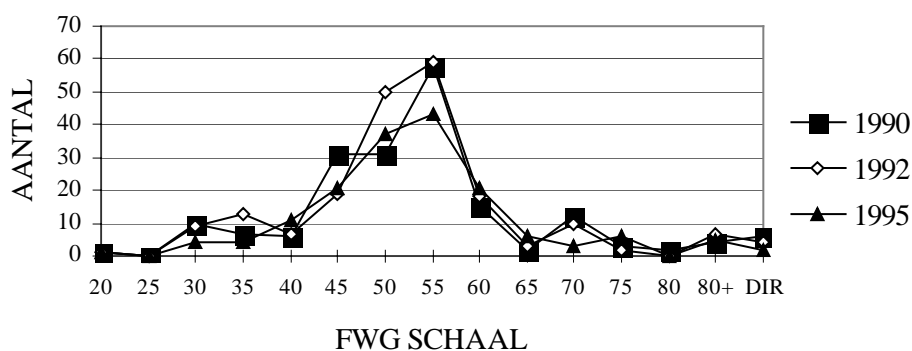
Het salaris heeft daarmee een groter aandeel gekregen in de totale loonsom ten opzichte van de wettelijke kosten en de kosten van sociaal beleid. Bijgaand is de ontwikkeling te zien van het aandeel van de drie componenten in de totale personele kosten:

	1990	1992	1995
Salaris	73,9%	75,3%	76,0%
Wettelijke lasten	21,6%	20,7%	19,9%
Sociaal beleid	4,5%	4,0%	4,1%

**Tabel 6.4: Het aandeel van het salaris, de wettelijke lasten en de kosten van sociaal beleid in de totale personele kosten.**

### 6.3.4 Invloeden op de verhouding van de managementkosten en de productiekosten

Een analyse van de managementfuncties geeft het volgende beeld te zien (figuur 6.5):

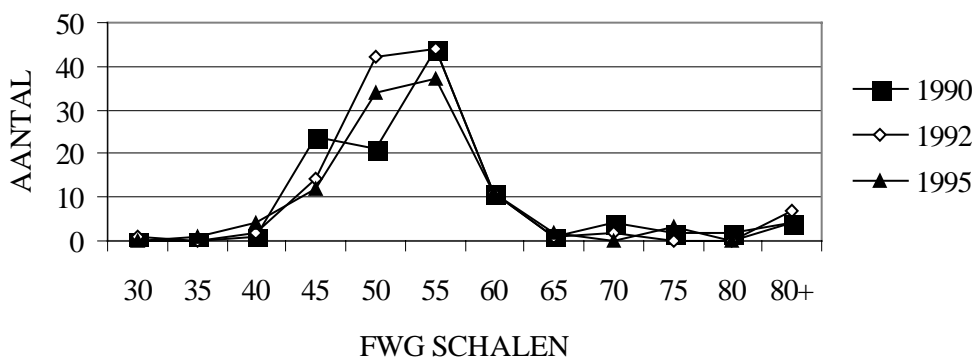


**Figuur 6.5: Overzicht van alle managementfuncties verdeeld over de FWG-schalen**

Wat valt er op:

- De eerste twee jaren van het onderzoek vertonen geen grote verschillen, met uitzondering van een afname van het aantal functies in groep 45 (een afname van 31 functies naar 19 functies) en een stijging in groep 50 (een stijging van 31 naar 50 functies).
- Tussen 1992 en 1995 treden diverse verschillen op:
- Het aantal leidinggevendenden in de groepen 30 en 35 neemt af.
- Het aantal leidinggevendenden in de groepen 50 en 55 neemt af (respectievelijk met 13 functies tot 37 functies voor groep 50 en met 16 functies tot 43 functies in groep 55).
- Het aantal functies in groep 70 neemt af (van 10 naar 3).

Figuur 6.6 laat zien hoe de verdeling van de managementfuncties in de zorg is. Daarbij blijkt dat het grootste deel van de wijzigingen zich in dit deel van de organisatie heeft voorgedaan. De uitsplitsingen voor de zorgondersteuning en de overige delen van de organisatie bevinden zich in bijlage 8.



**Figuur 6.6: Overzicht van alle managementfuncties in de Zorg verdeeld over de FWG-schalen**

De eerder genoemde grote wijzigingen treden vooral op in de Zorg. De wijzigingen te verklaren zijn uit:

- Een afname van het aantal functieplaatsen van eerste stafverpleegkundige (functie-groep 45) op verpleegafdelingen;
- Een afname van het aantal functieplaatsen van waarnemend hoofdverpleegkundige (groep 50) op verpleegafdelingen;
- Een afname van het aantal functieplaatsen van hoofden binnen de zorg (groep 55) zowel binnen de verpleging als op overige afdelingen.

### 6.3.5 Discussie en conclusies ten aanzien van de eerste hypothese

Bij de eerste hypothese is de vraag of fusie leidt tot een daling in de verhouding tussen managementkosten en productiekosten. Allereerst is het van belang te constateren dat de groei van de productie groter is dan de groei van het budget, zodat deze ontwikkeling bij de beoordeling van de uitkomsten geen rol hoeft te spelen. De uitkomsten van het Martini Ziekenhuis lijken het gestelde in de hypothese te bevestigen, immers

- Er is een daling waarneembaar in de relatie tussen de managementkosten en de productiekosten op ziekenhuisniveau, maar ook binnen de gemaakte onderverdeling Zorg en Overig. Een uitsplitsing van de daadwerkelijke kosten laat zien dat de daling niet alleen relatief aanwezig is, maar ook absoluut: de managementkosten in totaliteit zijn afgenomen.
- Bij een andere invalshoek namelijk de ontwikkeling tussen directe zorggerelateerde kosten en totale kosten is een zelfde effect waarneembaar. Overigens geldt ook hier evenals bij het eerste aandachtspunt dat de positieve ontwikkeling pas in het vijfde fusiejaar waarneembaar is. In het tweede fusiejaar is de situatie ongunstiger dan in het jaar voor de fusie!
- De salariskosten maken een groter deel uit van de totale loonkosten. Nu geldt voor dit punt dat zeker wat betreft wettelijke kosten één en ander vooral beïnvloed wordt door de CAO-onderhandelingen en wettelijke regelingen. Ook de kosten van sociaal beleid zijn ten opzichte van de loonkosten afgenomen. Dit is een punt dat door de organisatie wel te beïnvloeden is.

- Onderzoek van de opbouw van de managementfuncties over de FWG-schalen laat zien dat de verandering in de verhoudingen terug te vinden is in een andere opbouw van de managementfuncties. Met name in de Zorg zijn diverse grote verschuivingen waar te nemen.

### 6.3.6 Conclusies

1. In de loop van het fusietraject daalt de verhouding tussen managementkosten en productiekosten.
2. In de loop van het fusietraject stijgen de directe kosten ten opzichte van de indirecte kosten.
3. De managementkosten nemen niet alleen relatief maar ook absoluut af.
4. De wijzigingen in de opbouw van de managementfuncties binnen de Zorg leiden tot een afname van functies.

## 6.4 De resultaten van het onderzoek naar de tweede hypothese

Voor de tweede hypothese is gebruik gemaakt van de opstelling van de rubrieken uit de jaarrekening, zoals die zijn af te leiden uit de beschikbare gegevens uit de grootboekrekeningen.

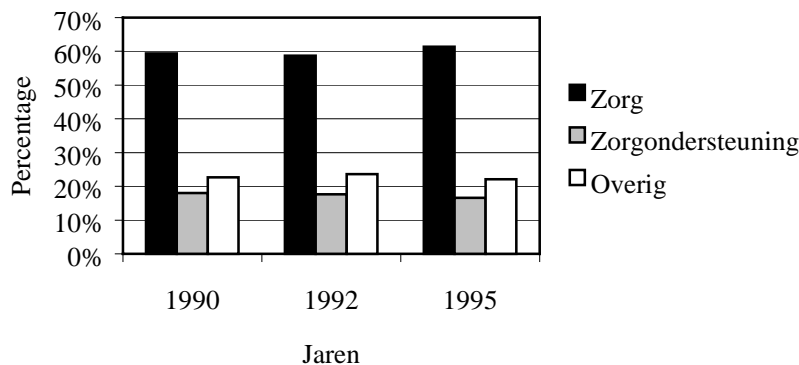
Voor het Martini Ziekenhuis kom ik tot de volgende resultaten ten aanzien van de personele kosten (rubriek 41 en 42; bedragen in miljoenen gulden):

Jaar	Budget Zorg	Budget Zorgondersteuning	Budget Overig	Budget Totaal
1990	61,9	18,7	23,6	104,3
1992	66,8	20,1	26,8	113,7
1995	78,6	21,2	28,3	128,1
Of in percentages van het totale personele budget:				
1990	59,3%	18,0%	22,6%	
1992	58,8%	17,6%	23,6%	
1995	61,4%	16,6%	22,1%	

**Tabel 6.5: Het aandeel van de zorg, de zorgondersteuning en de overige onderdelen in het personele budget.**

In figuur 6.7 wordt dit grafisch weergegeven. Het budgetaandeel van de primaire zorg is gestegen met 2,1%. De zorgondersteuning is echter afgenomen met 1,3% zodat er een stijging van 0,8% overblijft voor zorg en zorgondersteuning gezamenlijk. Deze stijging is niet direct tot stand gekomen: in het tweede fusiejaar was het aandeel van Zorg en Zorgondersteuning met 0,9% teruggelopen. De daling bij de Zorgondersteuning is doorgegaan, terwijl vanaf dat moment het percentage van de Zorg juist is toegenomen.





**Figuur 6.7: Aandeel van de zorg, de zorgondersteuning en de overige functies in het totale personele budget**

Als aan de personele kosten de patiëntgebonden kosten van de jaarrekening worden toegevoegd (Bijlage 7: rubriek 46), ontstaat het volgende totaalbeeld, waarbij sprake is van een geringe stijging van 0,4% van het budget van de zorggebonden activiteiten (tabel 6.6, bedragen in miljoenen gulden):

Jaar	R41 en 42 Zorg en Zorgondersteuning	R46: Patiëntgebonden kosten	R41, 42 en 46	Als % van de jaarrekening:
1990	80,6	26,8	107,4	58,9%
1992	86,9	29,1	116,0	58,6%
1995	99,8	32,1	131,9	59,3%

R41: rubriek 41 van de resultatenrekening, zijnde de salariskosten

R42: rubriek 42 van de resultatenrekening, zijnde de sociale kosten

R46: rubriek 46 van de resultatenrekening, zijnde de patiëntgebonden kosten

**Tabel 6.6: Het totale aandeel van de zorg en de zorgondersteuning van het totale budget**

#### 6.4.1 Discussie over de resultaten van het onderzoek naar de tweede hypothese

De tabel laat een geringe stijging zien van 0,4% van de omvang van het budget dat wordt aangewend voor de zorg en de zorgondersteuning. Deze stijging komt geheel voor rekening van de personele kosten in de Zorg. Een beschouwing van de rubrieken van de (materiële) patiëntgebonden kosten laat zien dat:

- Er twee rubrieken zijn met meer dan 1% stijging binnen het totale budget voor materiële kosten (dit is binnen het budget van 1995 een stijging met meer dan f300.000,=):
  - Protheses (2,3%)
  - Therapiekosten (1,7%)
- Er twee rubrieken zijn met meer dan 1% daling binnen het totale budget voor materiële kosten:
  - Foto's (1,7%)
  - Beeldmateriaal (1,4%)

Alle overige rubrieken vertonen een stijging of een daling tussen 0% en 1% van het totale budget. De stijging van de rubriek Protheses is te verklaren uit de gemaakte inhaalslag voor heupoperaties<sup>80</sup>. De opbouw van de rubrieken binnen de patiëntgebonden kosten laat geen grote verschuivingen of nieuwe ontwikkelingen zien. In die zin is er sprake van een integrale stijging van het budget.

#### **6.4.2 Conclusie**

Het aandeel van de zorggebonden kosten in het budget is toegenomen met 0,4%. Dit wordt veroorzaakt door een stijging in de personele kosten in de zorg. Deze stijging is minimaal, zodat beter gesproken kan worden van een gelijkblijvend niveau van het budget.

### **6.5 De resultaten van het onderzoek naar de derde hypothese**

Bij deze hypothese staat de vraag centraal of fusie leidt tot kanteling van de organisatie. De hypothese is onderzocht door bronnenonderzoek. Bijlage 9 bevat een overzicht van de gebruikte bronnen.

#### **6.5.1 Contouren van de gewenste organisatiestructuur in de préfusie fase**

Bij de voorbereiding van de fusie werd – zoals reeds gezegd – uitgegaan van de overgang van een functionele organisatie naar een productgerichte structuur (Conceptvoorstel tot fusie 1990, blz. 17), hier ook wel verwoord als het schillenmodel. Belangrijke argumenten daarbij waren:

- De vereiste bestuurlijke daadkracht, waarbij de organisatie zodanig ingericht diende te zijn dat het topmanagement zich kan richten op strategische vraagstukken.
- Het streven naar een platte organisatie met goede communicatielijnen.
- Het centraal stellen van Patiënt en kwaliteit. Daaraan was het besef gekoppeld dat tot nu toe vooral de beroepsgroepen de structuur bepalen en niet de patiënt.
- Betrokkenheid van de medici bij de besturing en de beleidsontwikkeling door middel van managementparticipatie.

In het Conceptvoorstel tot fusie (blz. 18) wordt een model geschetst van vier zorgsectoren ondersteund door een viertal ondersteunende sectoren respectievelijk gericht op diagnostiek & behandeling, facilitaire dienstverlening, Personeelsmanagement en Administratie & informatiemanagement. Er wordt op dat moment reeds gedefinieerd dat in de zorgsectoren al die disciplines thuishoren die “sterk bepalend zijn voor de primaire zorgfunctie (medici, verpleegkundigen, maatschappelijk werkenden, pastores, sociaal verpleegkundigen e.a.)”. Er wordt gedacht aan vier zorgsectoren gedifferentieerd in

- Een primair chirurgische sector;
- Een primair interne sector;
- Een sector neuromotoriek;
- Een sector Gyneacologie/verloskunde en kindergeneeskunde.

De sector diagnostiek & behandeling diende de medische onderzoeksfuncties te herbergen zoals radiodiagnostiek, operatieafdeling, laboratorium, apotheek, fysiotherapie etc.

### 6.5.2 De organisatiestructuur: plannen en ontwikkelingen in de eerste twee jaren

Direct na de fusie vindt reeds de integratie plaats van een aantal diensten en onderdelen in de nieuw te vormen sector Personeel en Organisatie. In de loop van 1992 vindt de vorming van de sector Administratie en Informatie plaats. Tegelijkertijd start reeds de integratie van alle diensten en onderdelen die deel dienen te gaan uitmaken van de facilitaire sector.

In de loop van 1991 gaat een werkgroep bestaande uit twee directieleden, drie diensthoofden, twee leden van de medische staf, twee leden van de Ondernemingsraad, twee leden van de verpleegkundige beroepsgroep met ondersteuning van twee organisatieadviseurs aan de slag om de gepresenteerde ideeën verder uit te werken. In maart 1992 presenteert de werkgroep een rapport getiteld 'Hoofdlijnen Organisatie Martini Ziekenhuis'. Na een uitvoerige inspraak en commentaarronde volgt in september 1992 de vaststelling. De nieuwe structuur wijkt op slechts één punt af van de eerder gepresenteerde ideeën: waar oorspronkelijk werd gedacht aan één sector voor diagnostiek en behandeling wordt nu gekozen voor twee sectoren voor respectievelijk behandeling en diagnostiek. De verschillende sectoren kennen een onderverdeling in centra en units. Uiteindelijk ontstaat er daarmee een organisatie die is opgebouwd uit:

- Vier zorgsectoren, waarin zowel de klinische als poliklinische dienstverlening wordt ondergebracht evenals enkele kleine diagnostische functies en behandel-functies zoals functieonderzoek en ergotherapie.
- Twee ondersteunende sectoren voor diagnostiek en behandeling.
- Drie algemeen ondersteunende sectoren gericht op facilitaire dienstverlening, Personeelsmanagement en Administratie en Informatievoorziening.

Overigens dienen in een latere fase de sectoren nog definitief te worden ingericht in centra en units.

Aan de lijst met uitgangspunten zijn enkele elementaire uitgangspunten toegevoegd:

- Het vermijden van staffuncties in de lijn. Staftaken worden in principe ondergebracht bij de ondersteunende sectoren, om een wildgroei aan staftaken tegen te gaan.
- Het opheffen van de waarneemfunctie: waar veel afdelingen naast een leidingge-vende ook nog enkele waarnemende functies kende, zou dit in de nieuwe organi-satievorm worden losgelaten.
- De noodzaak van kadervorming om toekomstige veranderingen aan te kunnen.

Een belangrijke constatering op dit moment is dat de grootste dienst van beide zie-kenhuizen, namelijk de verplegingsdienst, ophoudt te bestaan en veel kleine parame-dische diensten ondergebracht worden in de zorgsectoren. Aansluitend wordt gepleit voor het oprichten van professionele verbanden die zorg dragen voor vakinhoudelijke ontwikkeling, professionele kwaliteit en toetsing. Medici kunnen daarbij gebruik ma-ken van de medische staf, voor verpleegkundigen wordt oprichting van een verpleeg-kundige staf voorgestaan.

De managementparticipatie wordt functioneel geacht op centrumniveau: aan elke ma-nager op centrumniveau wordt een medisch coördinator toegevoegd om een goede afstemming in de totale besturing van de organisatie te realiseren.

In juni 1992 wordt een werkconferentie georganiseerd over de te hanteren spelregels in het verkeer tussen de sectoren. Daarin komt onder andere tot uiting dat er binnen het ziekenhuis vooralsnog uitgegaan zal worden van "verplichte winkelnering" in die

situaties waarin een sector van het ziekenhuis de keuze zou hebben tussen een interne klant-leverancierrelatie of een externe klant-leverancierrelatie.

### **6.5.3 De organisatiestructuur: plannen en ontwikkelingen vanaf het derde fusiejaar**

Vanaf maart 1992 is het ziekenhuis aan de slag gegaan om de gekantelde structuur in te voeren. Reeds in 1993 komen de directie en raad van toezicht tot de conclusie dat de integratie van de organisatie zover voortgeschreden is dat indikking van de directie en management mogelijk is. Vanaf dat moment heeft het Martini Ziekenhuis statutair twee directeuren. De twee vertrekkende leden van de directie behouden hun functie op persoonlijke titel tot hun daadwerkelijke vertrek in 1994.

Medio 1993 vindt de werving plaats van managers voor het nieuw te vormen Ziekenhuis Management Team (ZMT). Vanaf oktober 1993 is dit team operationeel (waarbij twee sectoren worden aangestuurd door interim managers) en start de verdere ontwikkeling van de sectoren in centra. In januari 1994 is de opheffing van de verplegingsdienst een feit.

In maart 1994 komt een convenant tot stand tussen directie en medische staf waarin vorm gegeven wordt aan de managementparticipatie. Per centrum wordt uitgegaan van één medisch coördinator die voor een aantal uren wordt vrijgesteld voor managementtaken. Per centrum wordt dit aantal uren afgemeten aan de te verwachten taakbelasting. De medisch coördinator oefent deze taak uit in een dual leiderschap met de centrummanager; beide nemen zonedig voor elkaar waar. De organisatie betaalt de medische maatschap een vergoeding voor 50% van de geleverde inspanning overeenkomend met de honorering voor schaal 75. In het convenant is niet geregeld in hoeverre de medisch coördinator ook mandaat heeft van zijn maatschap inzake beleidsbeslissingen op medisch gebied. Medio 1994 presenteren de sectormanagers hun plannen voor de inrichting van de sectoren.

Bij de aanstelling van de sectormanagers bestond er al twijfel over de omvang van de sectoren aansluit bij de managementtaak voor de sectormanagers. Vanwege deze twijfel, hebben beide interim-managers een jaarcontract gekregen, zodat na een jaar evaluatie van de relatie tussen sectorgrootte en werklust van de sectormanagers mogelijk is. Na een jaar wordt besloten de openvallende taken van de vertrekkende interim-managers toe te voegen aan de zittende sectormanagers. Als vervolgens één van de zittende sectormanagers vertrekt wordt dezelfde strategie gevolgd, zodat in de loop van 1995 alle sectormanagers in de zorgsectoren en de zorgondersteunende sectoren twee sectoren aansturen.

Medio 1995 vindt de benoeming van de centrummanagers voor de zorgsectoren en de sectoren voor diagnostiek en behandelondersteuning plaats. Het is de bedoeling dat aansluitend aan hun benoeming de laatste stap in de organisatieontwikkeling gaat plaatsvinden, namelijk de inrichting van de units. Voorafgaande aan de start van dit traject vindt binnen het ZMT een heroverweging plaats van de eerdere uitgangspunten. Uiteindelijk neemt de vorming van units per centrum een aanvang in 1996.

### **6.5.4 Conclusies ten aanzien van de derde hypothese**

1. In het Martini Ziekenhuis volgt de kanteling van de organisatie uit de fusie.
2. De doorgevoerde kanteling is organisatiebreed en raakt alle geledingen van het ziekenhuis.

3. De kanteling is ingegeven door argumenten van bestuurlijke aard en door argumenten van markt/producttechnische aard: de grote veranderingen in de gezondheidszorg vragen een andere opstelling van het ziekenhuis naar de klant.
4. De gevormde zorgsectoren hebben geen eigen ondersteuningsapparaat. Voor ondersteuning zijn ze aangewezen op de dienstverlening van de sectoren A&I, Faciliteiten en P&O.

## **6.6 Resultaten van het onderzoek naar de vierde hypothese**

Achtereenvolgens worden de volgende aspecten belicht:

- De participanten in het fusieproces;
- De doelstellingen bij het begin van het fusieproces;
- De coalitievorming bij het begin van de fusie;
- Optredende veranderingen in participanten, doelstellingen en coalitie gedurende de eerste vijf jaren van de fusie.
- De relatie met de fusiewinst.

### **6.6.1 Participanten in het fusieproces**

De aanzet voor het fusieproces is gegeven door de beide directies. Op moment dat voor hen duidelijk werd dat een fusie gewenst was, zijn de beide besturen ingeschakeld. Dit mondde uit in een intentieverklaring die in december 1989 aan de medewerkers kenbaar werd gemaakt. Opvallend is dat in het préfusie jaar direct werd overgegaan tot verbreding van de groep participanten bij het fusieproces. Onder leiding van de directie is in samenwerking met vertegenwoordigers uit de medische staf, de verpleging en de paramedische diensten een contourennota over het gewenste functieprofiel opgesteld. Tevens werd vorm gegeven aan een frequent leidinggevendenoeverleg (eens per 6 weken) om reeds een mate van afstemming en gewenning te bereiken. Daarnaast streefde de directie naar een spoedige fusie van de medische staven en de ondernemingsraden. Daarbij was de uitgangspositie voor de fusie van de medische staven gunstig te noemen:

- Beide ziekenhuizen kenden al één toelatingsprocedure en één toelatingscommissie;
- Medici die lid waren van de medische staf in het ene ziekenhuis waren automatisch buitengewoon lid van de staf in het andere ziekenhuis.

Eén en ander leidde ertoe dat het Martini Ziekenhuis per 1 januari 1991 één Raad van toezicht, één Directie en één Medische staf kende en medio 1991 ook één ondernemingsraad.

### **6.6.2 Doelstellingen bij het begin van het fusieproces**

Aan het begin van het fusietraject waren de volgende doelstellingen geformuleerd:

- Het realiseren van een topklinische voorziening op één locatie in Groningen-Zuid
- Met een zo breed mogelijk samenhangend aanbod van gespecialiseerde zorg;
- Regionaal en functioneel gesitueerd tussen de ziekenhuizen in de omgeving en het Academisch Ziekenhuis te Groningen.

### **6.6.3 De coalitievorming bij het begin van de fusie**

Zoals reeds vermeld heeft de directie vanaf het moment van de intentieverklaring gestreefd naar het creëren van een breed draagvlak voor de fusie door diverse partijen bij

de ontwikkeling van de fusieplannen te betrekken. Begin 1991 werden drie werkgroepen geïnstalleerd, respectievelijk gericht op:

- Beleid
- Organisatie (zie ook 6.5)
- Bouw

Het was de bedoeling om langs deze weg de voornaamste elementen van de doelstelling verder in plannen uit te werken. Aan alle drie de werkgroepen namen formele delegaties deel van

- De directie
- De medische staf;
- De ondernemingsraad;
- De verplegingsdienst;
- De diensthoofden;

Zonodig aangevuld met materiedeskundigen en ondersteund door een interne en een externe organisatieadviseur.

De projectgroep 'Beleid' richtte zich daarbij met name op de vraag hoe het ziekenhuis intern en extern beleid moest vormgeven in relatie tot de aspecten van de doelstelling, meer in het bijzonder de onderdelen samenhangend zorgaanbod, kwaliteit en het vervullen van een brugfunctie tussen AZG en de perifere ziekenhuizen. Dit resulteerde in rapportages over medisch beleid en zorgbeleid, en in de eindrapportage uitwerking van de wijze waarop het ziekenhuis gestalte kon geven aan een patiëntgericht en kwaliteitsbevorderend beleid, zowel intern als in samenwerking met de ziekenhuisomgeving. Afgeleid werd een aantal accenten gelegd op afgeleide beleidsterreinen als informatievoorziening, opleiding en functieverdieping.

De projectgroep Organisatie boog zich over de daarbij wenselijke organisatiestructuur (Zie 6.5). In de projectgroep Bouw, werden de uitkomsten van beide werkgroepen vertaald in een eerste visie van het Martini Ziekenhuis over de te realiseren (ver)nieuwbouw.

#### **6.6.4 Wijziging in deelnemende participanten, doelstellingen en coalitie**

In de loop van 1993 presenteerde het ziekenhuis de nota "Martini 21" waarbij nadere uitwerking werd gegeven aan de ideeën die het ziekenhuis had over de transmurale ontwikkelingen in relatie tot de ziekenhuiszorg. Het ziekenhuis zag zich daarbij vooral als ontwikkelaar van ziekenhuis-gerelateerde zorgvormen, waarbij niet het accent lag op ontwikkeling en exploitatie, maar juist op ontwikkeling en verzelfstandiging gevolgd door samenwerking.

Begin januari 1994 bleek dat de staatssecretaris van WVC vooralsnog geen goedkeurende verklaring ex artikel 7 WZV gaf, waardoor het Martini Ziekenhuis voor de vraag kwam te staan in hoeverre de geformuleerde doelstelling gehandhaafd diende te blijven of gehandhaafd kon worden. Immers het uitgangspunt van realisatie van de ruimtelijke integratie werd voorlopig onhaalbaar.

Waar tot dit moment het beleid van het Martini Ziekenhuis vooral als samenhangend en eenduidig kan worden gekenmerkt, ontstond vanaf het begin van 1994 een periode die gekenmerkt werd door grotere belangentegenstellingen. Met het vooruitzicht van (ver)nieuwbouw, bestond ook het perspectief van relatief snelle integratie van alle specialismen op één locatie. Hoewel ook reeds in 1993 werd gediscussieerd over mogelijkheden van vroegtijdige functieconcentratie (dat is het zo volledig mogelijk on-

derbrengen van alle activiteiten van één specialisme op één locatie), werd deze discussie -met het vooruitzicht van een langdurige scheiding van beide locaties- voor veel specialismen opportuun; immers de mogelijkheid van vroegtijdige concentratie bood diverse voordelen. Het ziekenhuis zag zich genoodzaakt een heroverweging te maken van zijn beleid, wat leidde tot de nota 'Realistisch Perspectief'. Centraal in dit beleidsdocument stonden twee onderwerpen:

- Het belang van de ontwikkeling van de transmurale zorg;
- Functieallocatie en bouwbeleid.

Waar transmurale zorg reeds min of meer punt van aandacht was, afgeleid van andere doelstellingen, wordt het nu speerpunt van beleid. Dit uit zich onder andere door het instellen van een regiegroep bestaande uit leden van het ZMT en leden vanuit de medische staf. Dat dit onderwerp zo prominent in de belangstelling kwam, is geen toeval: vanuit het ministerie van WVC en de politiek werd een steeds grotere nadruk gelegd op zorgvernieuwing en een heroverweging van de rol van diverse participanten binnen de algemene gezondheidszorg. Ten aanzien van functie allocatie en het bouwbeleid concludeert Het Martini Ziekenhuis dat eerdere inspanningen rond functieallocatie niet hebben geleid tot een sluitend 'win-win' scenario en spreekt het vermoeden uit dat een dergelijk scenario ook niet bestaat. Er wordt een drietal nieuwe doelstellingen geformuleerd voor functieallocatie:

- Het realiseren van efficiencyvoordelen;
- Kwaliteitsbehoud c.q. kwaliteitsverbetering van de aangeboden functies;
- Het realiseren van nieuw beleid op het vlak van:
  - Transmurale zorg;
  - Medische opleidingen;
  - Functieverdieping door subspecialisatie.

Vervolgens formuleert het ziekenhuis een tweetal in te zetten functieconcentratietrajecten te weten de chirurgie op locatie van Swieten en de KNO-heelkunde op locatie van Ketwich. Tevens wordt een beslissing voorbereid voor de wijze en plaats van concentratie van Verloskunde/Neonatologie/Kindergeneeskunde. Hoewel wordt verwezen naar de eerder geformuleerde doelstellingen is de argumentatie niet direct inzichtelijk. Ook wordt niet helder of met andere opties meer te bereiken zou zijn.

Uiteindelijk ontvangt het ziekenhuis aan het einde van 1994 alsnog de benodigde verklaring ex artikel 7. Daarmee keert het oude perspectief van één locatie terug, maar blijven zowel zorgvernieuwing als functieallocatie belangrijke items. In de coalitie doen zich in die jaren de volgende ontwikkelingen voor:

- Nadat in 1992 de werkgroepen hun taak hadden afgerond, koos de ondernemingsraad ervoor de normale positie ten opzichte van de directie in te nemen en een grotere afstand tot het fusieproces te creëren.
- De verplegingsdienst speelde na de nota hoofdlijnen organisatie geen rol van betekenis meer: de aanwezige energie was meer gericht op de vraag hoe in de toekomst de verpleegkundige belangen het beste konden worden behartigd.
- Vanaf 1993 ontstond een nieuwe coalitiepartij, te weten de sectormanagers in het nieuw gevormde Ziekenhuismanagementteam (ZMT).

In de in deze paragraaf genoemde beleidsconferenties en documenten waren het dan ook de directie, de medische staf en de sectormanagers die deel uitmaakten van de toonaangevende coalitie op ziekenhuisniveau. Binnen deze coalitie was sprake van overeenstemming in doelstellingen. Op lager niveau wilden specialismen wel probe-

ren om eigen doelstellingen van functieconcentratie te realiseren, maar dit leidde uiteindelijk niet tot grote tegenstellingen in de coalitie op ziekenhuisniveau.

#### **6.6.5 De relatie met de fusiewinst**

De fusiewinst zoals beschreven bij de uitkomsten ten aanzien van de eerste hypothese komt pas in het derde onderzoeksjaar (zijnde het vijfde fusiejaar) tot uiting en is gekoppeld aan de doorgevoerde organisatieverandering. Uit een intern onderzoek door de unit Personeelbeheer d.d. 18-09-1995, blijkt dat de in dit onderzoek benoemde fusiewinst reeds in 1994 was gerealiseerd (Analyse direct en indirect personeel 1994).

#### **6.6.6 Conclusies ten aanzien van het onderzoek naar de vierde hypothese**

1. Binnen het Martini Ziekenhuis is sprake geweest van een proces met eenduidige doelstellingen en een brede coalitie die mede vormgegeven heeft aan het realiseren van die doelstellingen.
2. Als we de fusiewinst benoemen in termen van minder kosten van management ten opzichte van de productiekosten, dan is deze winst in het onderzoek te relateren aan de aanwezige procedurele rationaliteit. Immers al in het vierde fusiejaar is daadwerkelijk winst te constateren (zie het eerder genoemde onderzoek 'Analyse direct en indirect personeel' 1994).

#### **6.7 Resultaten van het onderzoek naar de vijfde hypothese**

De beschrijving van de resultaten van de vijfde hypothese is als volgt opgebouwd. Allereerst wordt in algemene termen in beeld gebracht hoe de ontwikkeling van de ondersteunende afdelingen en diensten na de fusie gestalte heeft gekregen en hoe de relatie met de ontwikkeling in de zorgsectoren is geweest. Vervolgens wordt de ontwikkeling beschreven van het facilitair bedrijf, P&O en de financieel-administratieve functies.

##### **6.7.1 De ontwikkeling van de ondersteuning in het algemeen.**

In de vijfde hypothese wordt ervan uit gegaan dat de inrichting van de ondersteunende sectoren en diensten vorm krijgt volgend c.q. aansluitend aan de ontwikkeling van het primaire proces. Als we het ontwikkelingsproces in kaart brengen van het Martini Ziekenhuis, dan is het volgende te constateren:

- In de eerste stukken over de fusie wordt een snelle integratie van de sociale functie en de financieel-administratieve functie bepleit, waarbij de Informatievoorziening deel uit maakt van de op te richten sector A&I (Administratie en Informatie).
- Over de facilitaire sector worden in het begin van het fusietraject geen uitspraken gedaan.

Hoewel er in het Martini Ziekenhuis veel aandacht wordt besteed aan de inrichting van het primaire proces (6.5), sluit de ontwikkeling van de sectoren P&O en A&I (inbegrepen Informatisering) daar niet op aan, maar gaat daaraan vooraf. De afweging die daarbij wordt gehanteerd is dat "de kwartiermakers voor de troepen uittrekken". Voor die onderdelen van het ziekenhuis die worden gerekend onder de Facilitaire dienstverlening start het ontwikkelingstraject na vaststelling van de Hoofdpijnen van de organisatie. Wel wordt door de projectgroep Organisatie aangegeven dat de ondersteunende sectoren na afronding van de ontwikkeling van de zorgsectoren en de zor-



gondersteunende sectoren opnieuw moeten kijken in hoeverre hun structuur en werkwijze voldoende aansluiten bij de zorgsectoren. Om die reden start de sector P&O in 1995 een evaluatie van haar eigen structuur, waarbij expliciet de dienstverlening vanuit de sector wordt meegenomen.

### **6.7.2 Ontwikkelingen binnen P&O**

Doelstelling bij de fusie was een snelle integratie van de P&O-functies, zodat vanuit P&O de begeleiding van andere trajecten voortkomend uit de fusie mogelijk zou zijn. Uiteindelijk werden in het voorjaar van 1991 de integratieplannen uitgewerkt en vond de ruimtelijke concentratie in november 1991 plaats. Op dat moment kende de sector de volgende afdelingen:

- Personele zaken
- Organisatie
- Personeels- en salarisadministratie
- Opleiding, vorming en training (OVT)
- Secretariaat.
- Bedrijfsarts.

Daarin was de afdeling OVT nieuw: in deze afdeling werden diverse opleidingstaken samengevoegd die tot dat moment wel in de organisatie aanwezig waren, maar niet onder één organisatorische paraplu vielen. Gedurende de eerste jaren van de fusie vonden diverse belangrijke ontwikkelingen plaats:

- Het karakter van de werkzaamheden van de unit OVT veranderde: door de afbouw van de in-service opleiding verdween een primaire taak en werd van de unit meer en meer gevraagd onderdelen van het ziekenhuis te ondersteunen op het gebied van onderwijs- en opleidingsvraagstukken, naast het geven van praktijkgerichte trainingen.
- Bij aanvang van de fusie kende de organisatieafdeling de taak management en afdelingen van het ziekenhuis te adviseren aangaande organisatorische vraagstukken en veranderingen te begeleiden. In de loop van het fusietraject is besloten de stafverpleegkundigen aan de unit toe te voegen, vanwege de grote overeenkomst in taken (stafverpleegkundigen richten zich op begeleiding en advisering van verpleegkundige afdelingen en verpleegkundig management in zaken van verpleegkundige beroepsontwikkeling en verpleegkundig-organisatorische vraagstukken).
- In 1995 is een staffunctie voor transmurale activiteiten in het leven geroepen. Het is de taak van de betreffende functionaris het management en de medische staf te ondersteunen in het ontwikkelen en implementeren van transmurale activiteiten. Functioneel maakt de functionaris deel uit van de afdeling Organisatie. Inhoudelijke aansturing vindt plaats vanuit het sectormanagement en de medische staf.
- De eerste fusiejaren laten een verdere uitbouw zien van de functies rond bedrijfs-geneeskundige hulp. Dit leidt uiteindelijk tot vormgeving van de unit Gezondheid en Welzijn, waarin naast de bedrijfsarts tevens bedrijfsverpleegkundigen en bedrijfsmaatschappelijk werk participeren. Uiteindelijk kiest het Martini Ziekenhuis ervoor om een eigen Arbo-dienst op poten te zetten.

Binnen de sector P&O is daarmee een verbreding van het takenpakket van de sector waarneembaar. Op diverse terreinen komt meer nadruk te liggen op strategisch-tactische ondersteuning naast de aanwezige operationele taken.

### **6.7.3 Ontwikkelingen binnen de financieel-economische sector**

Evenals voor de sociale functie wordt voor de financieel-administratieve functie een snelle integratie nagestreefd, om een goede dienstverlening voor de rest van de organisatie mogelijk te maken. In eerste instantie wordt bij de inrichting aangesloten bij de bestaande indeling in de ziekenhuizen aangesloten: de financiële administratie en de bedrijfsadministratie vormen de poten van de financieel-administratieve functies. De nadruk ligt in deze periode op beheer en controle van administratieve processen en financiële stromen.

In de loop van het fusieproces ontstaan twee ondersteunende afdelingen binnen de sector:

- De afdeling Bedrijfseconomische zaken, die begeleiding en ondersteuning aan het management en onderdelen van het ziekenhuis levert op het gebied van bedrijfseconomische vraagstukken, zoals (invoering van een systeem van) budgettering, kostprijsonderzoek etc.
- De afdeling Administratieve Organisatie/Interne Controle, die ondersteuning levert aan management en ziekenhuisonderdelen bij het opzetten en instandhouden van de administratieve organisatie en het ontwikkelen goede procedures om tot Interne controle te komen.

De ontwikkelingen vinden evenzeer hun grondslag in de organisatieverandering die het ziekenhuis doormaakt, als in de eisen die de overheid stelt aan de financiële verantwoording.

### **6.7.4 Ontwikkelingen binnen het facilitaire bedrijf**

Aan het eind van 1991 start de vormgeving van de sector Faciliteiten. In tegenstelling tot de sectoren P&O en A&I was hier geen sprake van een reeds bestaand organisatorisch verband dat opnieuw werd ingericht. Beide ziekenhuizen kennen diverse diensten (onder andere Technische dienst, Civiele dienst, Inkoop) die elk direct onder de Directies van de voormalige ziekenhuizen ressorteerden. In de opzet die het management van het Martini Ziekenhuis voor ogen staat wordt uitgegaan van één sector waarin alle vormen van facilitaire dienstverlening ondergebracht. Formeel wordt de sector opgericht en een interim-manager krijgt de taak om te komen tot inrichting van de sector Faciliteiten. Belangrijk uitgangspunt bij het opzetten en inrichten van de sector is “het realiseren van een overgang van een functiegerichte structuur van de facilitaire functies naar een (intern)marktgerichte structuur”.

De criteria die daarbij gelden zijn:

- Een klantgerichte organisatie
- Een goede toegankelijkheid en herkenbaarheid
- Duidelijke taakgebieden en functieafbakening.

Dit alles binnen een platte organisatie. Uiteindelijk ontstaan in de sector Faciliteiten een zestal centra:

1. Gastenservice, gericht op een adequate ontvangst, service en begeleiding van gasten in ruime zin; het gaat hier zowel om dienstverlening aan patiënten als bezoekers;
2. Catering, gericht op bereiding en verstrekking van voedsel en daaraan annex het beheer van de restaurants en vergaderlokalities;
3. Ruimtebeheer, zorgdragend voor inrichting en onderhoud van ruimten en gebouwen;

4. Inkoop en Logistiek, zorgdragend voor beheer van de goederenstromen en inkoop;
5. Instrumentatie en Apparatuur, gericht op onderhoud en aanschaf van medische en technische apparatuur;
6. Gebouwen en Infrastructuur, gericht op het onderhouden en in standhouden van gebouwen en technische infrastructuur.

Bij overdracht van de taken van de interim-manager aan de aangestelde sectormanager aan het einde van 1993 ontstaat een nieuwe situatie: de sector is ingericht conform de hierboven beschreven indeling, maar de nieuwe sectormanager voegt een centraal beleidsuitgangspunt toe aan de eerder geformuleerde uitgangspunten, namelijk uitbesteding van al die activiteiten van de sector Faciliteiten, waarvan aantoonbaar is dat bij afgesproken kwaliteitsniveau de markt deze activiteiten goedkoper kan leveren. Dit leidt er uiteindelijk toe dat eind 1995 wordt gekozen voor uitbesteding van de activiteiten van het centrum Ruimtebeheer. Discussies over verdere uitbestedingsmogelijkheden zijn dan nog gaande.

#### **6.7.5 Conclusies ten aanzien van de uitkomsten van de vijfde hypothese**

Uit de beschikbare informatie komt naar voren dat de sectoren A&I en P&O niet aansluitend op de ontwikkelingen in de zorgsectoren zijn ingericht. Voor de sector Faciliteiten geldt dit daarentegen wel. Wel start de sector P&O in een later stadium een evaluatie van het eigen functioneren, waarbij uitdrukkelijk gekeken wordt naar de aansluiting van de dienstverlening bij de wensen van de klanten, zijnde onder andere de managers binnen het primaire proces.

## 6.8 Samenvatting van de conclusies van het onderzoek naar de vijf hypothesen

In tabel 6.7 wordt samengevat in hoeverre de uitkomsten van het onderzoek aansluiten bij de geformuleerde hypothesen.

Hypothese aangaande	Mate van ondersteuning door het onderzoek
Afname van managementkosten ten opzichte van de productiekosten	De hypothese vindt brede ondersteuning binnen het onderzoek.
Groei van het budgetaandeel van de zorg	De hypothese vindt geen ondersteuning binnen het onderzoek. Het onderzoek laat een minimale toename van het budget van de zorg zien van 0,4% (van 58,9% naar 59,3%). De relatieve toename bedraagt 0,6%.
Kanteling van de organisatie volgend uit de fusie	De hypothese wordt ondersteund door het onderzoek.
Eenduidigheid van doelen en de relatie met politieke rationaliteit	Het onderzoek ondersteunt de hypothese: eenduidige doelen en een brede coalitie laten een fusieproces zien met relatief weinig politieke rationaliteit en veel procedurele rationaliteit.
De ontwikkeling van de ondersteunende organisatieonderdelen volgt die van het primair proces.	De hypothese wordt beperkt ondersteund door het onderzoek: de ontwikkelingen binnen de ondersteunende diensten P&O en A&I vinden grotendeels zelfstandig plaats (professioneel gestuurd). De ontwikkeling van de sector Faciliteiten is wel geënt op de voorgaande ontwikkeling binnen het primaire proces.

**Tabel 6.7: De resultaten per hypothese samengevat**