

Besturingsfilosofie Complexe Zorg Netwerken

**Coöperatief organiseren van regionaal geordende
waardennetwerken
voor
Concentratie & Spreiding**

Bijlagen

Theoretisch Kader

Inhoudsopgave

<i>Inhoudsopgave</i>	2
<i>Bijlage 1</i>	3
Ontwikkelingen in de Nederlandse gezondheidszorg	3
<i>Bijlage 2</i>	9
Concentratie en spreiding van medische zorg	9
<i>Bijlage 3</i>	11
Ziekenhuisfinanciering	11
<i>Bijlage 4</i>	17
Wet op de bijzondere medische verrichtingen (Wbmv)	17
<i>Bijlage 5</i>	18
“Er komt een patiënt met rugklachten bij de dokter, en.....?”	18
<i>Bijlage 6</i>	20
Samenwerking	20
<i>Bijlage 7</i>	26
Samenwerkingsvormen	26
<i>Bijlage 8</i>	32
Governance en Besturen	32
<i>Bijlage 9</i>	37
Besluitvorming	37
<i>Bijlage 10</i>	41
Inrichtingsprincipes per grondvorm	41
<i>Bijlage 11</i>	43
Klantwaarde	43
<i>Bijlage 12</i>	46
Juridische aspecten van samenwerking	46
<i>Bijlage 13</i>	57
Professionele organisaties	57
<i>Bijlage 14</i>	58
Interviews	58
<i>Literatuur</i>	60
Geraadpleegde literatuur en websites	60

Bijlage 1

Ontwikkelingen in de Nederlandse gezondheidszorg

Het Nederlandse Zorgstelsel staat aan de vooravond van ingrijpende veranderingen. Al sinds begin jaren zeventig van de vorige eeuw probeert de Nederlandse overheid de kosten van de gezondheidszorg te beheersen waarbij zij steeds vanuit het aanbod sturing probeert aan te brengen. Via planning van het aanbod en richtlijnen voor tarieven probeert de overheid de (intramurale) capaciteit en de prijs te reguleren. Deze ingrepen zijn sinds jaar en dag gebaseerd op het beheersbaar krijgen van het aanbod. Het adagium “aanbod schept vraag” luidt anno 2011 nog steeds. Door invoering van gereguleerde concurrentie bij zorgaanbieders en verzekeraars wil de overheid al sinds begin jaren negentig van de vorige eeuw marktwerking in de zorg introduceren.

Per 1 januari 2012 voert de minister van VWS een aantal majeure systeemmaatregelen¹ door om nu eindelijk grip te krijgen op de gezondheidszorg en deze voor de lange termijn toegankelijk en beschikbaar te houden. De maatregelen die per 2012 worden ingevoerd zijn het begin van een nieuwe hervorming van het Nederlandse zorgstelsel die zich vooral richt op concurrentie tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars. Hiermee wordt het Nederlandse gezondheidssysteem daadwerkelijk omgevormd naar een marktgerichte, op vraagsturing georiënteerd stelsel. De belangrijkste maatregelen die per 2012 worden ingevoerd zijn uitbreiding van het B- segment in de ziekenhuizen (70%), afbouw van de ex-postverevening voor de zorgverzekeraars, het invoeren van prestatiebekostiging, afschaffing van de ziekenhuisbudgettering en invoering van DOT². Medio 2011 heeft Schippers een Hoofdlijnenakkoord gesloten met de koepels van ziekenhuizen, zelfstandige behandelcentra, academische centra en zorgverzekeraars. Dit akkoord betreft afspraken over een beheerste kostenontwikkeling (planning) van de ziekenhuiszorg en vanuit het oogpunt van kwaliteit, doelmatigheid en innovatie zullen zorgaanbieders en zorgverzekeraars spreiding en specialisatie van ziekenhuisfuncties bewerkstelligen. Zorgverzekeraars gaan selectief inkopen. Er wordt gecontracteerd op basis van prijs, kwaliteit, doelmatigheid en gepast gebruik. Ongewenste praktijkvariatie wordt teruggedrongen. Overbodig geworden (ziekenhuis)capaciteit wordt afgebouwd (sanering), zodat er daadwerkelijk kwaliteit- en doelmatigheidwinst wordt geboekt. Zorgverzekeraars nemen het initiatief tot een herstructureringsfonds, waaruit hiermee samenhangende versnelde afbouw kan worden gecompenseerd.

Al deze besluiten hebben grote consequenties voor stakeholders binnen de gezondheidszorg zoals ziekenhuizen, medisch specialisten, patiënten en zorgverzekeraars en leiden, door vooral de vergroting van de financiële risico's voor deze primaire stakeholders, tot een herziening van hun strategische positionering. Dat dit gaat leiden tot verschuivingen in de momenteel hoogstaande kwaliteit van het zorgaanbod en de solidariteit in Nederland is evident.

Het Nederlandse Zorgstelsel

In 1974 heeft de overheid als gevolg van de grote zorg om de zorgkosten te beheersen, de Structuurnota Gezondheidszorg (staatssecretaris Hendriks) uitgebracht. De nota beschreef een doelmatiger en evenwichtiger stelsel van voorzieningen door de gezondheidszorg regionaal te organiseren met de huisarts en gezondheidscentra als zorgverlener in de eerste lijn, specialistische zorg en andere verwijshulp in de tweede lijn (regionalisatie en echelonnering) en per regio één actief ziekenfonds als betaalkantoor. Het zorgaanbod werd bewust via wetgeving gereguleerd. De overheid wilde, door een gesloten planningsysteem van wet- en regelgeving, regelen dat kwalitatief goede zorg voor elke inwoner van Nederland beschikbaar, betaalbaar en regionaal toegankelijk was. Deze regulering moest plaatsvinden binnen de in 1971 ingevoerde Wet Ziekenhuisvoorzieningen (WZV). Deze wet reguleerde de ziekenhuisvoorzieningen via een systeem van erkenningen en vergunningen en daaraan gekoppeld de planning en spreiding van ziekenhuisvoorzieningen over het land. Tevens moest de WZV de kostenstijgingen in de gezondheidszorg reguleren en anticiperen op ontwikkelingen in de medische wetenschap, toename van ouderen en welvaartsziekten! Ondanks dat deze wet gericht was om op basis van planning en vergunningen, de gezondheidszorg te ordenen, was het intrekken van vergunningen onmogelijk. Ook de academische centra vielen niet binnen de reikwijdte van deze wet. De WZV maakte het dus onmogelijk sturing te geven aan de ontwikkelingen in de gezondheidszorg³ en uitvoering te geven aan de Structuurnota. In 1976 diende Hendriks dan ook twee

¹ Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2011). Kamerbrief 14-3-2011: Zorg die loont.

² DOT: DBC's op weg naar transparantie

³ Hermans HEGM, Buijsen MAJM. Recht en gezondheidszorg. Elsevier gezondheidszorg. 2010.

wetsontwerpen in die de overheid instrumenten aanreikte om zorgvoorzieningen regionaal te plannen en de ontwikkeling van de tarieven in de hand te houden. De Wet Voorzieningen Gezondheidszorg (WVG) werd effectief in 1982 en de Wet Tarieven Gezondheidszorg (WTG) effectief in 1980. De WVG moest de capaciteit en samenhang binnen het hele veld van de gezondheidszorg reguleren en niet alleen de intramurale zorg (ex academische centra) zoals de WZV omvatte. Deze wet is nooit helemaal ingevoerd door mislukken van de beoogde integrale aanpak omdat de decentrale overheid (provincies en gemeenten) belast werd met de planning van de gezondheidszorgvoorzieningen, terwijl de ziekenfondsen en particuliere verzekeraars verantwoordelijk waren voor de financiering.

De WTG regelde de tarieven voor de gehele gezondheidszorg, waarbij tot en met 1982 deze financiering gebaseerd was op vergoeding van output middels gereguleerde tarieven met een open einde (capaciteit x prijs = kosten). De ziekenhuizen werden dus bekostigd door de overheid op basis van werkelijk gemaakte kosten wat er toe leidde dat er elk jaar meer zorg geleverd werd en de kosten alsmaar bleven stijgen. Door gelijktijdige invoering van de WVG en de WTG wilde de overheid de zorg als geheel beheersen. Door de onvolledige invoering van de WVG had de overheid met de WZV niet de mogelijkheid om ook de extramurale zorg te beheersen, maar aangezien toen al het ziekenhuisdeel een dermate groot aandeel van de zorg omvatte kon men toch voor een groot deel van de gezondheidszorg de kosten beheersen⁴. Dit leidde vanaf 1983 tot budgettering van ziekenhuizen. In eerste instantie was dit een budget op basis van historische kosten, later werd dit de functiegerichte budgettering (FB-systematiek) om tot een betere verdeling en rechtvaardiging te komen van de beschikbare middelen. Budgetparameters zoals beschikbaarheid, capaciteit en productie werden geïntroduceerd. In diezelfde tijd werd besloten om artikel 18 van de WZV (zie bijlage 4 WbmV) in te voeren waarmee de overheid de kostbare zorg, inclusief apparatuur, kon reguleren.

In de jaren tachtig, startte ook de discussie over een drastische wijziging van het zorgstelsel om de zorg betaalbaar te houden. Men realiseerde zich toen al dat de explosieve stijging van de zorgkosten een negatief effect had op de beschikbaarheid van publieke middelen voor o.a. onderwijs, justitie en defensie en collectieve voorzieningen. In die periode verschenen twee belangrijke rapporten die de aanleiding vormden voor latere structuurwijzigingen en waarmee de planning verlaten werd en marktwerking in de gezondheidszorg zijn intrede moest gaan doen. Het eerste rapport, *Bereidheid tot Verandering* (1987, commissie Structuur en Financiering Gezondheidszorg (commissie Dekker)) gaf advies over de wijze waarop substantieel kosten konden worden verminderd door beheersing van het volume, dat als gevolg van de vergrijzing en de verbeterde technologieën zeer snel toenam. Daarnaast werd voorgesteld om het zorgstelsel verder te herzien door wijzigingen in de verhouding AWBZ, rijksbijdragen, ziekenfonds en particuliere verzekeringen en deregulering, minder bureaucratie en stroomlijning van de adviesstructuur. Deze voorstellen moesten bijdragen aan een systeem van gereguleerde concurrentie, waarbij meer risico moest komen te liggen bij aanbieders en zorgverzekeraars met minder inmenging van de overheid. Dit rapport was de eerste echte aanzet tot marktwerking in de gezondheidszorg.

In 1988 bracht het kabinet de nota *Verandering verzekerd* uit waarin zij de hoofdlijnen van de commissie Dekker overnam. Als hoofdprobleem van het toenmalige systeem benoemde de nota drie knelpunten.

1. Het ontbreken van samenwerking en coördinatie tussen verschillende organisaties en beroepsbeoefenaren als gevolg van verschillen in financieringsbronnen waardoor substitutie lastig was.
2. Het systeem kent geen financiële prikkels tot doelmatig gebruik van voorzieningen of kwaliteitsverbetering, de huisarts bv. ontvangt een bedrag per ziekenfonds patiënt ongeacht of deze 1x per week of 1x per maand een bezoek brengt. Hierdoor heeft de gebruiker zelf geen voordeel bij zuinigheid.

3. De snelle technologische ontwikkelingen en de onvoorziene snelle vergrijzing⁵.

Het rapport adviseerde om het financieringssysteem te integreren tot één verzekeringsstelsel zonder onderscheidt in particuliere en publieke verzekeringen en ziekenfondsen met invoering van 1 basisverzekering voor iedereen. Dit werd verder uitgewerkt in het plan Simons (*Werken aan Zorgvernieuwing*) dat in 1990 werd uitgebracht en zich daadwerkelijk richtte op een uniforme basisverzekering voor iedereen, en de introductie van marktwerking voor zorgverzekeraars en zorgaanbieders. Dit plan strandde uiteindelijk op gebrek aan politiek en maatschappelijk draagvlak maar legde wel de basis voor de latere stelselwijziging.

⁴ Boot JM en Knapen, MHJM. De Nederlandse Gezondheidszorg. Bohn, Stafleu, van Loghum. 2005.

⁵ Okma GH, Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde 1989; 133, nr. 45. 1989.

De nota *Zorg in het Regeerakkoord* (1995, Paars 1) stond haaks op de door Simons voorgestelde integratie van het financieringssysteem en introduceerde het 3 compartimentenmodel (AWBZ, ZFW en out of pocket financiering (AV)) waarbij men meer probeerde in te spelen op de behoefte van de zorgvrager. Dit rapport volgde echter wel het advies van de commissie Biesheuvel, *Gedeelde zorg; Beter zorg* (1994). Deze commissie adviseerde een modernisering van de curatieve zorg vanuit het oogpunt van de toenemende vraag naar zorg in de toekomst. De curatieve zorg moest beter en doelmatiger georganiseerd gaan worden door deze zorg onder te verdelen in drie hoofdgebieden, te weten de generalistische zorg waarin de huisarts centraal wordt gesteld, de transmurale zorg (als resultante van de vervaging van de grenzen tussen de echelons) en de specialistische zorg. De commissie was van mening dat de huisarts als poortwachter de kosten van de stijgende zorgvraag kon beheersen en dat als het ging om transmurale zorg er steeds meer maatwerk gevraagd werd. De specialistische zorg moest geïntegreerd worden met de ziekenhuiszorg waarmee het ziekenhuis nieuwe stijl moest ontstaan (Wet Integratie medisch specialistische zorg, 1998). Paars 1 onderschreef deze adviezen wel en ging verder met de bestuurlijke en organisatorische wijzigingen waardoor er meer nadruk kwam te liggen op vraagsturing. Hiermee was de weg naar marktwerking onomkeerbaar geworden.

De nota *Vraag aan Bod* (2001, E. Borst) volgde uit het debat over een “houdbaar en onderhoudbaar” stelsel en bevatte voorstellen voor vernieuwing van het zorgstelsel via twee sporen. “Herziening van de sturing van de zorg, door de verdeling van verantwoordelijkheden aan te passen en de daarbij behorende instrumenten te herzien. Aanpassing van het verzekeringsstelsel, door de verzekeringsstructuur in het tweede compartiment te vervangen door één algemene verzekering curatieve zorg en deze nieuwe algemene verzekering en de bestaande Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) te laten integreren. Regelgeving en sturing moesten ruimte maken voor de gewenste gereguleerde concurrentie tussen partijen.

De uitgangspunten van deze nota richtten zich op verdere modernisering van de curatieve zorg. De kabinetten Balkenende 1 (Experiment Ruimte voor Resultaat) en 2 borduurden hier op voort en probeerden de ideeën van de commissie Dekker alsnog te realiseren. Men ging er vanuit dat de behoefte van de burgers bepalend moest zijn bij de organisatie van de zorg. Dit had consequenties voor de wijze waarop ziekenhuizen waren georganiseerd maar ook voor de regulering van de zorg. Deregulatie en financiering op basis van prestaties moesten ruimte geven voor efficiencyverbetering, maatwerk en vernieuwing (Zuurbier, 2004). Het experiment *Ruimte voor Resultaat* introduceerde een systeem van prestatiebekostiging op basis van vrije prijsvorming voor een beperkt aantal DBC's en maakte tevens de weg vrij voor nieuwe toetreders op de markt. De ziekenhuizen werden op verschillende manieren bekostigd. Gefinancierd via de DBC's en bekostigd volgens de bestaande FB-systematiek. Dit experiment moest antwoord geven op de vragen of er zo inderdaad prikkels kwamen tot extra productie waardoor wachtlijsten zouden verdwijnen en of dit zou leiden tot contractering tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars op basis van meer zorg tegen een betaalbare prijs. Het experiment moest tevens leiden tot veranderingen in cultuur en structuur van organisaties die noodzakelijk waren voor een stelselwijziging. De WTG werd gewijzigd in de WTG ExPres (2005) waardoor het houden van experimenten, het beheerst en soepel invoeren van prestatiegericht bekostiging, het voorkomen van onnodige bureaucratie dan wel het terugdringen van administratieve lasten en het tegengaan van fraude mogelijk werd. De naam WTG ExPres is ontleend aan het scheppen van mogelijkheden voor experimenten en het faciliteren van prestatiebekostiging.

Hans Hoogervorst, minister van VWS in de kabinetten Balkenende 2 en 3 voerde de daadwerkelijke stelselwijziging door die moest leiden tot meer marktwerking in de gezondheidszorg. Deze marktwerking was geen doel op zich maar ging uit van het principe dat partijen betere prestaties leveren als zij gestimuleerd worden en verantwoordelijkheid krijgen waarbij de overheid de kaders stelt waarbinnen zorgaanbieders en zorgverzekeraars de mogelijkheid krijgen te concurreren. Hiervoor werd allereerst de WZV in 2005 vervangen door de WTZi (Wet toelating Zorginstellingen). Deze wet moest de overgang bewerkstelligen van een stelsel van aanbodgereguleerde zorg naar een vraaggericht stelsel. Op basis van door de overheid gestelde randvoorwaarden (beperkte regulering door een terugtrekkende overheid) moesten de bij de zorgverlening betrokken partijen (zorgaanbieder, consument en zorgverzekeraar) de capaciteit gaan bepalen. Ook werd vanaf invoering van de WTZi de toelating van zorginstellingen, die daarvoor nog binnen de domeinen van de Ziekenfondswet (Zfw) en de AWBZ lagen, in deze wet geregeld. De WTZi koppelde tevens de wettelijke taak van de overheid zoals in de Grondwet (1983) geregeld (het treffen van maatregelen ter bevordering van de volksgezondheid, toegespitst op het garanderen van kwaliteit, bereikbaarheid en toegankelijkheid van zorg) aan de uitvoering van deze taak door het particuliere initiatief wat de Nederlandse gezondheidszorg sinds oudsher is.

De volgende maatregel was de invoering van de Zorgverzekeringswet (2006) als vervanger voor de Ziekenfondswet. Deze wet had tot doel om te komen tot meer doelmatigheid door geregleerde concurrentie, minder centrale sturing en goede toegankelijkheid van zorg. De invoering van de ZVw maakte deel uit van een breder georiënteerde herziening van de sturing en verantwoordelijkheidsverdeling van de gezondheidszorg. Hiervoor was het noodzakelijk dat de partijen in de zorg meer vrijheden en verantwoordelijkheden zouden krijgen en dat zij hun rol onder gelijkwaardige condities zouden kunnen vervullen (Algemene toelichting op de ZVw). Elke Nederlander is verplicht zich te verzekeren middels de zorgverzekering en voor zorgverzekeraars geldt een acceptatieplicht voor de basisverzekering. Hiermee wordt de solidariteit geborgd en het sociale karakter van deze verzekering tot uiting gebracht. Zorgverzekeraars en zorgaanbieders krijgen meer contractiemogelijkheden waardoor de kwaliteit moet verbeteren en de kosten beheersbaar moeten worden. De no claim werd later omgezet in een verplicht eigen risico wat moet fungeren als “remgeld” en meer eigen betalingen.

Om de uitvoering van de Zvw te laten slagen is de WTG (ExPres) in oktober 2006 vervangen door de Wet Marktordening gezondheidszorg (Wmg) waarin de ontwikkeling, ordening en het toezicht op de markten voor gezondheidszorg wordt geregeld. De Wmg werd ingevoerd om meer concurrentie en dus een betere marktwerking in de zorg te krijgen en regelt de prestaties van zorgaanbieders en de tarieven die zij mogen rekenen. Ook regelt de Wmg het toezicht op de zorgmarkten (zorgverzekeringen, zorg inkoop en zorgverlening). Het toezicht gebeurt via de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa). Per 1 januari 2012 wordt de Wmg aangepast zodat de minister in staat is het macrobeheersingsinstrument toe te passen waarmee zij, bij overschrijding van het macrobudget voor totale ziekenhuiszorg, een korting toe kan passen. Wanneer de totale ziekenhuisuitgaven dit budget overschrijden, krijgen alle ziekenhuizen achteraf een omzetheffing opgelegd naar rato van hun landelijke marktaandeel. Met haar ingrijpende beleidsvoorstel tracht zij het beste van twee werelden met elkaar te verenigen: meer doelmatigheid door een toename van de prijsconcurrentie én meer budgettaire zekerheid door de invoering van een afdwingbaar macrobudget (Zorgmarkt⁶).

Gedurende de huidige studie wordt anno 2012 een belangrijke financiële stelselwijziging doorgevoerd, welke het mogelijk maakt private investeringen in zorginstellingen toe te staan en na drie jaar winst uit te keren. VWS stelt dit voor na een in opdracht van NVZ uitgevoerd rapport⁷ met adviezen van het SEO. Dit geldt voor alle ziekenhuizen, behalve de UMC's als publieke zorgaanbieder.

Gezondheidszorg in beweging

DEPEST analyse

De Nederlandse gezondheidszorg is enorm in beweging. De huidige configuratie van het zorglandschap lijkt eindig. Bestaande structuren en echelonnering zijn niet toereikend om de toekomstige uitdagingen het hoofd te bieden.

De samenstelling van de Nederlandse samenleving verandert door de demografische ontwikkelingen de komende jaren steeds meer. De Nederlandse bevolking vergrijst, ontgroent en individualiseert in een rap tempo. Een grotere groep mensen wordt steeds ouder terwijl er minder kinderen geboren worden. Van de mensen van 65 jaar en ouder heeft 50% twee of meer chronische ziektes. Dit leidt tot een verder stijgende zorgvraag en een forse toename van de zorgkosten. Deze stijgende zorgvraag legt ook grote druk op de, door de ontgroening, toch al krimpende beroepsbevolking. De vraag of er in de (nabije) toekomst voldoende mensen beschikbaar zullen zijn om werkzaam te zijn in de zorg, is een relevante die nu al merkbaar is. Aan de aanbodzijde van de gezondheidszorg zal hierdoor een structurele schaarste ontstaan met een negatief effect op de kosten. In het jaar 2025 zal minimaal 25% van de beroepsbevolking in de zorg werkzaam moeten zijn terwijl inmiddels al bekend is dat het tekort aan personeel zal oplopen tot ca. 450.000 in 2020.

Er komen meer koopkrachtige, hoger opgeleide ouderen die het beschikbare zorgaanbod kritischer zullen beoordelen op kwaliteit en dienstverlening en die de mogelijkheid hebben om zelf een alternatief te creëren of te kopen. De individualisering van de maatschappij zorgt er tevens voor dat mensen steeds meer zelfstandig keuzes maken, met als gevolg dat hun wensen een steeds centralere rol opeisen in de wijze waarop de samenleving georganiseerd wordt en hoe de zorg en dienstverlening wordt ingericht. Daarnaast heeft deze individualisering grote invloed op thuis- en mantelzorg wat leidt tot langere opnamen in ziekenhuizen zonder uitstroom naar verzorgingshuizen, revalidatiecentra of de thuisomgeving. In veel culturen is de weg naar het ziekenhuis doodgewoon en in de Haagse regio zelfs

⁶ iBMG: Macrobudget ontkracht prijsconcurrentie ziekenhuizen. Zorgmarkt 17 mei 2011.

⁷ Kerste M, Kok L., SEO. Winst in de eigendomsstructuur. Rapport i.o.v. NVZ. 2010.

standard care. Dit leidt tot onbegrip, hogere zorgconsumptie en dus tot hoge zorgkosten. Dit heeft impact op de structuur en organisatie van het zorgsysteem.

De huidige economische situatie heeft in de toekomst forse consequenties voor de beschikbaarheid van publieke middelen. Waar in de vorige bezuinigingsronde de gezondheidszorg gespaard is gebleven zal dat de komende tijd niet het geval zijn. Bij ongewijzigd beleid zullen de uitgaven voor de zorg een groter aandeel van het BNP bedragen. Berekeningen geven aan dat voor een gezin met 2 kinderen en 2 minimum inkomens de uitgaven voor de gezondheidszorg in 2040 ca. 83% van het inkomen zullen bedragen⁸! De Nederlandse gezondheidszorg is (nog) gebaseerd op solidariteit, maar verschuivingen van verzekerde zorg naar eigen betalingen worden groter. Ook de discussie over de introductie van "betalen bij de poort" neemt toe. De gezondheidszorg bevindt zich steeds in een vicieuze cirkel en die moet ondanks de economische recessie open!

Technologie speelt een steeds belangrijker rol in de kwaliteit en de productiviteit in de gezondheidszorg. De investeringen in apparatuur en daarmee verbeterde onderzoek- en behandelingsmogelijkheden nemen toe. Computernavigatie, robot assisted chirurgie en intra-operatieve CT/MRI beeldtechnieken leiden in de medisch specialistische zorg tot minder complicaties en een snellere doorloop van het klinisch zorgproces.

Deze ontwikkelingen hebben een kostenopdrijvend effect op het zorgaanbod maar leiden ook tot innovaties en nieuwe zorgstructuren. Ook aan het backoffice kant van de zorg dragen technologische ontwikkelingen in de ICT bij aan innovatie en betere communicatie mogelijkheden. Dit laatste is van belang voor het kunnen laten slagen van ketenzorg en interinstitutionele zorg.

Politiek en maatschappelijk gezien leiden vooral de kostenontwikkelingen tot tweedeling in de zorg en een tanende solidariteit terwijl de gezondheidszorg geregeld is in de Grondwet. Begin jaren 2000 appelleerde de overheid aan deze ontwikkelingen met ingrijpende veranderingen van het zorgstelsel resulterende in de per 2006 ingevoerde Zorgverzekeringswet. Met deze wet beoogde de overheid stakeholders meer risicodragend te maken en door middel van verdergaande marktwerking de kwaliteit te verbeteren en de kosten te verlagen. Tegelijkertijd moest deze stelselwijziging de continuïteit en de toegankelijkheid van de zorg waarborgen. Deze maatregelen zijn tot op heden niet afdoende gebleken en hebben geleid tot een aantal majeure systeemveranderingen⁹ in de zorgfinanciering. Hierbij trekt de overheid zich verder terug en neemt de rol in van marktmeester (NZa) en toetser van de kwaliteit (IGZ). De belangrijkste maatregelen per 2012 zijn uitbreiding van het vrije segment in de ziekenhuizen (70%), afbouw van de ex-postverevening voor de zorgverzekeraars, het invoeren van prestatiebekostiging, afschaffing van de ziekenhuisbudgettering en invoering van DOT¹⁰. Om de marktwerking verder te stimuleren maakt de overheid het mogelijk dat per 2013 winst uitgekeerd mag worden (onder strikte voorwaarden). Marktwerking in de zorg blijft paradoxale gevoelens opleveren daar de patiënt als klant indirect betaalt, maar bij behandeling dit niet direct voelt in de portemonnee.

De discussie over concentratie en spreiding van complexe zorg wordt al sinds lange tijd gevoerd. In 2001 heeft de minister van Volksgezondheid aan de NVvN, de STZ en NFU opdracht gegeven om het beleid te richten op concentratie van zeldzame zorg, kwaliteitsbeleid te ontwikkelen en te komen tot regionaal coördinerende centra. Er is ook gepubliceerd bewijs^{11 12} dat concentratie van complexe neurochirurgie leidt tot verhoging van kwaliteit. Dat deze beleidsvoornemens anno 2012 nog onvoldoende zijn uitgevoerd geeft aan dat er de afgelopen jaren nog geen noodzaak was, maar ook dat het complex is. Nu is het onderwerp urgent geworden en wordt het vanuit breder perspectief beschouwd waarbij concentratie en spreiding het nieuwe ordeningsprincipe lijkt te worden.

De dynamiek binnen de gezondheidszorg is de laatste 20 jaar toegenomen en lijkt zijn hoogtepunt nog niet te hebben bereikt. De toenemende vergrijzing, de betere diagnostische mogelijkheden en behandelingen en de vraag om betere zorg, maken dat mensen eerder en langer zorg consumeren. Zorg die door de technologische ontwikkelingen steeds duurder wordt. Daarnaast neemt het aantal mensen met één of meerdere chronische ziekte(n) de komende jaren flink toe door een langere overleving en betere diagnostiek. Al deze factoren zorgen ervoor dat de zorguitgaven alleen maar verder zullen stijgen en dat nieuwe vormen van organisatie en dienstverleningen moeten gaan ontstaan.

⁸ CPB, Seminar Sustainability Dutch Health Care, 12 mei 2011

⁹ Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2011). Kamerbrief 14-3-2011: Zorg die loont.

¹⁰ DOT: DBC's op weg naar transparantie

¹¹ Barker et al. Surgery for primary supratentorial brain tumors in the United States, 1988 to 2000: The effect of provider caseload and centralization of care. Neuro-Oncology January 2005 p. 49-62

¹² Long et al. Outcome and cost of craniotomy performed to treat tumors in regional academic referral centers. Neurosurgery vol 52: 5; 1056-1065

De huidige economische crisis heeft grote impact op beschikbaarheid van publieke middelen en de besteedbare inkomens van burgers. Bij ongewijzigd beleid zullen de uitgaven voor de zorg een steeds groter aandeel van het BNP bedragen met als gevolg dat de kosten voor rekening van het individu zullen verdubbelen waarbij vooral de lagere inkomens worden geraakt. Berekeningen geven aan dat voor een gezin met 2 kinderen en 2 minimum inkomens de uitgaven voor de gezondheidszorg in 2040 ca. 83% van het inkomen zullen bedragen¹³! Dit leidt tot onacceptabele maatschappelijke problemen en druk op de solidariteit die Nederland, als hoogontwikkeld Westers land, zich niet wil en kan veroorloven. De zorg zal dus efficiënter en met nog meer oog voor kwaliteit, veiligheid en service georganiseerd moeten worden. De complexiteit van de ziekenhuiszorg maakt dat centrale aansturing niet meer de optimale wijze van organiseren is¹⁴. De urgentie om de zorg anders te gaan organiseren neemt dan ook exponentieel toe.

Zoals beschreven trachtte de overheid al eerder, door invoering van de Zorgverzekeringswet (Zvw) in 2006, stakeholders meer risicodragend te maken voor de kosten van de zorg en door marktwerking de kwaliteit te verbeteren. Tegelijkertijd moest deze stelselwijziging de continuïteit en de toegankelijkheid van de zorg waarborgen. De maatregelen die per 2012 worden ingevoerd, moeten dit proces versnellen.

Deze ingrijpende herzieningen hebben vooral invloed op de medisch specialistische zorg. Deze zorg neemt immers het grootste deel van de kosten voor haar rekening. De invoering van DOT (DBC's op weg naar transparantie) moet de financiering van deze zorg veel transparanter maken door een betere medische herkenbaarheid, meer kostenhomogeniteit en minder kwetsbaarheid voor upcoding¹⁵. Dit zou moeten leiden tot doelmatigheid en kwaliteitswinst door betere onderlinge afstemming (www.werkenmetdot.nl).

Voor de laagvolume hoogcomplexe zorg echter, zal de invoering van deze prestatiebekostiging en de afschaffing van de budgetfinanciering op korte termijn hoogstwaarschijnlijk leiden tot tekort schieten van de financiering van deze kostbare zorg.

¹³ CPB, Seminar Sustainability Dutch Health Care, 12 mei 2011

¹⁴ Belonen naar prestaties: waarom alle veranderingen

¹⁵ Oneigenlijke opwaardering van patiënten in duurdere DBC's.

Bijlage 2

Concentratie en spreiding van medische zorg

Eén van de onderwerpen die op dit moment een grote vlucht neemt is “concentratie en spreiding van medische zorg”. Hiermee wordt bedoeld op samenbundeling van laagvolume hoogcomplexiteit zorg in een aantal instellingen waardoor een hoger volume aldaar leidt tot betere kwaliteit en lagere kosten en verspreiding van hoogvolume laagcomplexiteit zorg en kennis dicht bij de patiënt. Maar het gaat hier ook om het leveren van zorg op de juiste plek zoals ouderen die langere tijd in het ziekenhuis liggen omdat er geen verpleeghuisbedden beschikbaar¹⁶ zijn, ook dat is een onderwerp wat valt binnen deze discussie, maar buiten de scope van dit onderzoek.

De discussie over concentratie van complexe zorg is zo gezegd zeer actueel en staat hoog op de beleidsagenda's van stakeholders. Landelijk leidt dit tot debatten tussen ministerie, maatschappij, patiëntenverenigingen, verzekeraars en zorgaanbieders. Nog wordt deze discussie veelal door emotie geleid in plaats van door rede. Rationeel denkend is er echter veel te zeggen voor een beleid wat zich richt op herverdeling van zorg.

Dit wordt bevestigd door de vele publicaties (Plexus, BCG, NVZ, RVZ e.a.) die op dit moment verschijnen en de vertaling daarvan in de beleidsplannen van de verschillende zorgverzekeraars waarin wordt gesproken over en gestuurd op een veranderend ziekenhuislandschap. BCG¹⁷ geeft aan dat “de hoge dichtheid van ziekenhuizen doet vermoeden dat verdere concentratie van electieve zorg kan plaatsvinden zonder dat dit direct voor problematisch lange reistijden zorgt”. Boer en Croon¹⁸ schetst het beeld van basiszorg dicht bij in de buurt, en concentratie van complexe multidisciplinaire zorg in zgn. supraregionale themacentra. De algemene opinie is dat de algemene- en universitaire ziekenhuizen van de 20^e eeuw hun langste tijd gekend hebben en dat het totale zorgaanbod voor 2^e en 3^e lijnsaandoeningen naar verwachting zal worden herordend. Op basis van het profiel van het individuele ziekenhuis zullen specialismen worden opgenomen of afgestoten. Nieuwe vormen van samenwerking zullen verschijnen. Het ontstaan van specialistische maatschappen die “het ziekenhuis” gaan gebruiken als faciliterend bedrijf waarbinnen zij hun expertise “uitventen” is niet ondenkbaar¹⁹. Voor simpele aandoeningen (e.g. liesbreuk, aambeien of spatader) kan men dan terecht in efficiënte centers of (operational) excellence of focused factories welke een standaard behandeling leveren voor grote groepen patiënten. Aan de andere kant van het spectrum zullen patiënten met zeldzame en complexe aandoeningen (e.g. slokdarm-, alvleesklierkanker, hersentumoren, hartkleplijden) gebruik maken van de landelijk gespreide kennis in zogenaamde “shared care centra”. Binnen deze centra zullen dan enkele instellingen de daadwerkelijke interventie uitvoeren die door het hogere volume niet zeldzaam en kostbaar meer zal zijn. Dit proces zal versneld worden door de uitkomsten van de onlangs uitgevoerde inventarisatie van ZN²⁰ waarbij op basis van de kwaliteitsnormen van de NVvH²¹ is onderzocht welke van de 92 ziekenhuizen voldoen aan de volumennormen voor de operatieve behandeling bij zes vormen van kanker, bij blaasverwijderingen en buikaorta-operaties. Uit de inventarisatie bleek dat 23 ziekenhuizen niet aan de kwaliteitsnormen voldeden. Zij zullen stoppen met ingrepen waarvan zij de norm niet halen. Een aantal andere ziekenhuizen voerde deze complexe operaties al niet uit. Ziekenhuizen die wel aan de kwaliteitsnormen nemen de behandelingen over. De manier waarop de verzekeraars de ziekenhuizen onder druk zetten, leidde tot de gewenste concentratie²².

In het recent verschenen advies Medisch Specialistische zorg 20/20 van de RVZ²³ wordt een beeld geschetst van de ziekenhuiszorg anno 2020. De RVZ neemt in een reeks rapporten het standpunt in dat het ziekenhuislandschap drastisch moet veranderen, dat hoogvolume laagcomplexiteit zorg vanuit het perspectief van de patiënt, in daarvoor goed uitgeruste eerstelijnscentra moet worden aangeboden. De laagvolume hoogcomplexiteit zorg moet worden geconcentreerd in een aantal ziekenhuizen en, afhankelijk van de complexiteit en het volume, regionaal, landelijk of zelfs internationaal worden georganiseerd. Hiervoor dient deze zorg herordend te worden in zorgnetwerken dwars door bestaande

¹⁶ De zogenaamde verkeerde bed problematiek.

¹⁷ Boston Consulting Group, 2010. Kiezen voor kwaliteit.

¹⁸ Boer en Croon, 2010. Van instituten naar netwerken.

¹⁹ Oratie prof. dr. Loek H.I. Winter, 2011. Nyenrode Business Universiteit. Zorgondernemerschap als therapie. Van medisch paternalisme naar consumerisme, van patiënt naar klant.

²⁰ Zorgverzekeraars Nederland

²¹ Nederlandse vereniging voor Heelkunde

²² www.Zorgvisie.nl, Verzekeraars dwingen ziekenhuizen te stoppen met complexe operaties 7-12-2011

²³ Raad voor de Volksgezondheid & Zorg, Medisch Specialistische zorg 20/20 en achtergrondstudies. 27 oktober 2011.

echelons heen waardoor netwerkachtige samenwerkingsverbanden ontstaan met een verdeling van de hoogcomplexen en kapitaalintensieve zorg tussen ziekenhuizen. Kleinere ziekenhuizen krijgen de rol van chronische care centra i.s.m. de eerstelijns en de UMC's en de STZ ziekenhuizen moeten gaan samenwerken rondom de complexe en de spoedeisende zorg. Bij deze herordening wordt een grote rol toegedicht aan verzekeraars die samen met de wetenschappelijke verenigingen de kwaliteit van de zorg dienen te waarborgen en waar noodzakelijk te verbeteren.

Dit herordeningsbeleid wordt door zorgverzekeraars momenteel vertaald naar inkoopbeleid en wordt vanaf 2012 naar verwachting geleidelijk ingevoerd. De vraag is of zorgverzekeraars deze regie kunnen en durven op pakken.

Aan het zorgveld is de uitdaging om dit beleid te implementeren en te komen tot succesvolle bestuurs- en coördinatieoplossingen die leiden tot kwaliteitsverbetering en kostenbeheersing. Hierbij is het uitgangspunt van overheid en zorgverzekeraars dat besparingen als gevolg van deze herconfiguratie niet elders afgewenteld mogen worden.

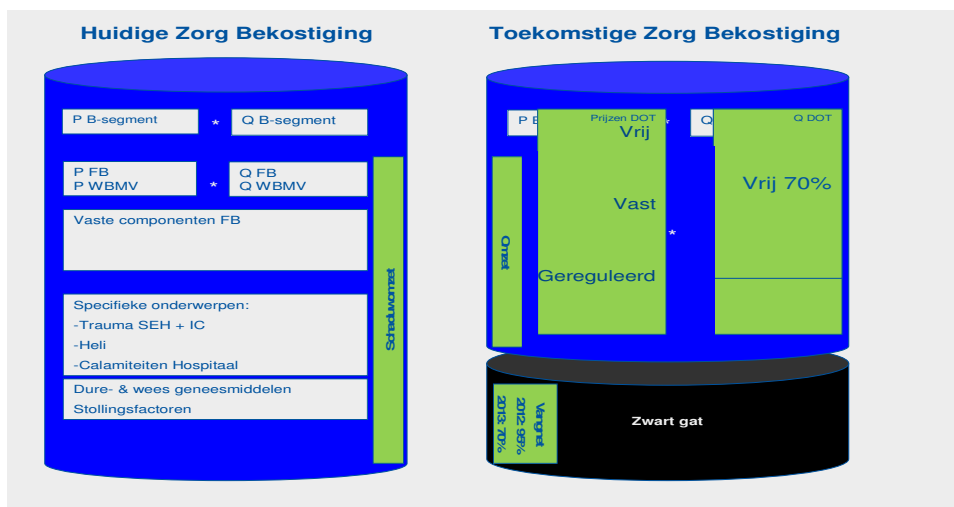
Deze herordening leidt voor de individuele ziekenhuizen onherroepelijk tot afstoten of uitbreiden van zorg met de daarbij horende nieuwe bestuurlijke en organisatorische problemen. Zeker daar waar sprake is van organisatie van zorg over instellingen heen zal er ook een grote impact zijn op de medisch- inhoudelijke en bedrijfskundige aspecten die voor een succesvolle samenwerking tussen professionals randvoorwaardelijk zijn.

Ongeacht de grootte van de medische disciplines wordt het een organisatorische en bestuurlijke uitdaging om met name de laagvolume hoogcomplexen zorg vorm te geven, vooral omdat herordening van deze, veelal kostbare, zorg zal leiden tot interinstitutionele of supraregionale organisatie.

Bijlage 3

Ziekenhuisfinanciering

Met ingang van 2012 zal prestatiebekostiging op basis van vrije prijzen worden ingevoerd en de ziekenhuisbudgetten worden afgeschaft. Het doel van integrale prestatiebekostiging is het verbeteren en waarborgen van de kwaliteit, betaalbaarheid en toegankelijkheid van de zorg voor de consument. Zorgaanbieders krijgen bij prestatiebekostiging straks voor elke geleverde zorgprestatie apart betaald, in plaats dat zij per jaar één vast budget hebben voor het leveren van alle zorg (NZa). Per 2012 worden de kapitaalslasten en de honoraria van de medisch specialisten ook onderdeel van de prestatiebekostiging en dus onderdeel van de zorginkoop en de financiering. Steunmaatregelen voor ziekenhuizen in financiële problemen verdwijnen en beschikbaarheidsbijdragen (o.a. academische component en traumazorg) van ziekenhuizen worden tot een noodzakelijk minimum teruggebracht. Vanaf 2013 wordt het mogelijk om als ziekenhuis winst uit te keren en een op te zetten kwaliteitsinstituut wordt verantwoordelijk voor normen over de kwaliteit en transparantie. In 2011 is vanuit de Orde van Medisch Specialisten een kwaliteitskoepel opgezet waarin alle WVen vertegenwoordigd zijn en die in staat wordt gesteld aan deze normering invulling te geven. Ziekenhuizen worden hiermee gestimuleerd de zorg rond een patiënt beter af te stemmen door de zorgverlening en de logistieke processen zo goed en zo efficiënt mogelijk in te richten (www.werkenmetdot.nl). Zorgverzekeraars worden met de prestatiebekostiging gedwongen om hun zorginkooprol op te pakken. Hiermee wil de minister beogen dat de marktwerking versneld wordt door grotere risicodragendheid van vooral zorgaanbieders en zorgverzekeraars en dat dit bijdraagt aan het verhogen van de kwaliteit en de financiële houdbaarheid van de zorg. Per 2012 wordt het vrije segment (nu B-segment) maximaal uitgebreid (figuur 1).



Figuur 1: Huidige versus toekomstige bekostiging (Bron: belonen naar prestaties)

Hierbij wordt zorg die zich niet leent voor liberalisering doordat anders de continuïteit, de toegankelijkheid of betaalbaarheid in het gedrang komt (nu A-segment) voorzien van maximumtarieven in het gereguleerde segment. Zorgaanbieder en verzekeraar onderhandelen in het vrije en gereguleerde segment over het tarief en het volume. Hierdoor komen de A segment DBC's per 1-1-2012 ook onder de prestatiebekostiging.

De ziekenhuiszorg zal worden onderverdeeld in drie (prijs)segmenten:

- een vrij segment: prijs en volume zijn vrij onderhandelbaar
- een gereguleerd segment: declarabele zorgproducten met een onderhandelbaar maximum tarief en volume (o.a. WbmV).
- en een vast segment: niet (geheel) declarabele functies met een aanvullende vergoeding o.b.v. genormeerde kosten (o.a. academische component, trauma- en acute zorg).

Het vrije segment

In het vrije segment (nieuwe naam voor het B-segment) zullen zorgverzekeraars en zorgaanbieders vrij onderhandelen over de kwaliteit, prijs en volume van zorg. De zorg waarover vrij onderhandeld wordt voldoet aan de door de NZa opgestelde criteria. Deze zorg wordt bijvoorbeeld geleverd door veel zorgaanbieders en is te vertalen in goed herkenbare prestaties. 70% van de zorg gaat bekostigd worden op basis van vrije prijzen. Alle laagcomplexiteit hoogvolume zorg valt straks in dit segment.

Het gereguleerde segment

In het gereguleerde segment wordt vrij onderhandeld, maar dan onder maximum NZa tarieven. Deze zorg voldoet nog niet of gedeeltelijk aan de criteria om geheel vrij over te onderhandelen. Voorbeelden zijn de Wbmv zorg, de IC en de dure geneesmiddelen. In het verantwoordingsdocument Invoering prestatiebekostiging medisch specialistische zorg (NZa, juli 2011) wordt gesteld dat de Wbmv zorg structureel ondergebracht zal worden in het gereguleerde segment. Deze zorg wordt door een beperkt aantal zorgaanbieders geleverd en er is bij Wbmv zorg sprake van een infrastructuur met veel dure apparatuur (hoge vaste kosten). Het is daardoor niet rendabel deze zorg te leveren bij een laag volume, waardoor aanbodregulering wenselijk is.

Het vaste segment

Een deel van de zorg is (deels) niet geschikt om over te onderhandelen. Hiervoor kunnen meerdere redenen zijn. Bijvoorbeeld omdat de zorg een grote investering vraagt en het aantal patiënten zeer fluctueert, zodat de benodigde voorzieningen niet goed (volledig) via zorgproducten bekostigd kunnen worden. In het vaste segment worden een aantal zorgvormen volledig uit het vaste segment bekostigd. Voorbeelden hiervan zijn de traumahelikopters, de donorteams, zorg en kennisontwikkeling bij calamiteiten en rampen. Andere vormen van zorg, zoals de Spoedeisende Hulp, de traumazorg en brandwondenzorg worden in principe via zorgproducten bekostigd, maar kunnen eveneens in aanmerking komen voor een aanvullende bijdrage via het vaste segment (beschikbaarheidsvergoeding). De beschikbaarheid van Wbmv zorg wordt ook deels in dit segment vergoed.

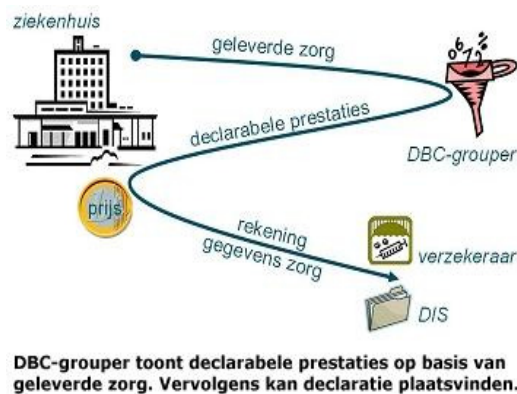
DOT

De invoering van DOT (DBC's op weg naar transparantie) zorgt voor grote wijzigingen voor de ziekenhuizen en voor de zorgverzekeraars. Het aandeel van de productie waarover prijsafspraken met individuele verzekeraars gemaakt moeten worden neemt toe naar ca. 70%. Voor zorgverzekeraars betekent dit dat de risico's toenemen door de onzekerheden die met DOT hun intreding doen. De overgang van de bestaande bekostiging naar prestatiebekostiging op basis van DOT wordt gedurende twee jaar door een overgangsmodel begeleid. In essentie worden de financiële effecten van DOT voor het bestaande A-segment in twee jaar geëffectueerd: in 2012 zal het verschil voor 95% worden gecompenseerd en in 2013 voor 70%. Belangrijk is dat de compensatie zowel een positief bedrag kan zijn (als de DOT omzet achterblijft bij de FB omzet) maar ook een negatief bedrag (als de DOT omzet de FB omzet overstijgt). Daarnaast wil het overgangsmodel alleen zogenaamde systeemeffecten opvangen en niet compenseren voor omzetveranderingen die het gevolg zijn van volumeverhuizingen.

De gevolgen voor ziekenhuizen zijn dat de risico's aanzienlijk toenemen maar tegelijkertijd biedt het ook ruimte om datgene vergoed te krijgen wat daadwerkelijk geleverd wordt.

In de huidige situatie kunnen bij een bepaald verrichtingenpatroon soms meerdere DBC's van toepassing zijn. Hierdoor kunnen zorgaanbieders bij de keuze voor een DBC voor een bepaalde behandeling bij hun keuze mee laten wegen welke DBC het meest financieel aantrekkelijk is (upcoding).

Onder DOT wordt het zorgproduct via een gestandaardiseerde ICT-applicatie (de 'grouper', figuur 2) afgeleid aan de hand van de uitgevoerde verrichtingen. Niet meer de medisch specialist maar de grouper stelt het te declareren zorgproduct met een diagnosegroep afhankelijke beslisboom vast en voegt daar apart de productie van IC verpleegdagen en/ of dure (of wees-) geneesmiddelen aan toe.



Figuur 2: Grouper (Bron: www.werkenmetdot.nl)

Bij een bepaald verrichtingenpatroon hoort nu nog maar één zorgproduct. De mogelijkheden van 'upcoding' nemen dus af als gevolg van de invoering van DOT. Dit is goed met het oog op uitgavenbeheersing (www.werkenmetdot.nl).

Om de overstap te kunnen maken van budgetbekostiging naar prestatiebekostiging is een juiste beschrijving van de zorgprestaties van cruciaal belang. Op dit moment zijn er ca. 30.000 DBC's beschikbaar waardoor er weinig transparantie is in de geleverde prestaties. DOT maakt mogelijk dat de DBC's worden omgevormd tot zorgproducten. Uiteindelijk zullen er zo'n 4400 zorgproducten worden geformuleerd waardoor meer transparantie ontstaat doordat de DOT-zorgproducten beter medisch herkenbaar en kostenhomogener zijn dan de huidige DBC's. DOT-zorgproducten kennen eenduidige prestatieregels en registratieregels waardoor gelijke zorg ook leidt tot gelijke zorgproducten. Het is specialisme overstijgend, wat uniformiteit oplevert en het houdt beter rekening met de zorgzwaarte dan DBC's, doordat de zorgproducten beter rekening houden met de complexiteit. Er komt meer zicht, voor alle stakeholders, op kwaliteit, zorgproces en prijzen. DOT zorgt er dus voor dat de zorg zoveel mogelijk bekostigd wordt op basis van de geleverde prestaties.

Een belangrijk fenomeen bij de financiering van complexe zorg wat met DOT onder druk komt te staan is de huidige kruissubsidiëring binnen de ziekenhuiszorg. Anno 2011 wordt deze dure zorg veelal bekostigd door kruissubsidiëring waarmee dure, schaarse zorg wordt gefinancierd door productie van basiszorg. Volgens Nieuwenhuis en Leerink (2011)²⁴ zijn de vergoedingen die ziekenhuizen voor behandelingen in het A- segment ontvangen afgeleid van globale budgetparameters en hebben vrijwel geen relatie met de onderliggende kostprijzen van de verschillende behandelingen. Dit betekent dat sommige behandelingen voor ziekenhuizen voorspelbaar winstgevend zijn (zgn. "feeders"), terwijl andere behandelingen voorspelbaar verliesgevend zijn (zgn. "bleeders"). Veel laagfrequente hoogcomplexe zorg valt onder de laatste categorie.

Deze kruissubsidiëring is tot 2012 een gerechtvaardigd calculatiemodel maar zal binnen DOT niet meer nodig moeten zijn aangezien binnen DOT de hogere werkelijke kosten na meting in de toekomst worden opgenomen in de kostprijs. Voor de korte termijn echter, levert dit aanzienlijke financiële risico's op waardoor deze kostbare zorg niet rendabel zal zijn.

Bekostiging laagvolume hoogcomplexe zorg

Ook na 2011 zullen de bijzondere medische verrichtingen gereguleerd worden binnen de Wbmv. Deze wet maakt het heel goed mogelijk om de concentratie van complexe zorg te organiseren en transparant te maken maar is voor de overheid ook een middel om via vergunningverlening het aantal zorgaanbieders te beperken dat topklinische zorg kan aanbieden. De overheid heeft hiermee dus nog een sturingsinstrument beschikbaar. In de huidige systematiek is per DBC aangegeven of een Wbmv-vergunning vereist is. Binnen DOT zijn de Wbmv-activiteiten gelabeld. Dit houdt in dat bij de afleiding van het zorgproduct in de grouper middels de code die al dan niet aan zorgactiviteiten is toegekend, het zorgproduct waarop dat van toepassing is als Wbmv-zorgproduct gelabeld wordt. Voor de bijzondere neurochirurgie bijvoorbeeld zullen de huidige budgetparameters "calculatorische bedden" en "neuro-interventies" verdwijnen en worden ondergebracht in nieuw te formuleren Wbmv-activiteiten dan wel als ophoging van de kostprijs van bestaande zorgproducten worden opgenomen. Daarnaast vindt

²⁴ ESBOnline, 96(4610), 13 mei 2011

uitbreiding plaats in het bijzonder zenuwchirurgisch segment, vanwege de beperkte uitvoering van complexe zenuw reconstructies in slechts 3 UMC's.

Beheersmodel medisch specialisten

De afgelopen jaren is de minister geconfronteerd met overschrijdingen bij de medisch specialistische zorg. Om niet meer achteraf te hoeven korten voert de minister per 2012 ook een nieuw bekostigingsmodel, op basis van afspraken tussen VWS, de Orde en de NVZ, in voor medisch specialistische zorg. Het beheersmodel dient als tijdelijk overgangsmodel naar integrale prestatiebekostiging voor medisch specialistische zorg in 2015. Het model biedt prikkels voor kwaliteit en doelmatigheid. De RvB en de specialisten maken binnen de instelling afspraken over een vaste en variabele component in de honoraria. Hierin worden ook activiteiten rond opleiding en innovatie meegenomen. Deze afspraken en het voorkomen van wachttijsten worden in een nieuw Model Toelatingsovereenkomst (MTO) tussen RvB en medisch specialisten vastgelegd. Daardoor ontstaat een evenwichtiger relatie tussen de RvB en medisch specialist. Ook is er ruimte voor een eerlijker verdeling van de honoraria onder de specialisten.

Vanaf 2015 zijn de honoraria integraal onderdeel van het zorgproduct en worden de macro beschikbare middelen die nu binnen het Budget Kader Zorg (BKZ) apart worden verantwoord, samengevoegd met de macro beschikbare middelen voor de instellingen. Hiermee wil de minister tijdelijk de honorariumomzet van de vrijgevestigde medisch specialisten beheersen om in 2015 de bekostiging van vrijgevestigde medisch specialisten werkzaam in ziekenhuizen en ZBC's zoveel mogelijk gelijk te trekken en te borgen in de prestatiebekostiging medisch specialistische zorg 2015. Dit beheersmodel is van toepassing op ca. 50% van het totaal aantal werkzame medisch specialisten. Medisch specialisten in loondienst met en zonder budgetvergoeding vallen niet onder het beheersmodel²⁵.

Medisch specialisten in loondienst

Voor medisch specialisten in loondienst met een budgetvergoeding dekt het ziekenhuis de loonkosten uit het budget dat voor het ziekenhuis beschikbaar wordt gesteld. De omzetten van de specialisten in loondienst vallen onder het Bruto Kader Zorg (BKZ) ziekenhuizen. Voor medisch specialisten in loondienst zonder budgetvergoeding dekt het ziekenhuis de loonkosten door de honorariuminkomsten. De omzetten van specialisten in loondienst die in 2007 of eerder deelnemer waren aan de lumpsum worden door VWS toegerekend aan het BKZ medisch specialisten. De omzetten van specialisten die nu nog in loondienst zijn en die niet hebben deelgenomen aan de lumpsum vallen onder het BKZ ziekenhuizen.

De patiënt!

De huidige ontwikkelingen binnen de gezondheidszorg hebben vanzelfsprekend een grote impact op de patiënt. Deze wordt een steeds belangrijker (f)actor in de concurrentie tussen zowel zorgaanbieders als zorgverzekeraars. Demografische, epidemiologische, culturele, technologische en economische ontwikkelingen maken dat de vraag naar (dure) zorg verder toeneemt. Dit zal zich uiten in steeds hoger wordende premies voor zorgverzekeringen en meer eigen betalingen. Ook de wijze waarop de zorg geleverd wordt en de locatie waar deze levering plaatsvindt, zullen anders zijn dan nu gangbaar is.

Op dit moment is dé patiënt nog veelal te definiëren als een directe afnemer van door zorgaanbieders geleverde zorg en diensten. In de nabije toekomst zal deze zich steeds meer (moeten) gaan gedragen als betrokken zorgconsument en als actieve burger zelf op zoek (moeten) gaan naar gezondheid en het voorkomen van ziekten. Hierbij voert hij zelf de regie over zijn eigen gezondheid, ondersteund door een netwerk van zorgprofessionals en lotgenoten. Kennis over eigen gezondheidsdossier, ziekte en de mogelijke behandelingen leiden tot een verbeterde zorgverlener- patiëntrelatie. De zorgverlener krijgt een goed geïnformeerde patiënt waardoor sneller en beter besloten kan worden wat het behandelplan wordt. Dit leidt tot kwalitatief betere zorg en uiteindelijk tot meer doelmatigheid (RVZ, Gezondheid 2.0, 2010).

Belangrijke drivers voor de ontwikkeling van patiënt naar zorgconsument zijn de beschikbaarheid van transparante, kwalitatief goede informatie op internet en het stimuleren van het gebruik van social media zoals patiëntenfora. De overheid, zorgaanbieders, zorgverzekeraars en patiëntenverenigingen hebben hierin een opdracht.

De beschikbaarheid van correcte informatie kan bijdragen aan het toevoegen van waarde voor de zorgconsument door substitutie van bestaande specialistische zorg, verbetering van de kwaliteit en de toegankelijkheid en het creëren van mogelijk kostenvoordeel door onder andere het voorkomen van complicaties, onnodige diagnostiek en dubbele behandelingen.

²⁵ NZa. Verantwoordingsdocument Invoering prestatiebekostiging medisch specialistische zorg. 2011.

De RVZ schetst in haar achtergrondadvies: De rol van Health en gezondheid 2.0 in het veranderende ziekenhuislandschap (2011), de volgende ontwikkelingen:

- De patiënt krijgt een grotere, actieve rol in het zorgproces en wordt samen met zijn zorgverlener coproductent.
- Communicatie tussen zorgconsumenten en zorgverlener is niet langer alleen maar face to face.
- Zorg vindt steeds vaker buiten de muren van het ziekenhuis plaats. Door de mogelijkheden van nieuwe media kunnen zorgprocessen worden opgeknipt en in delen worden uitgevoerd. Hierdoor is het logistiek mogelijk om zorgfuncties op verschillende locaties uit te voeren.
- Bestaande (delen van) ziekenhuizen worden overbodig. Betere beschikbaarheid van informatie en patiëntengegevens en toepassing van nieuwe technologieën zorgen voor efficiënter en effectiever ingerichte zorgfuncties.

Bovenstaande ontwikkelingen kunnen bijdragen aan de vormgeving van het veranderende ziekenhuislandschap doordat deze de infrastructuur voor zorgnetwerken mogelijk maken mits hiervoor ruimte gecreëerd wordt binnen de bekostigingsstructuur van de gezondheidszorg en alle stakeholders open staan en actief meewerken aan de implementatie hiervan. Belangrijk voor succes zijn ook de juridische aspecten zoals privacy en bescherming van persoonsgegevens. Dit laatste is, gezien de huidige discussie over het Elektronisch Patiëntendossier, een grote uitdaging voor de toekomst.

Concentratie van bijzondere zorg is in het belang van de patiënt.

“Zorg dichtbij als het kan, ver(der) weg als het beter is”. Het adagium van de NPCF(2011) als het gaat om concentratie en spreiding van zorg. Hierbij wordt onderscheidt gemaakt tussen (basis)zorg dicht bij huis en specialistische zorg ver(der) weg. Met dit uitgangspunt sluit de NPCF zich aan bij het beleid van de overheid zoals beschreven in de brief van minister Schippers “Zorg die werkt” (26 januari 2011) aan de Tweede Kamer en de recent verschenen adviezen van de RVZ. Volgens M. de Blooys (teammanager kwaliteit NPCF, interview financieel veldwerk, 2011) is het wel van belang dat patiënten inzicht hebben in welke zorg, waar geleverd wordt. Waar de ziekenhuizen goed in zijn en waarin minder goed. Dit vereist transparante informatievoorziening die voor elke patiënt beschikbaar moet zijn. Het is belangrijk dat patiënten- en wetenschappelijke verenigingen keurmerken ontwikkelen waardoor patiënten weten dat een bepaald ziekenhuis wel of niet voldoet aan de normen van de beroepsgroep. Zorgverzekeraars zouden dan aan de hand van dit keurmerk zorginkoopcriteria moeten opstellen op basis waarvan er wel of geen contract wordt afgesloten en waarmee zij voldoen aan de wensen en behoeften van hun verzekerden.

Concentratie van zorg waardoor artsen complexe ingrepen vaker uitvoeren, leidt tot kwalitatief betere zorg. Daarnaast zal concentratie van m.n. complexe zorg bijdragen aan doelmatigheid doordat niet meer elk ziekenhuis alle zorg aanbiedt en dus ook niet de beschikking hoeft te hebben over dure technologische middelen en gespecialiseerd personeel. De NPCF merkt op dat voor- en nazorg echter wel in de buurt van de patiënt geleverd moet worden. Enerzijds om zo de kennis over zeldzame aandoeningen beschikbaar te houden waardoor de diagnostiek dicht bij de patiënt snel en adequaat geleverd kan blijven worden. Anderzijds om bij m.n. langdurige en intensive nazorgtrajecten patiënten te behoeden voor lange reisafstanden. Afstemming tussen de medisch specialist en de huisarts is hierbij randvoorwaardelijk.

De NVZ bericht in haar rapport: “Zorg op doorreis (2011) dat ruim 25% van de patiënten niet kiest voor het dichtstbijzijnde ziekenhuis afhankelijk van de aandoening en het specialisme. Hoe ingrijpender de initiële behandeling hoe minder de reisafstand er toe doet. Heida en Sonneveld (ESBOnline²⁶) concluderen dat een kwart tot een derde van de patiënten in Nederland met een liesbreuk, heup of knie vervanging, staar, spataderen of ziekte van amandelen het dichtstbijzijnde ziekenhuis voorbij reist indien een ander ziekenhuis meer van deze behandelingen uitvoert, een hogere kwaliteit levert of kortere wachttijden heeft. Voor deze patiënten is de ziekenhuismarkt dus groter dan het dichtstbijzijnde ziekenhuis. Dit gedrag is belangrijk voor de ontwikkeling naar een concurrerende zorgmarkt. Alleen als patiënten kunnen kiezen uit meerdere zorgaanbieders heeft marktwerking kans van slagen.

De Zorgverzekeraar

Al met de invoering van de Zvw in 2006 dichtte de minister van VWS zorgverzekeraars een grotere rol toe in de sturing van de zorg naar een model met meer gereguleerde concurrentie. Zij treden op als onderhandelingspartners voor zorgaanbieders, als het gaat over prijs, kwaliteit, inhoud en organisatie van de zorg. Middels het contracteren van zorgaanbieders kunnen zij hun verzekerden toe leiden naar

²⁶ ESBOnline (96(4623) 25 november 2011.

gecontracteerde zorg. Hierbij heeft de zorgverzekeraar een zorgplicht. Verzekerden kunnen jaarlijks overstappen naar een andere zorgverzekeraar wat een goede stimulans is voor goede service en dienstverlening en om kwalitatief goede zorg voor verzekerden in te kopen en dat te doen tegen een zo scherp mogelijke prijs. De afgelopen jaren echter is deze rol nog slecht tot uiting gekomen mede doordat verzekeraars weinig risico liepen op de zorgkosten en verzekerden zich niet interesseerden voor het “product” zorgverzekering. Hierdoor stapten weinig mensen over naar een andere verzekeraar, ook doordat er weinig verschil bestaat tussen de verzekeraars zowel in de premie voor de basisverzekering als in het aanvullende pakket.

De onderlinge concurrentie tussen verzekeraars is toegenomen door de concentratie op de zorgverzekeringsmarkt.

In de Kamerbrief “Zorg die loont” (14-3-2011) geeft de minister aan dat, naast de eerder beschreven financieringsmaatregelen die zij per 2012 gaat invoeren, ook zorgverzekeraars zo veel mogelijk risicodragend moeten gaan worden. Hiervoor gaat zij de ex-post risicoverevening afbouwen. De maatregelen die zij per 2012 zal doorvoeren zijn o.a. het volledig afschaffen van de macronacalculatie met flankerend beleid dat betekent dat de zorgverzekeraars in principe gezamenlijk volledig risico lopen over onder- of overschrijdingen van het macrokader. De hoge kostencompensatie (HKC) voor de kosten van de somatische zorg wordt afgeschaft. De nacalculatie op de variabele kosten ziekenhuiszorg en kosten specialistische hulp worden afgeschaft. De bandbreedte die wordt gehanteerd bij de bandbreedteregeling wordt berekend rond het gemiddelde marktresultaat.

Om de financiële prikkels voor doelmatige zorginkoop voor zorgverzekeraars te vergroten, werkt de minister toe naar het volledig afschaffen van ex-post compensatiemechanismen in 2015. Randvoorwaarde daarbij is dat door de ex ante risicoverevening zorgverzekeraars vooraf een gelijke uitgangspositie hebben en risicoselectie en ongewenste premieopslagen uitblijven. Dit vereist een stabiele bekostiging van de zorg.

In het Hoofdpijnen akkoord is onder meer afgesproken dat zorgverzekeraars selectief gaan inkopen. Op dit moment wordt de zorg nog bij elke zorgaanbieder ingekocht zonder onderscheid te maken in kwaliteit en kosten. In die zin is er meer sprake van betalen van genoten zorg dan onderhandelen over de inkoop. Vorig jaar is CZ de discussie gestart met de “zwarte ziekenhuislijst” over de zorg voor patiënten met borstkanker. Er is veel commentaar geweest op CZ, het heeft toen zelfs geleid tot een verbod van de rechter om de lijst openbaar te maken maar het heeft ook gemaakt dat de discussie nu uitgebreid gevoerd wordt. Partijen zijn hard aan de slag om transparantie te bewerkstelligen in de kwaliteit van de zorg. Voor zorgverzekeraars is dit van belang om samen met patiënten te kunnen beoordelen waar de zorg het beste geleverd wordt. Vanzelfsprekend is hierbij de prijs die daarvoor gevraagd wordt ook van belang. Zorgverzekeraars zullen dan ook steeds meer selectief, dus bij bepaalde zorgaanbieders wel en bij andere niet, zorg in gaan kopen. Dit houdt zorgaanbieders scherp om goede kwaliteit zorg voor een redelijke prijs te blijven leveren en zich te specialiseren in waar ze goed in zijn.

Menzis bijvoorbeeld voert voor een aantal DBC's uit het B segment het predicaat ‘Topzorg’ voor excellente zorgaanbieders. Andere zorgverzekeraars kopen in op basis van een minimum volume. De voordelen voor de verzekerde zijn evident: als je ziek bent, wil je de beste zorg voor de premie die je betaalt. De rol van de zorgverzekeraar, om zo scherp mogelijk op kwaliteit in te kopen, is essentieel om de kosten van de zorg betaalbaar te houden, zodat de premie voor de verzekerde zo min mogelijk stijgt. Naast deze zorginkooprol hebben zorgverzekeraars ook een positie als het gaat om de herinrichting van de zorg. De nu nog gangbare echelonnering leidt tot drempelverhoging en onnodige extra zorg daar waar het gaat om de beste zorg op de juiste plaats en staat vernieuwende organisatievormen in de weg. Zorgverzekeraars moeten ook hun innovatieve kant laten zien en risico durven nemen om partijen met goede wil in staat te stellen om de zorg zodanig te herorganiseren dat daadwerkelijk kwalitatief betere zorg ook doelmatiger kan worden geleverd.

Bijlage 4

Wet op de bijzondere medische verrichtingen (Wbmv)

De complexe zorg wordt gereguleerd door de Wet op de bijzondere verrichtingen (Wbmv) (1979) met als uitgangspunt dat een verantwoorde en doelgerichte regulering van complexe zorg van groot belang geacht wordt voor de gehele gezondheidszorg. Hoewel in de inmiddels door de WTZi (2006) vervangen Wet Ziekenhuisvoorzieningen (WZv) deze bijzondere verrichtingen (de zgn. topklinische zorg) in artikel 2 en 18 al benoemd waren voorzag de overheid nieuwe ontwikkelingen zoals deregulering en opkomst van privéklinieken, waardoor deze wet ingrijpend aangepast zou moeten worden. De overheid wilde echter beter grip hebben op de topklinische zorg, niet alleen door de regulering van bewezen topklinische zorg, maar ook middels een effectieve aansturing van toekomstige medische ingrepen. Met de Wbmv is de overheid ook in staat om op het terrein van de medische technologische ontwikkelingen, daar waar de sector zichzelf niet reguleert, in te grijpen. Dit ingrijpen, kan door het stimuleren (art.8), afremmen en zelfs door verbieden van medische ontwikkelingen (art.3).

Regelingen in de wet

Het ingrijpen door de overheid wordt in de Wbmv in de vorm van instrumenten benoemd. Zo kent de wet in hoofdstuk II de 'regulering door verboden', waarbij de minister van VWS bepaalde medische verrichtingen of de aanschaf van bepaalde medische apparatuur kan verbieden. Of zij kan deze toewijzen door middel van een vergunningsstelsel aan bepaalde UMC's of topklinische ziekenhuizen.

Hoofdstuk III van de Wbmv spreekt over 'regulering door financiële ondersteuning'. Zo kan de minister van VWS middels haar beleidsvisie bepalen welke instellingsaanvraag financieel wel of niet ondersteund wordt. Het verschil met de 'regulering door verboden' is dat hier de sector bepaalt welke medisch (technische) ontwikkelingen er moeten komen en de minister kan verzoeken deze ontwikkelingen te bekostigen. Alleen wanneer vanuit het veld ingezette beleidsveranderingen niet stroken met de beleidsvisie van de overheid mag de minister financiële ondersteuning weigeren.

Hoofdstuk IV bevat het toezicht op de naleving en de uitvoering, die neergelegd is bij de Inspectie voor de Gezondheidszorg. In het vijfde en laatste hoofdstuk wordt benoemd welke terreinen de wet beslaat en dat de minister van VWS het parlement eens per vier jaar informeert over de doeltreffendheid en de effecten van de wet in de praktijk.

In een algemene maatregel van bestuur (AMvB- Besluit aanwijzing bijzondere medische verrichtingen 2007) worden de verschillende bijzondere medische verrichtingen aangewezen, die langdurig aan een *vergunningplicht* onderworpen zullen worden. Dit zijn diverse vormen van (orgaan)transplantatie, implantatie van kunstorganen, bepaalde hartinterventies, radiotherapie, neurochirurgie, IVF, neonatologie en klinisch genetisch onderzoek. Per 1-1-2012 valt radiotherapie niet meer onder de Wbmv.

De Wet in de praktijk

Anno 2011 zijn er elf ministeriële regelingen van toepassing op basis van de Wbmv. Deze regelingen bestaan uit planningsbesluiten, waarin wordt beschreven op welke wijze er, door wie, in de behoefte aan de betreffende bijzondere medische verrichtingen wordt voorzien. Verder wordt de spreiding van verschillende centra in Nederland bepaald en wordt beschreven welke voorwaarden er zijn om te komen tot het uitvoeren van deze verrichtingen. Eén van de planningsbesluiten –relevant voor dit onderwerp- is het planningsbesluit Neurochirurgie 2001. Hierin wordt benoemd dat er ten hoogste behoefte is aan 13 Neurochirurgische centra in ons land (art.1) voor het uitvoeren van bijzondere neurochirurgie. De wijze waarop in de behoefte aan centra –waar neurochirurgie plaatsvindt- kan worden voorzien, en de landelijke spreiding van de centra worden in de bijlage bij het planningsbesluit beschreven (art. 2). Verder wordt in artikel 3 de maximale aanschafkosten van medische apparatuur *zonder* vergunningsplicht bepaald.

Ten tijde van bovenstaand planningsbesluit besloot de minister ook de neurochirurgie te dereguleren. Hiermee beoogde zij dat het bepalen van de zorg die onder de Wbmv valt door de beroepsgroep zelf zou worden gedaan en niet meer door de overheid. Deze daadwerkelijke deregulering valt langzamerhand samen met de invoering van de prestatiebekostiging in 2012. In samenspraak met verzekeraars zal de beroepsgroep moeten bepalen welke zorg vanaf 2013 onder de Wbmv blijft vallen (gereguleerde segment) en welke zorg dusdanig stabiel kan worden omschreven dat het geschikt is voor het vrije segment. Momenteel moet eerst vastgesteld worden welke volumennormen de beroepsgroep wil hanteren en voor welke aandoeningen verdergaande concentratie noodzakelijk is in bijvoorbeeld maximaal twee tot vier van de 13 huidige centra.

Bijlage 5

“Er komt een patiënt met rugklachten bij de dokter, en.....?”

De huidige “zorgketen”

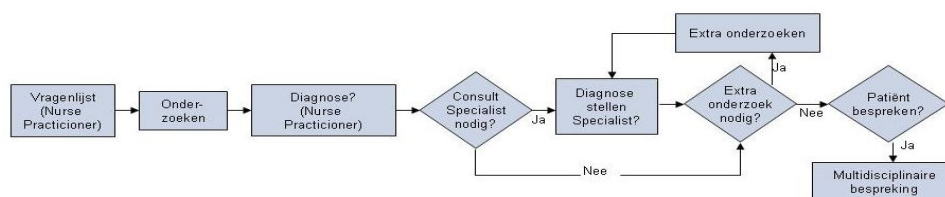
Rugklachten kennen een hoge incidentie met chirurgisch slechts enkele behandelbare oorzakelijke afwijkingen. De behandelbare aandoeningen kennen een spectrum van hernia's enerzijds en werveltumoren anderzijds. Deze aandoeningen behoren tot het spinaalchirurgisch werkterrein. Anders staat het met rugklachten ten gevolge van artrotische veranderingen. Er zijn weinig aandoeningen waar rondom behandeling zoveel controversie bestaat. De ervaren kwaliteit van diagnostische en behandelprocessen wordt door de gemiddelde patiënt en zorgverlener laag gewaardeerd. Bovenstaande titel zonder plot is exemplarisch voor de afwezige zorgketen processen rondom rugklachten, variërend qua oorzaak door hernia, ontsteking of een tumor. Na verwijzing door de huisarts volgt een voor patiënten en (para)medici mistig pad met onzekere uitkomsten. Waardecreatie kan bestaan uit duidelijkheid rondom diagnostiek en behandeling en vooral waar men in het beloop van de klachten terecht kan. Daarnaast dient verwachtingenmanagement bijgesteld te worden. Voor de patiënten is realistisch optimisme over de uitkomst of wachtlijst waardevoller dan de veelal fraaiere klinkende leugen. Toegevoegde waarde voor patiënten kan gecreëerd worden door betrouwbare, snelle, doelmatige zorg in een continue flow, zonder dubbeldiagnostiek en met vooral een realistisch toekomstperspectief. Dit kan verzorgd worden via “evidence based” bewezen multidisciplinaire ketenzorgprocessen.

Een zorgpad klinkt goed maar is nog niet geïmplementeerd omdat binnen het netwerk ketenzorg afspraken ontbreken. Vooralsnog bestaat de zorg voor patiënten met rugklachten uit gescheiden werkende “silo's” zonder verbindende schakels. Het huidige proces van zorg voor de wervelkolom patiënt is niet afgestemd op de zorgvraag, is slecht tot ongeorganiseerd en kent hierdoor lange wachtlijsten. Waardecreatie voor de rugpatiënt lijkt vooral te vinden in ervaren comfort en snelheid van diagnostiek en behandeling en wat minder in getalsmatige weergegeven effectiviteit. (persoonlijke interpretatie Peul en op basis van “patiënten trek” naar privé klinieken in bv Keulen, München en Antwerpen). In het algemeen gaat de patiënt met een relatief simpel probleem, door onwetendheid, bij voorbaat uit van ongecompliceerde zorg en hoge effectiviteit en wie neemt dit de patiënt kwalijk?

2015 “Er komt een patiënt met rugklachten bij de dokter, ...en weet wat de mogelijkheden zijn en vooral waar hij aan toe is!”

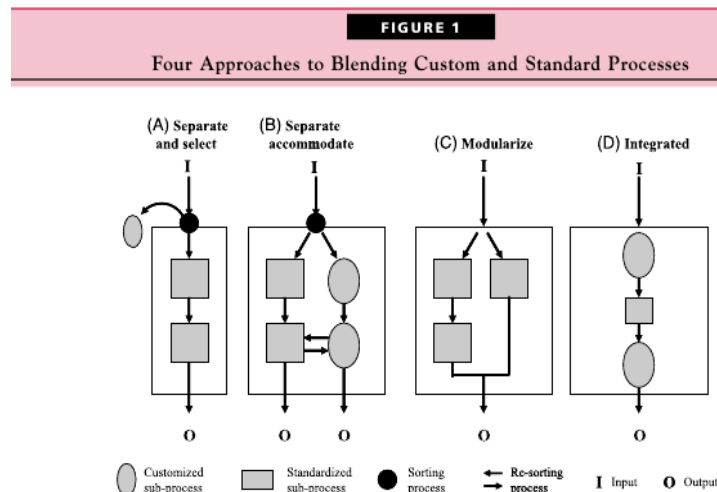
De zorgketen voor deze patiënten zal binnen het NcC Holland worden geoptimaliseerd in ziekenhuizen die kunnen voldoen aan de voorwaarden snel, kwalitatief goed, doelmatig en voor acceptabele kosten. Rugaandoeningen kennen een hoge incidentie, een hoogvolume zorgproductie en een gestandaardiseerde diagnostiek. Deze diagnostiek en behandeling zorgketen kan in een regionaal ziekenhuis georganiseerd worden. Door een “focused factory” structuur aan te brengen worden deze ziekenhuizen operationaal excellente organisaties die waarde toevoegen voor de patiënt. Deze weet, door de snelle en betrouwbare zorg en de op hem afgestemde communicatiemiddelen, exact waar hij aan toe is.

Vanuit de huidige situatie dient dan vooral gewerkt te worden naar een gestandaardiseerd productieproces (figuur 3) voor deze algemeen voorkomende aandoeningen (en naar een professioneel service gerichte keten voor topreferente complexe problematiek). Door het laatste te concentreren wordt dit proces ook minder gevoelig voor “gaps” welke momenteel door de vele schakels over verschillende zorginstellingen optreden en leiden patiënten met rugklachten niet onder de spoedzorg die geleverd moet worden aan patiënten met complexe aandoeningen.



Figuur 3: Intake proces rugklachten

Verwijzing binnen een RCNC moet plaats gaan vinden met behulp van gestandaardiseerde processen met ICT ondersteuning waarmee de betreffende assistente de patiënt kan verwijzen binnen het segment wat voor zijn betreffende aandoening de meest optimale zorg garandeert. Bohmer beschrijft (figuur 4) vier variaties van bestaande samengestelde zorgpaden van “custom” en “standard” processen. Door middel van ICT Decision Support systemen kan, na verwijzing, door een polikliniek assistente van de perifere frontoffice volgens een gestandaardiseerd protocol, de patiënt op de polikliniek geplaatst worden op de locatie (standaard of custom) die binnen het patiëntensegment van de betreffende patiënt valt.



Figuur 4: Vier variaties van procesbenadering (Bron:Bohmer²⁷)

De huidige ongewenste situatie (figuur A) in perifere ziekenhuizen kan dan omgebogen worden in gescheiden processen in 1 netwerkorganisatie het RCNC (figuur B). Bij hoge concentratie van geïndividualiseerde zorg na directe juiste doorverwijzing naar een specifieke locatie verandert voor deze aandoeningen op deze locaties de product-proces matrix en kan alhier een geïntegreerd zorgproces worden aangeboden (figuur D). Hier wordt waar mogelijk standaard zorg geleverd, terwijl het individuele zorg proces rondom de interventie “customized” blijft.

²⁷ Bohmer RMJ. Medicine's service challenge: blending custom en standard care. In: Health Care Management Review (2005) p. 322 – 330.

Bijlage 6

Samenwerking

Volgens Van Dale betekent “coöpereren” samenwerken. Kaats et al., (2005)²⁸ definiëren samenwerken als “organiseren tussen organisaties; een vorm van organiseren waarbij autonome organisaties ertoe overgaan duurzame afspraken aan te gaan en zo delen van het werk op elkaar af te stemmen. Het leidt tot een diversiteit aan samenwerkingsrelaties die een duurzame intentie hebben, maar wel eindig zijn” (p. 30). Door de toenemende druk op het leveren van kwalitatief hoogwaardige prestaties, het afleggen van verantwoording en een afnemende overheidsturing worden organisaties steeds vaker gedwongen om samen te werken.

Kaats et al. (2005) geven tevens aan dat samenwerken het organiseren van snelheid en flexibiliteit is, niet op basis van macht maar op basis van toegevoegde waarde en dat samenwerking tussen organisaties op meerdere niveaus plaats vindt met op elk niveau eigen bestuurlijke vraagstukken. Zij onderscheiden samenwerking op groepsniveau (netwerken), individuele samenwerkingsrelaties en de organisatie die in netwerken participeert. Samenwerking tussen organisaties is een gevolg van toenemende concurrentie, internationalisering, liberalisering, veranderende consumenten, snelle technologische en organisatiekundige ontwikkelingen zoals meer beschikbare kennis over samenwerking (De Man, 2006)²⁹.

Voor het bereiken van haar doelstellingen is een organisatie dus afhankelijk van andere organisaties in de nabije omgeving. Door deze afhankelijkheid ontstaan nieuwe organisaties waarbij partijen continu streven naar verlaging van transactiekosten³⁰ en/of het verbeteren van het innovatieve vermogen. De, vooral door toenemende concurrentie ontstane, continue druk op de kosten leidt tot schaalvergroting. Specialisatie en kennisvergaring, het kunnen voldoen aan specifieke klantwensen, het verkrijgen van toegang tot nieuwe markten en het kunnen delen van risico's en investeringen zijn andere (rationele³¹) motieven voor samenwerking (Boonstra, 2007³²; De Man, 2006).

Samenwerking tussen organisaties wordt gekenmerkt door de aanwezigheid van wederzijdse afhankelijkheid, strijdige belangen, vertrouwen, inzicht in en respect voor elkaars bekwaamheden en waarden, transparantie en continuïteit van de relatie (van der Aa en Konijn (2004)³³; De Man (2006); de Bruijn en ten Heuvelhof (2007)³⁴). Samenwerken is een complexe aangelegenheid, zeker in professionele organisaties waar de autonomie van de professional leidend en de machtstructuur vaak onduidelijk is, maar waar macht wel gekoppeld wordt aan kunde. “Samenwerken gaat over het vrijwillig loslaten van een deel van de autonomie, in de verwachting dat het loslaten voordelen oplevert” (Kaats et al., 2005, p. 30).

Het tot stand brengen van een goede samenwerking vereist de competentie “vermogen tot samenwerken”, een implementatietraject en managementvaardigheden. Van te voren moet goed worden nagedacht over de inhoud en de vorm van de samenwerking. Deze moet aansluiten op het gedefinieerde motief van samenwerking (Klein Woolthuis, 1999)³⁵ (tabel 1). Samenwerking is geen doel op zich maar een middel. Zonder ambitie, gezamenlijke doelstelling en spelregels is samenwerking moeilijk duurzaam te organiseren (Kaats et al., 2005).

²⁸ Kaats E, van Klaveren P, Opheij W. *Organiseren tussen organisaties*. Schiedam: Scriptum 2005.

²⁹ De Man AP. *Alliantiebesturing*. Assen: Van Gorcum 2006.

³⁰ Transactiekosten zijn kosten die vooraf (ex ante) gemaakt moeten worden om een [contract](#) tot stand te brengen en de kosten die daarna (ex post) gemaakt worden om de overeenkomst te bewaken en zo nodig af te dwingen. De ex ante transactiekosten bestaan uit de kosten van het vergaren van [informatie](#) aangaande het contract. Als over een contract onderhandeld wordt, zijn ook daarmee transactiekosten gemoeid. Men moet elkaars betrouwbaarheid en bekwaamheid onderzoeken; het contract moet worden opgesteld. Het achteraf bewaken van de uitvoering van het contract brengt kosten met zich mee (Wikipaedia).

³¹ Minder rationele motieven voor samenwerking vinden hun oorsprong veelal op basis van persoonlijke overtuigingen en drijfveren van bestuurders (Kaats, E. en Opheij, W. Bestuurders in samenwerkingsverbanden. In: Boonstra, J. Ondernemen in allianties en netwerken. Deventer: Kluwer. 2007

³² Boonstra J. *Ondernemen in allianties en netwerken*. Deventer, Kluwer 2007.

³³ Van der Aa A, Konijn T. *Ketens, ketenregisseurs en ketenontwikkeling*. Utrecht: Lemma.2004.

³⁴ De Bruijn H en ten Heuvelhof E. *Management in netwerken*. Den Haag: Lemma.2007.

³⁵ Klein Woolthuis R. *Winnen kan ook samen, handleiding voor samenwerking*. Ministerie voor Economische Zaken. 1999. Gedownload via internet dec. 2011.

Motieven van samenwerking
1. Efficiëntie en kostenbesparing door verlagen transactiekosten en schaalvergroting
2. Versterking marktpositie/ toegang tot nieuwe markten, verbinden van markten
3. Uitwisselen en combineren van kennis en expertise
4. Verbetering innovatiekracht
5. Delen van risico's en investeringen
6. Het kunnen voldoen aan specifieke klantwensen
7. Het creëren van momentum (reactiesnelheid, time to market, flexibiliteit)

Tabel 1: Motieven van samenwerking

De meeste organisaties maken deel uit van meerdere samenwerkingsverbanden die elk hun eigen doelstelling en intentie hebben. Elk van deze samenwerkingsverbanden dient continu alert te zijn op de veranderende omgeving en de interne organisatie. Doelstellingen veranderen en belangen kunnen gaan schuiven. Hierdoor wijzigen de belangen van elke partner in het samenwerkingsverband wat weer effect heeft op de besluitvorming van deelnemende organisaties. Het moge duidelijk zijn dat dit doorwerkt in de andere samenwerkingsverbanden van de betreffende partij. Het vermogen te kunnen samenwerken wordt hierdoor een kritische succesfactor.

Criteria voor succesvolle samenwerking

In de zorg zullen partijen meer (moeten) gaan samenwerken om aan de veranderende eisen van stakeholders te kunnen voldoen, om concurrentievoordeel te kunnen behalen, maar vooral ook om kwalitatief goede en doelmatige zorg te kunnen leveren aan de steeds kritischer en zelfbewuster wordende patiënt. Bij samenwerking in de zorg moet niet voorbijgegaan worden aan het wezenskenmerk van samenwerkende professionals zoals de door Hans de Bruijn³⁶ beschreven tacit knowledge (onbewuste kennis), wat o.a. leidt tot gevoelsmatige of intuïtieve samenwerking. Wanneer professionals met elkaar samen werken hebben ze veelal aan een half woord genoeg om hun activiteiten af te stemmen. "Samenwerking verloopt als vanzelf, maar iemand die geen zicht heeft op deze tacit processen, zal al snel constateren dat de praktijk van samenwerking te weinig is gestructureerd. Ze hangt teveel van toevalligheden af, is teveel historisch gegroeid en te weinig doordacht" (p.17). Een belangrijke faalfactor in een professionele organisatie is het interfereren in deze tacit knowledge door procedures, planning en control.

Bekende motieven van samenwerking, zoals weergegeven in tabel 1 komen niet vanzelf tot stand. Klein Woolthuis (1999) beschrijft dat succesvolle samenwerking alleen tot stand komt als deze goed wordt aangestuurd en begeleid. "In samenwerkingsverbanden is dit complex, aangezien partijen naast de zorg voor de eigen activiteiten ook de zorg voor de activiteiten en motivatie van de samenwerkingspartners hebben. In netwerken waar professionals de kern vormen is dit nog gecompliceerder. Inzet en toewijding van alle partners in het samenwerkingsverband is een vereiste voor het slagen van de samenwerking" (p.6-7).

Partijen moeten een noodzaak hebben (afhankelijkheid) om met elkaar samen te werken en ze moeten met elkaar willen samen werken (vertrouwen).

De vier belangrijkste criteria voor succesvolle samenwerking zijn: doelen, intensiteit van samenwerking, vertrouwen en afhankelijkheid (o.a. De Bruijn en ten Heuvelhof (2007); Klein Woolthuis (1999); De Man, (2006); Dumay; (2006)³⁷). Op basis van Kaats et al., (2005) worden een vijfde en zesde criterium toegevoegd, het vermogen te kunnen samenwerken en de aanwezigheid van spelregels.

Afhankelijkheid

In de meeste literatuur over netwerken en samenwerking wordt gesproken over de belangrijkheid van afhankelijkheid. Afhankelijkheid kan partijen dwingen samen te gaan werken, enerzijds omdat de ene partij de andere partij nodig heeft om iets te realiseren wat deze alleen niet kan en anderzijds omdat partijen gezamenlijk kunnen komen tot complementariteit of synergie. Door het samenvoegen van elkaars kennis, kunde en middelen komen partijen tot een groter geheel. Om samen te kunnen werken dient er een bepaalde (economische) noodzaak te zijn en moet de wil tot samenwerken aanwezig zijn. Partijen kunnen van elkaar afhankelijk zijn als het gaat om geld of investeringen, kennis, personeel, ICT, politieke steun etc.

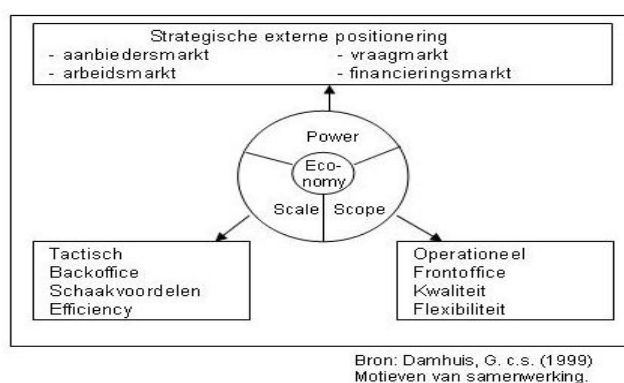
³⁶ De Bruijn H. *Managers en professionals*. Den Haag: Sdu uitgevers. 2008.

³⁷ Dumay ACM. *Over het opzetten van een netwerkorganisatie*. TNO Kwaliteit van leven. Leiden. 2006.

Doelen

In elk samenwerkingsverband geldt dat partijen eigen belangen en eigen doelen hebben. Om de samenwerking niet teveel te beïnvloeden mogen deze niet te ver uit elkaar liggen. Transparantie over het eigen doel van samenwerken is van belang voor het slagen van de samenwerking. Dumay (2006) geeft aan dat “het succes van een netwerkorganisatie in hoofdzaak wordt bepaald door het hebben van een gezamenlijk doel en vertrouwen in elkaar”.

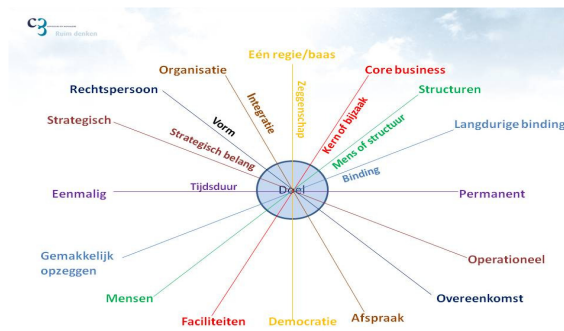
Organisaties werken samen om bepaalde doelen te bereiken. Het belangrijkste doel is het verlagen van transactiekosten uitgedrukt in het behalen van schaalvoordeel en efficiency. Maar ook snelheid, flexibiliteit en kennisdeling en -vergaring zijn belangrijke doelen. Klein Woolthuis (1999) en Damhuis et al. (1999) geven aan dat doelstellingen van samenwerking gedefinieerd kunnen worden op operationeel niveau (samenwerking ter ondersteuning van de dagelijkse werkzaamheden), tactisch niveau (samenwerking ter ondersteuning van het beleid van de organisatie) en strategisch niveau (samenwerking gericht op langdurig concurrentievoordeel) en op primaire (dienstverlening, marketing) of secundaire (ICT, inkoop) processen (figuur 5).



Figuur 5: Motieven van samenwerking

- *Economy of power* heeft betrekking op het verbeteren en versterken van de strategische positie van de samenwerkende organisaties. Samenwerking op dit niveau vindt meestal plaats in bestuurlijke netwerken.
- *Economy of scale* heeft betrekking op het halen van schaalvoordelen, zowel kwantitatief (efficiëntievergroting door grotere schaal) als kwalitatief (delen van kennis die te schaars is binnen de eigen organisatie). Samenwerking op dit niveau is tactisch van aard en vindt plaats in capaciteit- en kennisnetwerken.
- *Economy of scope* heeft betrekking op het samenwerken van organisaties, veelal diagonaal tussen verschillende branches, teneinde de klant beter te kunnen bedienen, om maatwerk te kunnen leveren door de primaire processen af te stemmen. De klant beleeft één organisatie door samenwerking binnen een operationeel netwerk (Damhuis et al., 1999, p.51).

C3 adviseurs heeft een model (figuur 6) ontwikkeld wat het bepalen van de organisatievorm ondersteunt. In dit model staat het gezamenlijke doel centraal. Op basis van dit doel wordt bepaald welk aspect van belang is en in welke intensiteit de samenwerking vormgegeven moet worden. Het uiteindelijke beeld bepaalt dan de optimale samenwerkingsvorm. C3 adviseert te starten met het bepalen van het doel om vervolgens te kiezen voor de meest lichte en eenvoudige vorm van samenwerking waarmee het doel bereikt kan worden. Analyseer vervolgens regelmatig de samenwerking, ook met het oog op de continu veranderende omgeving en let op het strategisch belang, het doel en de mate van zeggenschap die je in de samenwerking hebt (<http://hanshoek.c3log.nl/category/strategie/>).



Figuur 6: Doel vs. intensiteit van samenwerking. (Bron: Hans Hoek, C3)

Intensiteit

Samenwerking tussen organisaties zal veelal plaatsvinden op basis van een combinatie van strategische, tactische en operationele motieven waardoor onmetelijk veel vormen van samenwerking mogelijk zijn en waarbij de doelen moeten samenhangen met het ambitieniveau van de samenwerkende partijen. Naarmate de samenwerking richting strategische samenwerking opschuift neemt de intensiteit en de termijn van samenwerking toe en de autonomie van de samenwerkende organisaties af. Hoe hoger de samenwerkingsdoelen zijn, hoe complexer de samenwerking wordt. De vorm, het niveau en de intensiteit van de samenwerking moeten daarop aansluiten en zijn mede bepalend of, en zo ja in welke juridische vorm en/of persoon de samenwerking wordt vastgelegd (tabel 2). Uit onderzoek van Baarsma et al., (2003)³⁸ blijkt dat een intensief samenwerkingsverband meer kans van slagen heeft dan een minder intensief verband, maar ook dat er binnen een afzienbare periode een concrete mijlpaal gerealiseerd moet zijn om op een eenvoudiger wijze een lange termijn betrokkenheid te creëren. Deze betrokkenheid op de lange termijn vergroot de duurzaamheid van het samenwerkingsverband. Duurzaamheid is noodzakelijk omdat de partners alleen dan hun investeringen kunnen terugverdienen.

Intensiteit van samenwerking				
Laag ← → Hoog				
Autonoom handelen	Samenwerken op projectbasis	Langdurige relatie	Co- development	Integratie van activiteiten
Autonomie, Volledige controle Eigen operaties	Tijdelijk, projectleider maakt regels per project	Relatie op contractbasis, uitbestedende partij maakt de regels	Langdurige relatie waarin beide partijen inspraak hebben	Integratie van activiteiten door bv. oprichten van een coöperatie of joint venture, stichting of B.V.

Tabel 2: Intensiteit van samenwerking (Bron: Klein Woolthuis, 1999)

Vertrouwen

Om succesvol te kunnen samen werken is het van belang dat partijen voldoende vertrouwen in elkaar hebben. Vooral omdat niet alles van te voren vastgelegd kan worden. Men moet echter in het vertrouwen in elkaar niet zo ver gaan dat er geen afspraken worden vastgelegd. Klein Woolthuis (1999) stelt dat de historie die mogelijke samenwerkende partijen met elkaar hebben van belang is voor het slagen en de duurzaamheid van de samenwerking. Hierbij onderscheidt zij vier verschillende vormen van vertrouwen (p. 22):

- "vertrouwen: men heeft geleerd dat men de ander kan vertrouwen, er is sprake van loyaliteit en eerlijkheid.
- betrouwbaarheid: men heeft geleerd dat de ander zijn beloftes waar kan maken omdat deze voldoende kennis, kunde en capaciteit heeft om afspraken na te kunnen komen.
- vertrouwdheid: men heeft geleerd samen te werken. Procedures zijn op elkaar afgestemd.
- geleend vertrouwen: men kan iemand vertrouwen omdat iemand anders, die men vertrouwd, de partij heeft aangeraden".

³⁸ Baarsma B, Beemsterboer M, de Nooij M. SEO. *Samenwerken maar hoe?* 2003.

Het is evident dat naarmate er meer vormen van vertrouwen aanwezig zijn de kans van slagen van de samenwerking groter wordt. Volgens van der Aa en Konijn (2004) is vertrouwen randvoorwaardelijk voor goede ketensamenwerking omdat het in de ketenzorg nou juist de bedoeling is om taken aan elkaar over te laten. Wantrouwen verkleint de bereidheid tot taakoverdracht. Het ontbreken van een vertrouwensrelatie vergroot de kans op dubbele uitvoering van taken en handelingen. "Inzicht in wederzijdse bekwaamheden vergroot het vertrouwen tussen partners en leidt tot respect voor elkaars normen en waarden en gewenning aan hun manier van werken" (van der Aa en Konijn, 2004, p. 99).

Onderzoek van Baarsma et al. (2003) leidt tot de volgende aanbevelingen in het kader van vertrouwen: "Partijen moeten over elkaar geïnformeerd zijn zodat ze weten wat ze aan elkaar hebben. Een samenwerkingsverband heeft een grotere kans van slagen als de partijen voldoende van elkaar weten en elkaar kennen. In het samenwerkingsverband dient derhalve een informatiepunt te zijn met gegevens over (potentiële) partners. Vertrouwen in elkaar is met name noodzakelijk bij omvangrijke en lastige projecten. Dit vertrouwen kan bijvoorbeeld worden gecreëerd door eerst gezamenlijk een aantal kleine projecten uit te voeren, waardoor men elkaar beter leert kennen en inziet dat samenwerking nuttig is ('succes binnen oogafstand'). Het aanwezig zijn van directe concurrenten binnen een samenwerkingsverband is een mogelijke faalfactor. Dit is eerder het geval bij horizontale, netwerkachtige samenwerkingsverbanden dan bij verticale samenwerkingsverbanden. In verticale samenwerkingsverbanden tussen leveranciers en afnemers kent men elkaar relatief goed. Hierdoor is er eerder sprake van vertrouwen en tevens zijn bedrijven relatief sterk van elkaar afhankelijk. Het vertrouwen tussen partijen is gebaat bij een duidelijke regeling waarin staat wie welke kosten en voordelen van een project krijgt en waarin de communicatie binnen een cluster goed is vastgelegd. Deze factoren hebben tevens een positieve uitrusting op een andere succesfactor: zorg voor een stabiel samenwerkingsverband".

Kanter (1994)³⁹ beschrijft acht I's die van belang zijn voor succesvolle samenwerking. Deze succesfactoren benadrukken de menselijke kant van samenwerking wat het draagvlak voor samenwerking vergroot. Ze doen een groot beroep op het onderlinge vertrouwen.

- *Individual excellence*: Sterke partners met waardevolle inbreng en toekomstperspectief.
- *Importance*: Partners hebben lange termijn strategische doelen gesteld waarin de relatie op de voorgrond staat.
- *Interdependence*: Partners hebben elkaar nodig voor het bereiken van hun doelen.
- *Investment*: Partners investeren in elkaar om belang in elkaar en de samenwerking te benadrukken. Ze zijn toegewijd en tonen dat aan door inbreng van financiële middelen, faciliteiten en kennis.
- *Information*: Open communicatie. Informatie die noodzakelijk is voor het behalen van de doelen, wordt gedeeld.
- *Integration*: Partners ontwikkelen organisatiebreed verbanden om soepel samen te kunnen werken.
- *Institutionalising*: De relatie krijgt een formele status, met duidelijke verantwoordelijkheden en besluitvormingsprocessen. De samenwerking houdt niet op bij de personen die het hebben geïnitieerd.
- *Integrity*: Gedrag van partners leidt tot wederzijds vertrouwen. Er wordt geen misbruik gemaakt van de verkregen informatie en elkaars activiteiten worden op generlei wijze ondermijnd.

Het vermogen te kunnen samenwerken

Het vermogen om samen te kunnen werken is een competentie waarmee organisaties zich kunnen onderscheiden van concurrenten, maar is voor de creatie van een succesvol samenwerkingsverband ook een kritische succesfactor. Partijen kunnen nog zo afhankelijk van elkaar zijn en elkaar vertrouwen, als zij niet in staat zijn om te kunnen coöpereren, leidt de samenwerking tot niets. Met het vermogen tot samenwerken wordt bedoeld dat partijen in staat moeten zijn om snel en effectief relaties aan te gaan en te kunnen onderhouden met andere organisaties. Dat partijen erkennen dat hun competenties complementair zijn en dat zij bereid zijn om hun (specifieke) kennis in te brengen en te delen met de overige leden van het samenwerkingsverband. Volgens Kaats et al., (2005) is het voor een organisatie van belang om te weten of deze de macht en de kracht heeft actief te zijn in een samenwerking, in staat is om een op z'n minst een deel van de autonomie los te laten en te kunnen committeren aan gezamenlijke doelstellingen. Medewerkers van de organisatie moeten beschikken over durf en diplomatieke vaardigheden om in groepen te kunnen functioneren en de bedrijfsvoering en ICT moet zonder al teveel investeringen ondersteunend zijn aan de samenwerking. Partijen moeten in staat zijn meningsverschillen uit te spreken en oplossingsmechanismen kunnen hanteren voor conflictsituaties.

³⁹ Kanter RM. 1994. In: Dumay, A.C.M. 2006. *Over het opzetten van een netwerkorganisatie*. TNO Kwaliteit van leven. Leiden.

Er moet voorkomen worden dat er onduidelijkheden ontstaan en er ondergronds gemord gaat worden. Het ontbreken van aandacht voor het relationele aspect van samenwerking beschouwen zij als de belangrijkste faalfactor.

Spelregels.

Succesvolle netwerken hebben eigen spelregels waar elke samenwerkende partner zich openlijk aan conformeert. Deze spelregels omvatten enerzijds, uit onderzoek gedestilleerde, standaard spelregels en anderzijds samenwerkingsverband specifieke spelregels. Elke organisatie die wil deelnemen in een netwerk moet kennis en ervaring opbouwen op het gebied van de spelregels van het samenwerken. Grote organisaties die succesvol kunnen samenwerken hebben zelfs alliantiemangers in huis waarmee de kennis over besturen van samenwerkingsverbanden binnen de organisatie aanwezig is (De Man, 2006). Kaats et al. (2005) geven een overzicht van de door De Bruijn en ten Heuvelhof (2007) beschreven standaard spelregels die voor elk samenwerkingsverband gelden.

- Macht wordt niet geëtaleerd. Terughoudendheid, het bewaken van onderlinge relaties en voorkomen van conflicten zijn de verantwoordelijkheid van de machtigste partij (systeemverantwoordelijkheid). Autoriteit vs. machtexposure.
- Winst mag niet openlijk worden genoten. Winst wordt gerelativeerd en is geen onderwerp van gesprek. Verlies wordt gecompenseerd.
- Resultaten moeten inhoudelijk worden gerechtvaardigd. Inhoudelijke betrokkenheid van elk lid van de samenwerking moet worden bewaakt ondanks dat de besluitvorming in grote mate gebaseerd is op macht en strategisch gedrag.
- Niet op twee borden tegelijk schaken. Per onderwerp worden partijen op dezelfde wijze behandeld. Voorkeur met vooropgezette bedoelingen maakt onbetrouwbaar.
- Geen tussentijdse wijzigingen van de spelregels. Het onderlinge vertrouwen wordt aangetast als spelregels tussentijds veranderen vanuit belangen.
- Bereidheid om een extra stap te zetten. Partijen dienen te allen tijde bereid te zijn zich extra in te spannen t.b.v. het functioneren van de samenwerking.
- Voor wat hoort wat. Reciprociteit is op de achtergrond van belang.
- Proportionaliteit van acties en reacties. Gematigd optreden en maatvoering van gedrag zijn van belang voor goede onderlinge verhoudingen.
- Geen aantasting van de kernwaarden van leden van de groep. eigenheid van elke partij wordt gerespecteerd.
- Loyaliteit aan de besluitvorming. Besluitvormingsprocessen worden afgemaakt.

Voor het slagen van de samenwerking is het belangrijk dat de geldende spelregels duidelijk zijn wat betreft inhoud, toepassing en uitleg en dat alle partijen zich aan de spelregels houden. Regelmatige evaluatie van de spelregels, de eliminatie van faalfactoren en borging van de succesfactoren draagt bij aan succesvolle samenwerking (tabel 3).

Succesfactoren	Faalfactoren
Vertrouwen	Ontbreken van gezamenlijke doelstellingen
Vermogen tot samenwerking	Ontbreken van spelregels voor samenwerking
Aanwezigheid van managementvaardigheden t.b.v. de samenwerking	Zwakke of ontbrekende besluitvorming
Afgestemd besluitvormingsproces	Deel van de autonomie niet kunnen loslaten
Goede besturing van en begeleiding in de samenwerking	Interfereren in de tacit samenwerkingsprocessen van professionals
Wederzijdse afhankelijkheid	Opportunisme
Gezamenlijke doelen	Verschillende ambitieniveaus
Transparantie over de deelname in de samenwerking	Wantrouwen
Duidelijke bedrijfseconomische afspraken	De aanwezigheid van mogelijke concurrenten
Duidelijke en open communicatie	Niet bereidt tot delen van kennis en vaardigheden
Stabiel geïnstitutionaliseerd samenwerkingsverband	Ontbreken van inzicht in samenwerking en onderhandel strategieën
Relatiebeheer	Gesloten besluitvorming

Tabel 3: Succes en faalfactoren voor samenwerking

Bijlage 7

Samenwerkingsvormen

Coöperatieve organisatievormen

Samenwerking kan op verschillende manieren vorm krijgen en kent, indien wens en noodzaak tot geformaliseerde samenwerking, ook een juridische grondslag in de vorm van een rechtspersoon. De keuzes voor een bepaald samenwerkingsverband, organisatievorm en/of een eventuele rechtspersoon zijn naast het niveau en de intensiteit van samenwerking mede afhankelijk van besturingsvragen rondom control, coördinatie en de mate van gewenste wederzijdse (on)afhankelijkheid (De Man, 2006). Professioneel omgaan met samenwerking vereist het kunnen maken van afwegingen, het kunnen loslaten van een deel van de autonomie en het kunnen erkennen van de relatie tussen de aard en doel van de samenwerking en de wijze waarop de samenwerking wordt ingericht en gecoördineerd. De Man (2006) geeft in zijn boek *Alliantiebesturing*, samenwerking als precisie-instrument, weer dat er op basis van mate van wederzijdse afhankelijkheid legio mogelijkheden zijn om samenwerking vorm te geven (figuur 7).



Figuur 7: Samenwerkingsvormen

De Man benoemt in de figuur niet het netwerk of de keten als vorm van samenwerking. Daarnaast wordt in de vele literatuur die is geschreven over het onderwerp samenwerking, netwerken, allianties en ketens de terminologie door elkaar heen gebruikt en geven de meeste auteurs inleidend een definitie van wat zij verstaan onder het betreffende onderwerp. Navraag bij Hans de Bruijn leert dat er inderdaad geen eenduidigheid bestaat en dat deze termen, als vormen van interorganisatorische samenwerking, door elkaar worden gebruikt.

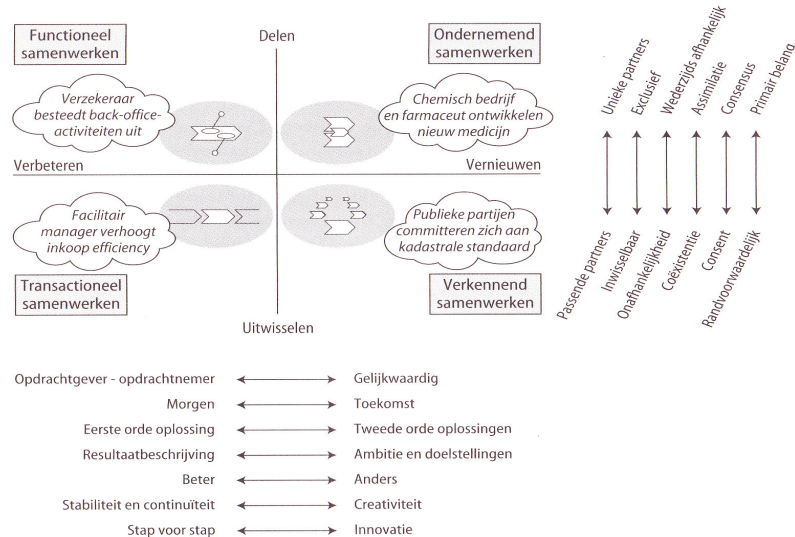
De te kiezen samenwerkingsvorm hangt uiteindelijk samen met de toenemende complexiteit bij hoger gestelde doelen, de te maken formele afspraken en de informele aspecten zoals reputatie, vertrouwen, afhankelijkheid, cultuur(verschillen) en commitment (Klein Woolthuis, 1999).

Dumay (2006) stelt dat het opzetten van een succesvolle samenwerking (netwerkorganisatie) afhankelijk is van de structuur die de netwerkorganisatie gebruikt om de verschillende doelen van de partijen om te zetten in één gezamenlijk doel. Hierbij moet misbruik van vooral het machtsaspect door een dominante partner worden voorkomen. "Spelregels m.b.t. het creëren van een juiste cultuur en structuur, integratie, eenduidige doelstelling, en de realisatie van de doelstelling, spelen hierbij een cruciale rol" (p.3).

Kaats et al., (2005) beschrijven op basis van ervaring en onderzoek vier grondvormen voor samenwerking (figuur 8). Deze "archetypen" (tussenvormen zijn mogelijk) gaan uit van twee kernvragen over de aard en de intentie van de samenwerking:

- Is de intentie van samenwerking verbeteren (slimmer werken) of vernieuwen (nieuwe mogelijkheden ontdekken)?
- Is de aard van de samenwerking delen (veel onderlinge afstemming) of uitwisselen (duurzame vorm van uitwisselen)?

Bij het beantwoorden van deze kernvragen komen onderwerpen aan de orde zoals de wijze waarop de samenwerking bestuurd gaat worden, welke gedragsafspraken er gemaakt worden, hoe de samenwerking in operationele zin wordt uitgevoerd en hoe de samenwerking tot stand komt. Hieruit vloeien de volgende samenwerkingsvormen voort, gebaseerd op de aard en de intentie: transactionele samenwerking, functionele samenwerking, ondernemende en verkennende samenwerking.



Figuur 8: Grondvormen van samenwerken. (Bron: Kaats et al., 2005)

Per grondvorm (figuur 8) beschrijven Kaats et al. (2005), inrichtingsprincipes die behulpzaam kunnen zijn bij het ontwerpen van een samenwerkingsverband, maar die ook kunnen dienen als diagnosemodel voor reeds bestaande samenwerkingen en om samenwerkingsprocessen te managen (zie ook bijlage 10).

Netwerken en ketens

Binnen de gezondheidszorg zijn de begrippen netwerken en ketens (e.g. Keten-DBC, zorgnetwerk, ketenzorgpad) meer gangbaar dan het begrip (strategische) allianties. De literatuur is zoals gezegd niet eensluidend over de overeenkomsten en verschillen. Kaats et al., (2005) vinden het zinvol om onderscheid te maken tussen netwerken en ketens omdat er in hun ogen een volgordelijk verband is tussen de twee vormen van samenwerking. Een keten is dan “een logistieke opeenvolging van bij voorkeur gecoördineerde handelingen die start met een order of vraag van de patiënt. Om deze keten te faciliteren gaan organisaties samenwerken. Groepen en netwerken kun je organiseren, samenwerken in een keten doe je” (p.36).

Waarom dan het onderscheid maken? Omdat ketensamenwerking veelal gestart wordt vanaf de werkvloer, gewoon door het te doen zonder aandacht te geven aan de samenwerking tussen organisaties die de keten moeten faciliteren. Hierdoor falen veel initiatieven, zeker in professionele organisaties waarbij de onduidelijkheid over macht en besluitvorming als complicerende factoren aanwezig zijn.

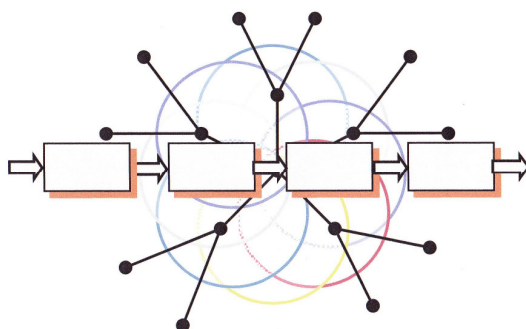
De website ketens & netwerken⁴⁰ geeft de volgende definities voor een netwerk, een netwerkorganisatie en een keten. “Een netwerk is het samenbrengen van gelijkgestemde energie rond een ambitie of thema, incl. contacten en relaties tussen betrokken personen en/of organisaties. Een netwerk lijkt vrijblijvend georganiseerd, maar werkt dwingend door het principe 'halen en brengen', wederzijdse afhankelijkheden en/of door onderlinge afspraken”. Een netwerkorganisatie: “is een organisatie die uit niet hiërarchisch verbonden onderdelen of teams bestaat die een eigen relatie hebben met de omgeving en snel inspelen op veranderingen in die omgeving of op vragen van klanten. De onderdelen werken autonoom, ze worden eerder gefaciliteerd dan aangestuurd”. Een keten: “de aaneenschakeling of ordening van parallelle processen van verschillende organisaties/professionals, gericht op het gezamenlijk bereiken van een vastgesteld resultaat. Het vertrekpunt van de keten is de cliënt/de klant. Organisaties werken samen aan producten en diensten die in de keten worden geleverd”.

De Bruijn en ten Heuvelhof (2007) definiëren een netwerk als “een dynamisch geheel van actoren, die wederzijds afhankelijk zijn, een onderlinge variëteit kennen en zich relatief gesloten van elkaar kunnen opstellen”. Tevens gaan zij uit van het feit dat netwerken zowel binnen een organisatie als tussen organisaties kunnen bestaan. Het verschil tussen inter- en intra-organisatorische netwerken beschouwen zij vooral o.b.v. formalisering van de relaties, de vrijheid van toe- en uittreding en de

⁴⁰ www.ketens-netwerken.nl geraadpleegd op 28 december 2011.

intensiteit en duur van de afhankelijkheden. Van der Aa en Konijn (2004) stellen dat een “netwerk primair een verband is van maatschappelijke partijen, gericht op het gemeenschappelijk formuleren van integrale visies en complexe besluitvorming”. “Het zijn conditionele verbanden voor ketens en ketenontwikkeling maar hebben een meer vrijblijvend karakter en een losse structuur”. Dumay (2006) stelt dat “netwerkorganisaties een sleutel zijn om vaste concurrentiestellingen te doorbreken en gehoor te geven aan de roep van de markt om klantgedefinieerde producten te leveren”.

Om ordening binnen een netwerk aan te kunnen brengen zijn ketens of zorgpaden geïntroduceerd waarmee de uitkomsten van de strategische doelen van netwerken kunnen worden vertaald naar transparante operationele resultaten. In figuur 9 wordt het verschil tussen netwerk en keten duidelijk en wordt de ordening zichtbaar.



Figuur 9: Netwerken en keten (Bron: De Beer, 2007)⁴¹

Het centrale uitgangspunt is de klant voor wie waarde wordt toegevoegd door samenwerking tussen organisaties en professionals vanuit het primaire proces, de keten als geheel. Hierdoor worden activiteiten afgestemd en wordt voorkomen dat er zaken dubbel, of helemaal niet, worden uitgevoerd. (van der Aa en Konijn, 2004). Deze toegevoegde waarde ervaart de klant doordat de verwachte, de beloofde en de geleverde kwaliteit inzichtelijk is en dat deze overeenkomt met zijn verwachtingen (Servqual). Maar minstens zo belangrijk is dat de klant zekerheid wil dat ook in de toekomst voldaan kan worden aan zijn zowel vastliggende als veranderende eisen. Het is dus van belang dat de samenwerking in de keten (netwerk) succesvol is zodat deze duurzaam is en continue wordt afgestemd op de behoefte en wensen van de klant.

Hieronder wordt dieper ingegaan op netwerken en ketens. Het netwerk omdat daarin de afspraken, verantwoordelijkheden en besluitvorming plaats vindt, de ketens omdat dat het uiteindelijke operationele proces betreft.

Netwerken

Voor de beschrijving van de kenmerken van netwerken wordt uitgegaan van de theorie van De Bruijn en ten Heuvelhof (2007) waarin zij het netwerk afzetten tegen de hiërarchische organisatievorm (tabel 4).

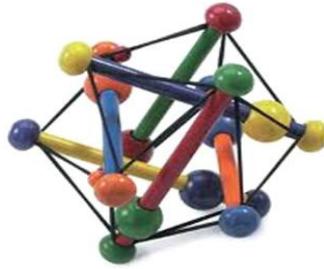
Hiërarchie	Netwerk
Uniformiteit	Pluriformiteit van actoren
Eenzijdige afhankelijkheden	Wederzijdse afhankelijkheden
Openheid voor hiërarchische signalen	Geslotenheid voor hiërarchische signalen
Stabiliteit	Dynamiek

Tabel 4: Kenmerken van een hiërarchie en netwerk (Bron: De Bruijn en ten Heuvelhof, 2007)

Beeldvormend in dit kader is ook de Skwish, welke door Zuurbier en Hartmann (2010)⁴² (figuur 10) gebruikt wordt om de complexiteit van afdelingen, maatschappen en ondersteunende partijen te verbeelden dat met elkaar moet samenwerken in een zorgnetwerk. Het is illustratief voor de complexiteit van de samenwerking binnen de gezondheidszorg. Als de besturing gericht is op één element, leidt dit tot verandering van alle verbonden elementen. Veranderingen kunnen dus alleen tot stand worden gebracht door het hele stelsel te bewegen. Dit maakt samenwerking en dus besluitvorming en verandering in een zorgnetwerk zo complex.

⁴¹ Gevonden op internet d.d. 29-12-2011

⁴² Zuurbier JJ, Hartmann FGH. *Integraal besturen in de zorg*. Amsterdam: Elsevier Gezondheidszorg. 2010.



Figuur 10: Skwish (Bron: Zuurbier en Hartmann, 2010)

Netwerken kenmerken zich door grote diversiteit van en tussen de participerende partijen. Deze verschillen veelal in omvang, financiële en technische (on)mogelijkheden, macht en invloed, omgevingsfactoren, producten of diensten. Door deze pluriformiteit is elke partij op een andere wijze gevoelig voor interventies (beperkt bereik) en leiden afspraken tot andere reacties en onvoorziene effecten. Hierdoor moeten interventies afgestemd worden op specifieke kenmerken van de betrokken partijen wat weer leidt tot onbeheersbaarheid van sturing van het netwerk en door verschillende partijen tot verschillende interpretaties (herinterpretatie) van de gewenste interventie. Pluriformiteit kent echter ook voordelen. Door de verschillende gevoeligheden van partijen kan een interventie bij een deel van de partijen effect hebben waardoor de trefkans van de interventie wordt verhoogd. Grote variëteit in een netwerk maakt dat samenwerking minder vanzelfsprekend is. Door het vormen van coalities (verdeelt en heerststrategie) door de sturende partij wordt de kans op succes van de interventie vergroot. Ook kan strategisch gebruik gemaakt worden van de verschillen in interpretatie door deze niet eenduidig te formuleren maar er vanuit te gaan dat elke partij de interventie dusdanig interpreteert dat deze bijdraagt aan de effectiviteit.

Het belangrijkste kenmerk van netwerken is de wederzijdse afhankelijkheid. Een netwerk wordt veelal gevormd door partijen die elkaar nodig hebben om hun individuele doelen te bereiken. Hierdoor ontstaat wederzijdse afhankelijkheid van o.a. middelen, diensten, bevoegdheden, politieke steun of kennis. De afhankelijkheden kunnen zeer vervlochten zijn waardoor complexe situaties ontstaan. De wijze waarop partijen met de afhankelijkheden omgaan is van invloed op de kwaliteit van de samenwerking. Zo kan het zijn dat een partij geen oog heeft voor de duurzaamheid van de samenwerking waardoor deze geneigd is te pakken wat hij pakken kan (hit en run). Als meerdere partijen deze strategie voor staan, wordt het netwerk chaotisch en complexer. Partijen kunnen ook eerst het netwerk analyseren en de afhankelijkheden in kaart brengen teneinde hun eigen positie daarin te bepalen. Doordat afhankelijkheden asynchroon, multilateraal en veranderlijk zijn is het netwerk zeer ondoorzichtig, wat kan leiden tot een afhaken van partijen met slechte, trage en stroperige besluitvorming tot gevolg. De besluitvorming kan als gevolg van machtsverhoudingen en een veelheid aan verschillende belangen ook leiden tot slechte inhoudelijke besluiten door concessies en compromissen. Afhankelijkheden bieden ook kansen. Partijen in een netwerk zijn op enig moment afhankelijk van de interveniërende actor waardoor deze de afhankelijkheid kan benutten. De wederzijdse afhankelijkheid leidt ook tot coöperatief gedrag. Zeker in duurzame netwerkverbanden komen partijen elkaar continu tegen en zijn zij bij herhaling van elkaar afhankelijk. Hierdoor ontstaan, vooral in complexe netwerken, ook meer ruilmogelijkheden doordat meerdere partijen voor een veelheid aan onderwerpen van elkaar afhankelijk zijn. De veelheid aan mogelijkheden kunnen als smeermiddel dienen voor verkeer tussen de partijen. Mastenbroek (1993)⁴³ ziet het afhankelijkheidsaspect als de meest belangrijke relatie. Hij stelt dat "afhankelijkheid het tegenovergestelde is van macht. Hoe groter de afhankelijkheid, hoe meer het gedrag wordt bepaald door de ander. Is er sprake van macht, dan worden relaties gebruikt om het eigen belang te dienen". Netwerken, of de partijen in een netwerk, zijn minder gevoelig voor interventies. Ze zijn gesloten voor invloeden van interveniërende actoren. Ze merken de interventie niet op, verzetten zich er tegen of conformeren zich ogenschijnlijk. Ze beroven de interventie van haar effectiviteit. In relatie tot professionals door o.a. Weggeman (2007)⁴⁴ omschreven als BOHICA (bend over here it comes again). Hierdoor verwordt de interventie tot een ritueel.

De geslotenheid is het gevolg van het referentiekader dat een organisatie heeft en die het uiteindelijke handelen voor een groot deel bepaalt. Dit impliceert dat zij wel gevoelig is voor interventies die passen bij het referentiekader waardoor maatwerk noodzakelijk is. Deze herinterpretatie leidt dan tot een kans voor de interveniërende actor waardoor deze gebruik kan maken van de kracht van de gesloten partij.

⁴³ Mastenbroek, 1993. In: Dumay ACM. *Over het opzetten van een netwerkorganisatie*. TNO Kwaliteit van leven. Leiden. 2006.

⁴⁴ Weggeman M. *Leiding geven aan professionals, niet doen!* Schiedam. Scriptum. 2007.

De pluriformiteit, geslotenheid en afhankelijkheden worden weer gekenmerkt door hun dynamiek. In een netwerk kunnen partijen in- en uittraden op momenten dat hun dat uitkomt, ze kunnen meer of minder gesloten zijn en meer of minder afhankelijk. Externe en interne factoren kunnen veranderen waardoor relaties in het netwerk aan veranderingen onderhevig zijn. De dynamiek binnen een netwerk heeft vanzelfsprekend invloed op de kansen en bedreigingen die zich continu voordoen.

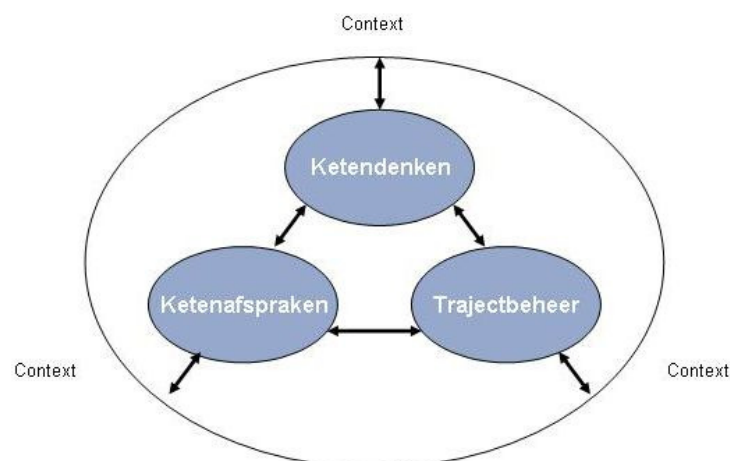
Ketens

Zoals inleidend beschreven worden ketens ontwikkeld om ordening aan te brengen in de complexiteit van netwerken met als doel het toevoegen van waarde en/of het behalen van kostenvoordeel t.b.v. de cliënt. Van der Aa en Konijn (2004) zien ketens als “een specifieke organisatorische samenwerking. Ketens verbinden handelingen van organisaties die samen iets kunnen betekenen voor de cliënt. Doel daarbij is een sluitende aanpak van handelingen die de cliënt nodig heeft of wenst door afstemming van activiteiten door professionals of organisaties. Ketens willen verantwoordelijkheden die over autonome organisaties versnipperd zijn verbinden tot een sluitend en werkend geheel”. Zij omschrijven ketens als “verbonden en afgestemde (deel) processen die leiden tot een voor een eindafnemer bevredigend product of dienst”.

Ketens worden veelal interorganisatorisch en niet- hiërarchisch gevormd door autonoom beslissende actoren die hun onderlinge afhankelijkheden regelen (van der Aa en Konijn, 2004). Een eerste kenmerk van ketens is dat deze operationeel georiënteerd zijn. Een tweede kenmerk is dat het bij ketens gaat om processen die op zichzelf kunnen staan, maar door de keten worden verbonden in een reeks. Het gaat dan om afgestemde processen. Hierdoor ontstaan waardeketens waarbij vanuit het eindproduct geredeneerd wordt en worden afspraken gemaakt op het niveau van het primaire proces en de daarmee samenhangende ondersteunende processen. Door de cliënt als uitgangspunt te nemen (in terugwaartse richting sturend) maken ketens deze belangrijker en machtiger, en organisaties volgend of ondersteunend. Zij worden hiermee dienstbaar wat ingrijpende gevolgen kan hebben voor organisaties (van der Aa en Konijn, 2004).

Door voortdurende afstemming en verbetering van activiteiten in de keten en daardoor sluitende handelingen leiden ketens tot toegevoegde waarde en/of kostenvoordeel. Goed afgestemde zorgketens bv. leiden tot kwalitatief betere zorg en lagere kosten.

Succesvolle ketens kunnen volgens van der Aa en Konijn (2004) alleen ontstaan als de drie voorwaarden voor ketenzorg (ketendenken, ketenafspraken en trajectbeheer) bij alle ketenpartners volledig ontwikkeld zijn. Figuur 11 schetst het referentiekader voor ketenzorg waarbij de pijltjes het domein van de ketenregisseur aangeven.



Figuur 11: De relatie tussen ketendenken, ketenafspraken en trajectbeheer (Bron van der Aa en Konijn, 2004)

Alle ketenpartners moeten beseffen dat zij onderdeel uitmaken van een gezamenlijke keten waarbij ieders bijdrage georiënteerd is op het uiteindelijke resultaat. Er zal een gezamenlijke, domeinoverstijgende visie, klantbeeld en ambitie moeten zijn geformuleerd op basis van de wensen en behoeften van de klant. Niet alleen bij de directe partijen in de keten maar ook bij de leidinggevendenden. Door middel van ketenafspraken wordt het gezamenlijke primaire proces beschreven, geanalyseerd, geformaliseerd en geborgd in de verschillende organisaties en worden afspraken tussen de partners

vastgelegd. Door analyse van het primaire proces worden deelprocessen gedefinieerd, worden afspraken gemaakt over tussenrapportages en continue evaluatie van het proces. Een belangrijke randvoorwaarde is de afspraak over informatie, dossieropbouw en de toegang tot deze informatie. Het trajectbeheer omvat afspraken en voorwaarden voor het nemen van beslissingen voor een bepaalde klant. Partijen moeten de ruimte en de mogelijkheid krijgen waarbinnen zij zelfstandig beslissingen kunnen nemen gebaseerd op de situatie en de behoefte van de individuele klant. Het referentiekader waarbinnen deze drie velden zich bevinden wordt gevormd door vooral de externe omgeving. O.a. aard en tempo van problemen en ontwikkelingen zoals bv. krapte op de arbeidsmarkt en de toenemende vraag naar zorg, het ontstaan van nieuwe samenwerkingsvormen, wet- en regelgeving die aan verandering onderhevig is en steeds veranderende kwaliteit- en volume-eisen (van der Aa en Konijn, 2004).

Allianties

Allianties zijn alle vormen van samenwerking tussen de losse vormen van samenwerking en fusie en overnames in, en worden als volgt gedefinieerd. Allianties zijn (private of publiek- private) samenwerkingsverbanden tussen één of meer onafhankelijke ondernemingen met gezamenlijke doelen die elke afzonderlijke partner alleen niet (tijdig) kan bereiken. Er zijn gezamenlijke risico's, kosten en opbrengsten, er vindt regelmatig daadwerkelijke samenwerking plaats en er is sprake van gezamenlijk besluitvorming (De Man, 2006). Alliantievorming is een gevolg van de overgang van de industriële- naar de kenniseconomie en komt voort uit de noodzaak tot kennisontwikkeling, customization, flexibiliteit, reactiesnelheid en open waardeketens (Contractor en Lorange, 2002)⁴⁵. Allianties kunnen horizontaal ontstaan waarbij bv. R&D afdelingen van organisaties samenwerken, maar ook marketing of productie activiteiten kunnen worden samengevoegd. Verticale allianties ontstaan als er binnen de waardeketen wordt samengewerkt en van diagonale samenwerking⁴⁶ is sprake wanneer er in verschillende bedrijfskolommen (branche doorsnijdend) wordt samengewerkt.

De intensiteit van de samenwerking, de machtsverhoudingen, de duur en de investeringen die met de samenwerking gemoeid gaan kunnen per alliantie sterk verschillen. Er is sprake van gedeelde leiding, gelijkwaardigheid van de partners en onduidelijke afbakening van de grens van de samenwerking (De Man, 2006).

Theoretisch zijn allianties niet altijd succesvol. Ca. 50% van de allianties slaagt niet. Organisaties die meer ervaring hebben met allianties (alliantiemanagement) zijn beter in staat de bouwstenen optimaal in te zetten voor het bereiken van de gestelde doelen en kunnen daardoor beter antwoord geven op de belangrijkste vragen bij alliantievorming, hoe de aansturing en besluitvorming plaatsvindt als er geen centrale aansturing is. Zij zijn daardoor succesvoller in alliantievorming (De Man, 2006). Van de Loo⁴⁷ geeft aan dat effectieve allianties vooral aandacht schenken aan de soft factoren zoals onderling vertrouwen, wederkerigheid en verdraagzaamheid.

⁴⁵ Contractor FJ, Lorange P. *The growth of alliances in the knowledge-based economy*. International business Review 11 (2002) 485- 502.

⁴⁶ Baarsma B, Beemsterboer M, de Noij M. SEO. *Samenwerken maar hoe?* 2003.

⁴⁷ van de Loo E. *Bewuste en onbewuste processen van netwerken*. In: Boonstra, J. *Ondernemen in allianties en netwerken*. Deventer: Kluwer 2007.

Bijlage 8

Governance en Besturen

Ongeacht de vorm van de samenwerking zullen activiteiten gecoördineerd en afgestemd moeten worden en zullen er besluiten moeten worden genomen. Een volstrekt transparant besluitvormingsproces met een op de juiste plaats belegde besluitvorming, mandateren en delegeren zijn bestuurlijke kwesties die voor elke deelnemende partij duidelijk en geen onderwerp van discussie mogen zijn.

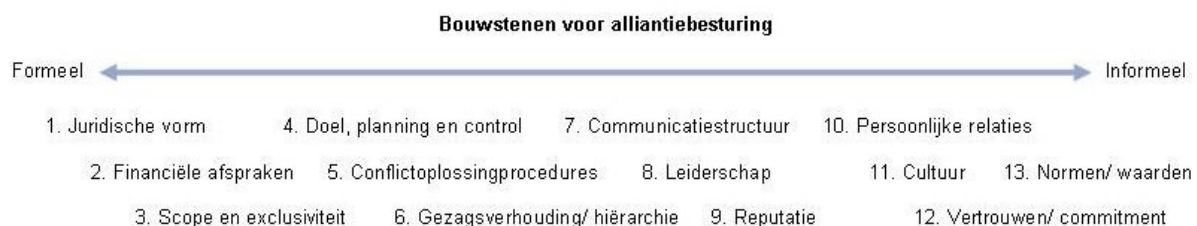
De begrippen besturen en governance zijn hier van toepassing en om deze te duiden geeft van Wanrooij (2008)⁴⁸ het verschil aan. Governance gaat over de topstructuur en niet over de besturing in de zin van aansturing. Het gaat over de vraag: “wat is goed bestuur” en over de betrokkenheid van stakeholders en zeggenschap. “Besturen” gaat dan over de organisatie van de macht in de onderneming. “Het bestuur duidt op een orgaan en besturen omvat de taken van dat orgaan zoals identiteitsbepaling, strategievorming, aansturing en coördinatie, profilering en verantwoording” (p. 43). De besturing van een organisatie is afhankelijk van de kwaliteit van de besluitvorming. In die zin is het bewaken van een goed besluitvormingsproces ook een activiteit van het bestuur. Goede besluitvorming is alleen mogelijk indien er tijdig betrouwbare informatie beschikbaar is.

Besturen van samenwerking

Het besturen van samenwerking is volgens De Man (2006) gebaseerd op control en trust. De controlbenadering legt de nadruk meer op het beheersen en besturen (eenheid en logica) van de samenwerking en de trustbenadering benadrukt groei (emergent) door gemotiveerd samenwerken (creativiteit en dynamiek). Het vinden van de juiste balans tussen deze twee benaderingen is een kernvraagstuk voor de besturing en zal zo vroeg mogelijk in het samenwerkingsproces beantwoord moeten worden aangezien de keuze van invloed is op de verdere vormgeving van de samenwerking. De besturing is veelal afwijkend van de bestuursconcepten van interne organisaties. Bij een alliantie wordt vanuit meerdere organisaties, veelal niet hiërarchisch bestuurd met niet altijd gesynchroniseerde strategische of doelstellende agenda's of ambities (opportunismegevaar). In professionele samenwerkingsverbanden ligt dit nog complexer doordat onduidelijk is waar de macht en de besluitvorming in de participerende organisaties is belegd.

De bestuursstructuren van de partners kunnen zodanig van elkaar afwijken dat besluitvormingsprocessen anders verlopen. Duidelijke afspraken over het gezamenlijke besluitvormingsproces zijn dus noodzakelijk en een belangrijke succesfactor (De Man, 2006).

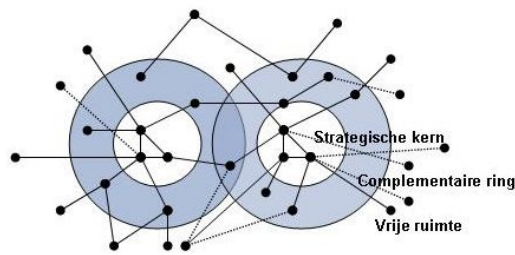
De Man (2006) geeft een mooi overzicht met bouwstenen voor besturing (figuur 12) waarmee zichtbaar wordt welke bouwstenen bij een formele samenwerking meer op de voorgrond staan en welke bij een meer informele samenwerking.



Figuur 12: Bouwstenen voor alliantiebesturing (Bron: De Man, 2006)

Bij samenwerken is de centrale bestuurlijke vraag steeds: hoe organiseer ik een samenwerking zodanig dat deze betekenisvol en duurzaam is. Het antwoord op deze vraag is de sleutel voor de structuur en de coördinatie van de samenwerking. Kaats et al., (2005) beschrijven een basisstructuur (anatomie van het netwerk) (figuur 13) welke waarneembaar is in netwerken en die tevens inzicht geeft in de sturing en de posities die de actoren in een netwerk wensen in te nemen (p. 54-55).

⁴⁸ Van Wanrooij M. *Het spel en de kikkers. Besturing van professionele organisaties*. Schiedam: Scriptum. 2008.



Figuur 13: Anatomie van een netwerk

Strategische kern: De leden van de kern vormen de stuwende kracht (visie, strategie, toe- en uittredingsregels, spelregels, gedragscode en de ontwikkeling van gemeenschappelijke kennis) achter het netwerk. De kern kan bestaan uit één of meerdere dominante partijen.

Complementaire ring: de leden van de ring vullen de “strategische gaten” van het netwerk. Zij volgen de strategie en hebben de beschikking over voor hen relevante informatie.

Vrije ruimte: leden vullen de “operationele gaten” van netwerken d.m.v. capaciteit, infrastructuur, diensten en onderdelen. Kennis is beschikbaar voor zover deze nodig is voor de uitoefening van hun taken.

Volgens Kaats, et al. (2005) geeft de anatomie van het netwerk de gekozen positionering van partijen weer, maar zal dit netwerk ook georganiseerd moeten worden: het is immers een nieuwe “organisatie” geworden waarbij mensen energie stoppen in de samenwerking en deze ook een nieuwe identiteit geven.

Kenis en Provan(2008)⁴⁹ stellen dat netwerken moeten worden bestuurd maar dat de wijze waarop dat gebeurt afhankelijk is van het ontwerp (figuur 14). Zij definiëren besturen als het gebruik van instituties, autoriteitsstructuren of vormen van samenwerking om middelen toe te wijzen, activiteiten te coördineren en te controleren.

Netwerk governance	Zelfregulerend netwerk	Leiderorganisatie-netwerk	Netwerk administratieve organisatie (NAO)
Visualisatie			
Principe	Geen administratieve entiteit, participatie in netwerkmanagement door alle partijen	Administratieve entiteit (en netwerkmanager) is een belangrijke netwerkpartij die ook een rol heeft in het primaire proces	Een toegewezen en aparte entiteit is gecreëerd om het netwerk te managen

Figuur 14: Drie vormen van netwerken (Bron: Kenis en Provan, 2008)

Het zelfregulerende netwerk is de eenvoudigste vorm waarbinnen verschillende actoren samenwerken zonder bestuurlijke eenheid. Alle actoren participeren in de besluitvorming en gezamenlijk managen zij de netwerkactiviteiten. De hoeveelheid actoren is klein en er is een grote mate van doelconsensus. Noodzakelijk is dat men elkaar vertrouwd. Er is een hoge mate van participatie en betrokkenheid. Deze vorm is zeer flexibel en er is weinig behoefte aan netwerkcompetenties. Nadelen zijn de mate van inefficiëntie door de veelheid aan communicatie, het ontbreken van een “gezicht” naar buiten en het vinden van consensus.

Het leiderorganisatie netwerk kenmerkt zich door de coördinatie van alle belangrijke besluiten en activiteiten door één van de leden van het netwerk. Dit is veelal de partij met het meeste “gewicht”. Vertrouwen in het gehele netwerk is hier wat minder van belang, echter er zullen wel vertrouwensrelaties moeten bestaan, vooral met de leidende actor. Er wordt een gezamenlijke

⁴⁹ Kenis P, Provan K. *Het network governance perspectief: Modes of network governance: Structure, management and effectiveness*. Journal of Public Administration Research and Theory, 18 (2), 229-252. UvT 2008 via internet.

doelstelling gedeeld maar de mate van doelconsensus is relatief laag. Er is sprake van samenwerking en interactie. De leider administreert en faciliteert de activiteiten van de deelnemende partijen zodanig dat de netwerkdoelstellingen kunnen worden behaald. Essentieel is de efficiëntie en legitimiteit van de leidende partij. Nadeel is dat de leidende partij een eigen agenda kan hebben en zijn macht kan uitoefenen wat kan leiden tot weerstand. De andere leden kunnen interesse verliezen in het gezamenlijke doel en zich richten op de eigen doelstellingen. Deze vorm kan een resultaat zijn van een bottom-up gevormd netwerk.

De netwerk administratieve organisatie (NAO) heeft een coördinerende aparte eenheid die speciaal is opgezet om het netwerk te managen en de activiteiten te coördineren. Deze NAO is de spil in het netwerk en heeft netwerkbesturing als exclusieve taak. I.t.t. het leiderorganisatie netwerk is de NAO geen onderdeel van één van de deelnemende partijen. Bij informele netwerken zal de NAO kleinschalig zijn, bij grotere of complexere netwerken zal de NAO meer coördinerende en faciliterende (man)kracht hebben.

Governance

Governance staat voor “het beheersen van het besturen”. Of wel, iemand bestuurt en anderen krijgen daar inzicht in en kunnen daar invloed op uitoefenen. Governance wordt gedefinieerd als: “een stelsel van spelregels en omgangsvormen voor bestuur, toezicht en verantwoording”. Governance is bedoeld om er voor te zorgen dat je erop kunt vertrouwen dat een ander het, door jou aan hem toevertrouwde, belang goed behartigd (Hoek, 2007)⁵⁰ en is daarmee een mechanisme waarmee onbehoorlijk “bestuur” kan worden gecorrigeerd. Het is dus een soort van gecontroleerde belangenbehartiging en heeft betrekking op belangenafweging, het maken en realiseren van keuzes en verantwoording daarover. Verantwoording wordt afgelegd aan een daarvoor gecreëerd orgaan zoals een raad van toezicht. Deze heeft goedkeurende bevoegdheid op belangrijke besluiten en de sanctie om het bestuur te ontslaan. Governance gaat dus over belangenbehartiging (realiseren van doelen), belangenafweging (maken van keuzes), het creëren van een machtsevenwicht (checks en balances), maatschappelijke verantwoording en maatschappelijk vertrouwen.

Om de governance in de Nederlandse Gezondheidszorg te duiden en om aan te geven in welke complexe omgeving zorgorganisaties moeten functioneren, wordt uitgegaan van de theorie van Hans Hoek (2007). Hoek beschrijft drie “werelden” van governance binnen de zorg die “niet op elkaar zijn afgestemd en vaak tegenstrijdige eisen stellen aan doelen en werkwijze van de zorgaanbieder⁵¹” (figuur 15).



Figuur 15: Drie governance werelden (Bron: Hoek, 2007)

De *publieke governance* beïnvloedt de zorgorganisatie door de wet- en regelgeving waarmee de overheid haar grondwettelijke plicht aangaande kwaliteit, betaalbaarheid en toegankelijkheid van de zorg kan borgen. Deze wet- en regelgeving stelt de overheid in staat om, met gebruik van toezichthoudende organen zoals o.a. de IGZ, NZa en NMa, indien nodig in te grijpen en behartigt hiermee de belangen van haar burgers. De overheid verwacht tevens dat de zorgaanbieder bijdraagt aan de realisatie van de publieke doelen aangaande gezondheid en kostenbeheersing. Door de bemoeienis van de overheid overheerst de (ontrechte) gedachte dat resultaten afgedwongen kunnen worden door hiërarchie en gebruik van macht.

⁵⁰ Hoek H. Proefschrift. *Governance & Gezondheidszorg: Private, publieke en professionele invloeden op zorgaanbieders in Nederland*. 2007.

⁵¹ Hoek H. *Een verslag van een promotieonderzoek. Hoe zit governance van de zorg werkelijk in elkaar*. ZMMagazine 6, 2007.

De invloed van de *private governance* vindt zijn oorsprong in het feit dat zorgorganisaties private rechtspersonen zijn die op basis van onderhandeling zorg leveren aan cliënten, wat een privaatrechtelijke overeenkomst is (ruil tussen gelijkwaardige partijen). De zorg wordt veelal geleverd door een stichting (tegenwoordig ook coöperatie of BV) die bestuurd wordt door een bestuurder onder toezicht van een raad van toezicht (of ledenraad, aandeelhouders) wat kenmerkend is voor private governance.

Volgens Hoek (2007) bestaat er nog een derde “wereld”, de zgn. “professionals governance”.

Professionals governance richt zich op het bestuur van beroepsorganisaties welke wordt gekozen uit hun midden en welke ook weer door de groep kan worden afgezet. Het bestuur houdt zich bezig met de kwaliteit van de beroepsgroep en het waarborgen van maatschappelijk vertrouwen in deze kwaliteit. Hiermee garandeert de professie dat huidige en toekomstige professionals goed worden opgeleid en aan de professionele standaarden (blijven) voldoen en dat zij dit controleert. De macht van een individuele professional wordt ingeperkt door de standaarden, de opleiding, de visitatie, de registratie en het tuchtrecht. “De doelen worden geformuleerd binnen de professionele groep en zijn het resultaat van besluitvormingsprocedures in verenigingsverband” (Hoek, 2007 p. 29). “Centraal staat het behouden van de monopoliepositie van de beroepsgroep en het voorkomen van maatschappelijke problemen die tot ingrijpen in het monopolie leiden” (ZMMagazine, 2007, p.3). Professionals governance gaat uit van kennis en groepsbinding.

Hoek concludeert dat de complexiteit van governance in de zorg is gestoeld op het feit dat “een mechanisme ontbreekt dat de “drie werelden” van governance coördineert waardoor er geen mogelijkheid is om onvoldoende kwaliteit van zorg te voorkomen of tijdig te corrigeren” (ZMMagazine 2007, p.5). Ook concludeert Hoek dat de verhoudingen tussen de drie governance werelden constant verschuiven. O.a. het vergroten van de risicodragendheid van zowel zorgaanbieders als zorgverzekeraars, de steeds mondiger wordende zorgcliënt en de terugtrekkende overheid zijn van invloed op de verhouding tussen de publieke, private en professionals governance waarbij er door de marktwerking steeds meer ruimte komt voor de private governance. Partijen in de zorg moeten zich bewust zijn van het feit dat ze in deze drie werelden moeten functioneren en zullen steeds helder voor ogen moeten hebben wie voor wat verantwoordelijk en bevoegd is. “Als een verantwoordelijkheid op meer plaatsen is belegd of de bevoegdheid ontbreekt, dan ontstaat een onwerkbaar situatie. Bij alle veranderingen moet goed in het oog gehouden worden dat die verantwoordelijkheid en bevoegdheid samen op één plaats zijn ondergebracht” (Hoek, 2007, p. 258).

Zorgbrede Governancecode

De complexiteit van het besturen van zorgorganisaties heeft voor de gezamenlijke Brancheorganisaties Zorg (BoZ) in 2005 geleid tot het opstellen van de eerste Zorgbrede Governancecode 2005 welke in 2006 van kracht werd. Een evaluatie van deze Code en de aanbevelingen van de commissie Meurs (2007) n.a.v. de evaluatie na invoering van de WTZi heeft geresulteerd in de vigerende Zorgbrede Governancecode 2010. Deze Governancecode brengt, voor zover mogelijk, samenhang in de drie werelden van governance en draagt in belangrijke mate bij aan de zelfregulering van de zorgsector. Het naleven van de code is een lidmaatschapsverplichting voor alle leden die zijn aangesloten bij de BoZ. De Code staat voor transparantie: het is duidelijk wat men van good governance kan verwachten en er is de plicht om daarover te verantwoorden. Houwen, et al.⁵², “De Code gaat uit van de zorgorganisatie als maatschappelijke onderneming met als hoofddoelstelling het bieden van verantwoorde zorg. Hierbij is verantwoorde zorg gedefinieerd als cliëntgerichte, veilige en betaalbare zorg die geleverd wordt via een doelmatige en transparante bedrijfsvoering”(p. 22). De gedragsregels in de Code schrijven voor dat zorginstellingen de cliënt en zijn wensen en behoeften centraal stellen en dat financiële middelen die uitgekeerd worden uitsluitend gebruikt mogen worden om als maatschappelijke onderneming beter te presteren waarbij de maximalisatie van cliëntwaarde altijd voorop staat. De Code hanteert het raad van toezichtmodel voor alle rechtsvormen waarvan zorginstellingen zich kunnen bedienen. Hiermee worden de ontwikkelingen in de zorgsector meegenomen zoals het steeds vaker voorkomen van alternatieve, veelal innoverende, ondernemingsvormen. De besloten vennootschap en de coöperatie zijn vormen van samenwerking die appelleren aan veranderende concurrentieposities als gevolg van de toenemende marktwerking.

De raad van bestuur wordt in het raad van toezichtmodel belast met de algemene en dagelijkse leiding en legt hierover verantwoording af aan de raad van toezicht met focus op de inhoud, kwaliteit en veiligheid van zorg. De raad van toezicht moet specifiek toezicht houden op de kwaliteit en de veiligheid van de zorg en heeft een adviserende functie voor de raad van bestuur. In de code worden de taken en

⁵² Houwen L, Bergkamp P, Arends L. *Governance en ondernemerschap in de zorg. Nieuwe bestuurlijke verantwoordelijkheden in de gezondheidszorg*. Deventer: Kluwer. 2010.

verantwoordelijkheden van zowel de raad van toezicht als de raad van bestuur beschreven en wordt bepaald dat aan alle belanghebbenden (stakeholders) verantwoording (informatieverstrekking en raadpleging) wordt afgelegd.

Bijlage 9

Besluitvorming

Besluitvorming in netwerken

Besluitvorming is een proces dat zich over de tijd heen voltrekt en dat resulteert in besluiten. Een besluit is een min of meer geformaliseerd commitment tussen de betreffende actoren die het besluitvormingsproces dragen. Een besluit is dus bindend. “Besluitvorming transformeert informatie, kennis en kunde in instructies en acties voor de besturing van het primaire proces. Keuning en Eppink (2007, p. 47)⁵³ definiëren besluitvorming als “het proces dat zich in achtereenvolgende fasen (probleem stellen, alternatieven ontwikkelen, aangeven van gevolgen van alternatieven, het maken van een keuze) voltrekt vanaf het moment dat informatie ter beschikking komt die op een mogelijk probleem wijst totdat een gekozen oplossing wordt uitgevoerd”. Algemeen gesproken is dit systematische, rationele of projectmatige besluitvorming.

Volgens de Bruijn en ten Heuvelhof (2007) gaat bovenstaande alleen op als er sprake is van hiërarchie waarbij de hogergeplaatste actor het probleem en de doelstellingen formuleert. In die zin wordt gesproken over projectmatige besluitvorming waarbij het besluit volgt uit het probleem of het doel en het besluit, en indien afgebakend, richting geeft voor de organisatie en als basis dient voor het te voeren beleid. Het proces volgt een vaste planning, er wordt op projectmatige wijze gehandeld en gecommuniceerd.

Door het ontbreken van een hiërarchische structuur verloopt besluitvorming in netwerken vaak grillig en ongestructureerd en zeker niet volgordelijk. In een netwerk is een besluitvormingsproces vaak een ongoing proces, veelal volgt na het besluit een volgende ronde waarbij partijen die eerder niet “gewonnen” hebben een nieuwe kans krijgen. Tijdens dit proces kunnen doelstellingen veranderen door ervaring met posities van andere actoren dan wel door een inhoudelijk leerproces. In een netwerk ontstaan doelen dan ook tijdens het proces. Partijen zetten diverse strategieën in om hun doelen te realiseren. Dit heeft te maken met het feit dat een netwerk multi-issue besluitvorming kent door de aanwezigheid van veel verschillende actoren of stakeholders met verschillende, vaak veranderende belangen en afhankelijkheden. Het feit dat de actoren in een netwerk afhankelijk zijn van elkaar impliceert dat zij zelfstandig niet in staat zijn om het probleem op te lossen. Er zal dus een gezamenlijk besluit moeten worden genomen. Veelal bestaat het besluit uit een package deal waarmee de meeste partijen in het netwerk winnaar zijn en waarmee opties opengehouden worden. Deze open besluitvorming leidt tot kansen voor evt. verliezers voor de toekomst, is kenmerkend voor het ongoing proces en een prikkel voor coöperatief gedrag. Resultaten van het besluitvormingsproces kunnen worden vastgelegd als formele afspraken maar veel vaker is het besluit het resultaat van een uitvoeringsproces. Besluitvorming in netwerken is gebaseerd op strategisch gedrag van de, op verschillende momenten, deelnemende actoren. Afhankelijk van de uitkomst van het besluit en de effecten daarvan op hun eigen belangen vertonen ze een (onvoorspelbare) reactie. Actoren moeten met elkaar, maar ook individueel als vertegenwoordiger van de eigen, veelal hiërarchische organisatie, besluitvormingsprocessen in het netwerk snel vorm kunnen geven en snel kunnen sturen. Besluitvorming in professionele netwerken is dan ook zelden rationeel en bijna altijd intuïtief of gevoelsmatig en gebaseerd op democratische onderhandelingen. Onderstaande tabel 5 geeft de verschillen in besluitvorming tussen een hiërarchie en een netwerk weer.

Hiërarchie	Netwerk
Regelmatig en volgtijdelijk	Onregelmatig en geen duidelijke fasering
Fasen	Ronden
Actoren zijn stabiel	Actoren treden in en uit
Eén arena, proces met begin en eindpunt (projectmatig)	Meer arena's, geen geïsoleerd begin en eindpunt (procesmatig)
Inhoud probleem/ doel stabiel	Inhoud probleem/ doel verschuift
Prikkel om problematiek als gestructureerd te beschouwen	Prikkel om probleem als ongestructureerd te beschouwen
Consistentie en voorspelbaarheid	Meebewegen en onvoorspelbaar

Tabel 5: Vergelijking besluitvorming in hiërarchie en netwerk. (Bron: De Bruijn en ten Heuvelhof, 2007)

⁵³ Keuning D. en Eppink DJ. *Management en organisatie, theorie en toepassing*. Groningen/Houten: Wolters- Noordhoff. 2008.

Noordegraaf (2005)⁵⁴ geeft aan dat er vier basisbenaderingen van besluitvorming worden onderscheiden (tabel 6) afhankelijk van de situatie waarin de besluitvorming plaats vindt. Het besluitvormingsproces is dus gerelateerd aan een specifieke situatie en kent specifieke stakeholders en specifiek gedrag.

	Lineair	Serieel
Gestructureerd	Rationele besluitvorming - problemen en oplossingen identificeren - doelstelling - organisatie inrichten Systematisch proces Getemde situaties Stakeholders - relatief bekend - overzichtelijk aantal - min of meer gelijkgestemd, feiten zijn doorslaggevend	Trial and error besluitvorming - management van experts en professionals - debat, dialoog, kennisconcurrentie - communicatie experts en leken Iteratief proces Expert situaties Stakeholders - veel actieve stakeholders - diversiteit aan probleemdefinities en inzichten - verschillen in inzicht tussen leken en experts
Ongestructureerd	Conflictueuze besluitvorming - dialoog tussen "doven" - framing en reframing - overtuigen, onderhandelen Incrementeel proces Controversiële situaties Stakeholders - veel actieve stakeholders - anders denkers (m.n. kwalificerend, beoordelend) - Verschillende verlangens, gevoelens en emotie	Grillige besluitvorming - agendavorming - symboliek - politieke strijd Chaotisch proces Weerbarstige situaties Stakeholders - vele en gevarieerde stakeholders - andere opvattingen - andersdenkend over definities, problemen en oplossingen - belangen strijden

Tabel 6: Soorten besluitvorming, situaties en stakeholders. (Naar: Noordegraaf, 2005)

Kaats et al. (2005) beschrijven per grondvorm van samenwerking de wijze van besluitvorming waarbij in een transactionele samenwerking elke partij zelfstandig beslist, in een functionele samenwerking er een contractrelatie is waarbij men onderhandeld over de voorwaarden van deelname. Een ondernemend netwerk kent gezamenlijke besluitvorming op basis van een vooraf bepaalde procedure en verkennende samenwerkingsverbanden besluiten op basis van een wederzijdse beïnvloeding. De besluitvorming in deze vier vormen van samenwerking is nauw verbonden met de ambities van de samenwerking en de wijze waarop deze bestuurd wordt.

Besluitvormingsstrategieën in netwerken

Zoals beschreven is het besluitvormingsproces in een netwerk grillig, ongestructureerd en serieel. Partijen in een netwerk gebruiken strategieën ter beïnvloeding van het besluitvormingsproces om zo hun doelen te bereiken. De Bruijn en ten Heuvelhof (2007) maken in dit kader een onderscheid tussen een projectmatig en een procesmatig proces, te vergelijken met besluitvorming in resp. een hiërarchie en een netwerk. Een projectmatige benadering van probleemoplossing, doelstelling en besluitvorming is rationeel. Er is een, aan het doel gerelateerd probleem en dit dient te worden opgelost. Het probleem wordt geanalyseerd en versimpeld, er worden alternatieven gezocht en op basis daarvan wordt het besluit genomen voor de beste optie, deze wordt geïmplementeerd en het probleem is opgelost.

In netwerken verloopt dit proces op een geheel andere wijze door de aanwezigheid van een diversiteit aan belangen en stakeholders die daardoor verschillende probleempercepties kennen en vaak andere doelstellingen hebben. Om winst te behalen zullen actoren elkaar beïnvloeden waarbij inhoud niet altijd doorslaggevend is. De mate van gezaghebbendheid van een probleemanalyse en de eventuele oplossing is van belang evenals het rendement en de aanwezigheid van concurrerende problemen. Partijen kunnen al naar gelang hun belang het probleem voorrang geven of het wegrelativeren, ze

⁵⁴ Noordegraaf, M. Besluiten over besluitvorming. www.cfpb.nl. 2005.

kunnen prudent omgaan met een probleem of opportunistisch. Voor beïnvloeding van dit proces bestaan strategieën waarmee de inhoud vaak ondergeschikt wordt aan de wijze waarop de perceptie van actoren beïnvloedt kan worden. Besluitvormingsstrategieën in een netwerk zijn er vaak op gericht om zoveel mogelijk partijen “mee” te krijgen (framing). D.m.v. “priming” probeert een actor het probleem en de context zodanig te schetsen dat meer partijen baat hebben bij een oplossing. Ditzelfde geldt voor het bewust breder formuleren en koppelen van een probleem aan een ander probleem waardoor multi-issue problemen ontstaan. Hiermee wordt bereikt dat er meer te kiezen is voor meer partijen. Het complexer maken van het probleem is een strategie die haaks staat op de projectmatige benadering maar die in een netwerk voordelen kent. Complexe problemen kennen vaak meerdere koppels of ontkoppelpunten met andere problemen of oplossingen. Ook hier geldt dan dat er voor meer actoren meer keuze is, wat de besluitvorming uiteindelijk vereenvoudigt. Het momentum van probleemdefiniëring binnen een netwerk is een strategische keuze. In dit geval spreken De Bruijn en ten Heuvelhof (2007) van de “window of opportunity”. Deze kan open of gesloten zijn afhankelijk van de aanwezigheid van andere problemen en het eventueel verwachte verzet of participatie van de andere actoren. Om de “window of opportunity” open te zetten kan weer gebruik gemaakt worden van de eerder genoemde strategieën.

Om doelstellingen te realiseren kan een actor gebruik maken van dezelfde tactieken door zijn doel te vertalen naar een probleem van andere actoren. Hoe breder de probleemformulering hoe meer actoren zich aangetrokken voelen tot een goede besluitvorming hieromtrent. Het stellen van randvoorwaarden aan het besluitvormingsproces is in een netwerk ingewikkeld, tenzij alle stakeholders het eens zijn. Het opnemen van randvoorwaarden, mits niet te strak geformuleerd, in de spelregels is een goede optie. Het kan de snelheid en de kwaliteit van de besluitvorming ten goede komen.

Gedurende het proces van besluitvorming zal veel onderhandeld moeten worden door verschillende actoren. Hierbij is het belangrijk inzicht en informatie te hebben in de onderlinge relaties in het netwerk en de macht en mandaat van onderhandelaars richting hun achterban. Ook hier zijn strategieën inzetbaar die invloed hebben op de relatie tussen de gemandateerde en de achterban. Andersom kan de gemandateerde tactieken gebruiken waarmee deze het besluitvormingsproces kan beïnvloeden.

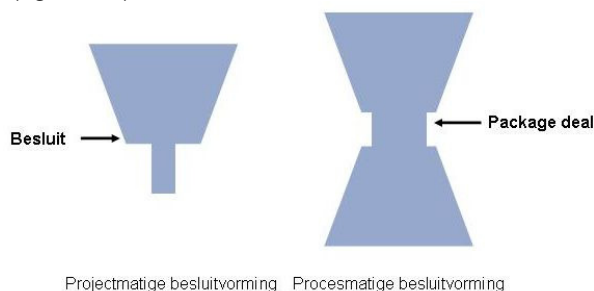
De genoemde strategieën vallen of staan met de informatie die actoren hebben over en beschikbaar stellen aan de stakeholders. Enerzijds betreft dit informatie waarmee bv. problemen of oplossingen worden onderbouwd, anderzijds betreft het informatie over de doelstellingen van de verschillende partijen en de onderlinge relaties. Hierdoor zijn actoren in staat hun eigen problemen te koppelen aan de problemen of oplossingen van andere actoren. Informatie over de inhoud wordt in netwerken vaak uitonderhandeld waardoor een collectieve “juistheid” van informatie ontstaat (negotiated knowledge) welke vanzelfsprekend wel in lijn moet zijn met de bestaande stand van de kennis. Informatie kan ook strategisch worden ingezet. Eenzijdige, strategisch of selectief uitgezette informatie zijn dan belangrijke machtsmiddelen. Elke actor moet zich bewust zijn van het strategisch gebruik van informatie en zal dit moeten toetsen. De impact van informatie in het besluitvormingsproces is gerelateerd aan de inhoud en de “window of opportunity”, maar ook aan het leerproces (positioneel of inhoudelijk) wat actoren doormaken tijdens het proces. Men kan besluiten om de negotiated knowledge te “bevriezen”. De informatie wordt niet meer ter discussie gesteld, er ontstaat een stabiele situatie (negotiated environment) of deze wordt ontdooid en weer ter discussie gesteld wat leidt tot nieuwe posities en doelen.

Door wisselend gebruik van deze strategieën door continu veranderende actoren is “besluitvorming in netwerken het resultaat van een proces (tabel 7), waarin partijen over een groot aantal issues hebben onderhandeld. De formeel vastgestelde package deal zal veelal geen verassing meer zijn voor deze partijen. Ze hebben hun issues opgevoerd, het proces van overleg en onderhandeling doorlopen en een pakket ontworpen. Formele besluitvorming in netwerken is slechts “aftikken”: het reeds uitonderhandelde besluit moet formeel worden bevestigd” (De Bruijn en ten Heuvelhof (2007), p.92-93).

Projectmatige besluitvorming (hiërarchie)	Procesmatige besluitvorming (netwerk)
Besluit volgt uit probleem, doel of informatie	Na besluit is er een volgende ronde, dus nieuwe kansen
Explicitering van besluit geeft richting	Explicitering van besluit maakt kwetsbaar, genereert prikkels voor verzet
...dichttimmeren!	...keep options open!
Projectmanagerial technieken (strakke planning, deadlines)	Projectmanagerial technieken disfunctioneel
Planning	Tempowisselingen
Projectmatig handelen, projectmatig communiceren	Procesmatig handelen, projectmatig communiceren

Tabel 7: Besluitvorming in een netwerk (Bron:De Bruijn en ten Heuvelhof, 2007)

Vervolgens moet het besluit worden gecommuniceerd aan de stakeholders wat nieuwe problemen met zich meebrengt. Omdat er vaak sprake is van een package deal lijkt het besluit op handje klap wat leidt tot inhoudelijke of procedurele reacties van de andere stakeholders. Wil de communicatie over procesmatige besluiten (backstage) effectief zijn dan zal dit op een projectmatige wijze (frontstage) moeten worden gedaan. “De taal van de hiërarchie (daadkracht, lef, duidelijkheid) is sterker dan de taal van het netwerk (overleggen, onderhandelen, interactie)” (p.96). Echter door het ongoing proces karakter zullen in de uitvoering van het besluit weer strategieën gebruikt worden om het proces te beïnvloeden, m.a.w. nieuwe ronde - nieuwe kansen. Een projectmatige besluitvorming wordt ook wel trechteren genoemd, gedurende het proces neemt de vrijheid van actoren af. Een procesmatige besluitvorming heeft de vorm van een zandloper, partijen houden gedurende het proces de vrijheid voor overleg en onderhandeling (figuur 16).



Figuur 16: Trechter en zandloper (Naar De Bruijn en ten Heuvelhof, 2007)

Een package deal dient overigens wel besluiten te bevatten die op een projectmatige wijze kunnen worden uitgevoerd, anders zou een samenwerking tot weinig concrete resultaten leiden. Veelal worden gedurende het besluitvormingsproces al projecten uitgevoerd omdat partijen vaak al tot actie over gaan omdat er geen redenen zijn om de uitvoering uit te stellen. Deze emergente wijze van uitvoering is kenmerkend voor netwerken aangezien het procesmatige besluitvormingsproces een langdurig en wederkerend karakter kent. Het wachten op formele besluitvorming in een netwerk leidt dan tot vertraging, frustratie en bureaucratie.

Bovenstaande leidt overigens tot weer nieuwe strategieën. Het kan voor de snelheid van het proces zinvol zijn om bewust formele besluitvorming te vermijden. Kennis van procesmatige besluitvorming, en dus weten dat het open besluitvorming betreft kan strategisch handig zijn als een partij de bijkomende “kosten” (relatiedamage, tijd, weinig garantie) wil vermijden. Deze kan zich dan passief opstellen om zich later in te voegen. Het slaan van piket paaltjes om het onmogelijk te maken terug te komen op een besluit is een strategie die inzetbaar is als partijen een groot belang hebben bij de uitvoering en deze zich realiseren dat het besluit ontdooid kan worden.

Besluitvorming in netwerken leidt dus gedurende het gehele ongoing proces tot strategisch gedrag van partijen. De vraag is of dit gedrag acceptabel is. Partijen handelen vanuit een eigen belang. Veelal is het gedrag legitiem waardoor strategisch gedrag gerechtvaardigd is. Partijen kunnen ook non-intentioneel handelen waarmee het ogenschijnlijk “strategische” gedrag is gerechtvaardigd. Het toepassen van strategieën in netwerken kan dus heel legitiem zijn of een spel waarmee “winst” wordt behaald. Het mogelijke risico bestaat echter altijd dat partijen die geen gerechtvaardigd belang hebben een “machtspel” spelen.

Afwezigheid van strategisch gedrag leidt tot inertie en bureaucratisch gedoe, de aanwezigheid van strategisch gedrag zorgt voor de dynamiek in een netwerk en dat deze functioneert. Strategieën zijn echter beperkt houdbaar. Partijen leren gedurende het ongoing proces welke actoren op welke wijze, in welke situatie handelen en reageren. Zij worden zich gaandeweg meer en meer bewust van het gebruik van strategieën en gaan deze zelf ook toepassen. Door de dynamiek in het netwerk wordt het besluitvormingsproces dus steeds grilliger en meer onvoorspelbaar. “Het management in netwerken vergt een voortdurende innovatie van strategieën” (De Bruijn en ten Heuvelhof (2007), p. 108).

In netwerken is het net als in projectmatige processen zinvol om te evalueren. Echter is de evaluatie een momentopname door de dynamiek in het netwerk. Voor partijen in een netwerk zal de kwaliteit van de besluitvorming afhangen van het feit of ze tevreden zijn met de deal: zijn hun problemen opgelost en hebben zij nieuwe kennis en ervaringen opgedaan die verderop in het proces weer nuttig zijn. Is men gerespecteerd gedurende het proces en is dit proces fair verlopen? Voor toekomstige onderhandelingen en besluitvorming is het van belang dat een actor nieuwe relaties heeft opgedaan die bruikbaar zijn.

Bijlage 10

Inrichtingsprincipes per grondvorm

(Bron: Kaats E, van Klaveren P, Opheij W. *Organiseren tussen organisaties*. Schiedam: Scriptum 2005.)

	Transactioneel	Functioneel	Ondernemend	Verkennd
Doelgeving				
Intentie	Verbeteren van het voortbrengingsproces. Een klant beter bedienen, en op basis daarvan voor ieder van de partijen voordelen verkrijgen	Verbeteren van de bedrijfsvoering. Een functie beter ten goede laten komen aan de bedrijfsvoering; betere prijs/prestatie	Vernieuwen van competenties en proposities. Een kans benutten op basis van synergiemogelijkheden, en daarmee business maken	Vernieuwen van kennis en gemeenschappelijke infrastructuur. Een betere gemeenschappelijke infrastructuur in brede zin; standaards, kennis, maatvoering, fysieke infrastructuur
Aard	Uitwisselen van mensen, diensten en producten	Delen van bedrijfsvoering	Delen van kennis, informatie en competenties	Uitwisselen van kennis en informatie
Besturing				
Onderlinge verhoudingen en rolverdeling	De klant veroorzaakt een opeenvolging van acties, en die willen we in de keten optimaliseren	Een partij acht een andere partij slimmer/ beter/ goedkoper/.. in een bepaalde functie	Samen kunnen we iets slimmer/ beter/ goedkoper/.. ontwikkelen, realiseren en/of verkopen dan afzonderlijk	Partijen vinden elkaar op issues die stimulerend of voordelig zijn voor hun functioneren en waar ze elkaar in kunnen versterken
Huishouding (€)	Verrekenafspraken; afspraken over goede grondslag voor verdeling van kosten en baten, als deze op verschillende plaatsen in de keten vallen	Verrekenafspraken; betaling voor geleverde diensten	Verdeling van risico's en resultaat, gezamenlijke budgettering en balans	Kostendeckende inbreng om samenwerking te stimuleren en op gang te houden
Besluitvorming	Iedere partij beslist zelfstandig in hoeverre men meedoet in welke ketens; als men meedoet zijn de spelregels bekend	Contractrelatie, onderhandelen over contractvoorwaarden	Gezamenlijke besluitvorming; bepalen van procedure voor besluitvorming	Wederzijdse beïnvloeding; onderhandeling over statuten met diverse partijen; latere toetreders moeten 'aansluiten'
Planning en control en besturingsinstrumenten	Uitwisseling van planning- en voortgangsinformatie Ketenregie Planning: Extended Enterprise Planning Evaluatie: toegevoegde waarde van de keten voor ieder van de partijen	Opdrachtgever - Opdrachtnemer op basis van resultaat/ serviceafspraken Planning: Service Level Management Evaluatie: op basis van contractresultaat	Eigen directievoering, verantwoordelijk voor 'klaren van de klus'; toezicht door samenwerkende partijen op functioneren van alliantie en kosten/ opbrengstenverdeling Planning: gezamenlijke businessplanning Evaluatie: gezamenlijk op basis van businessplannen door ieder van de partijen op basis van input/output balans	Spilfunctie; faciliterend, organiserend, mobiliserend; verantwoordelijk voor op gang brengen en houden van interactie; partijen beloven inbreng en participatie Planning: afhankelijk van topologie; planning van dominante partij of wederzijdse afstemming Evaluatie: succes van het netwerk is een gezamenlijk evaluatiecriterium, maar ieder van de betrokkenen kan uittreden op basis van eigen afwegingen

	Transactioneel	Functioneel	Ondernemend	Verkennd
Besturing				
Prestatie indicatoren	Ketenefficiency; transactievolume a.g.v. participatie in de keten; lage transactiekosten	Voldoen aan doelstellingen van zowel in- als uitbestedende partij Waarmaken van gemaakte afspraken	Waardetoevoeging (balans input output in brede zin) voor ieder van de partijen; stroom van nieuwe initiatieven, en het gemak waarmee deze operationeel gemaakt kunnen worden; lage transactiekosten	Mate waarin partijen hun bijdragen willen continueren
Contractering	Handelscontracten	Service level agreements	Samenwerkingsafspraken	Convenanten, gedragscodes
Gedragsafspraken				
Gepropageerd gedrag	Leverbetrouwbaarheid	Afspraakbetrouwbaarheid	Betrouwbaarheid in loyaliteit naar gemeenschappelijke entiteit, joint venture afspraken	Betrouwbaarheid in belangenafweging
Sleutelrollen	Case managers, ketenregisseurs, in- en verkopers	Interface/account managers	Ondernemers en marketeers; creators	Facilitator van professionals; verkenners en vormers
Managementstijl	Resultaatsgerichte managementstijl; 'dingen gedaan krijgen'	Resultaatsgerichte managementstijl; 'kruip in de huid van'	Ondernemende, creatieve en ruimte schepende managementstijl; 'idee leidt tot kans leidt tot succes'	Faciliterende managementstijl; resultaat komt voort uit interactie
Identiteit	Acceptatie van elkaars eigenheid	Identiteit van partners als selectie criterium; elkaar begrijpen	Actief creëren van een nieuwe identiteit in de samenwerking	Ontstaan van nieuwe identiteit van het samenwerkingsverband
Informatiestrategie	Open informatiehuishouding; gebaseerd op communicatie op operationeel niveau	Gesloten informatiehuishouding; gericht op een naadloze aansluiting van processen	Gesloten informatiehuishouding, gericht op het ontwikkelen van beschermen van een gezamenlijk initiatief	Open informatiehuishouding, gericht op het optimaliseren van kennisuitwisseling
Operationele uitwerking				
Essentie van het werkproces in de samenwerking	Managen van het logistieke proces	Interface tussen functies goed laten functioneren	Managen van het ontwikkelings- en marketing proces	Organiseren van het communicatie- en interactieproces; kennismanagement
Informatie- en communicatietechnologie	Gestandaardiseerde gegevensdefinities en transactiemodellen; uitwisselen van plannings- en voortgangsinformatie; technisch neutrale open standaarden voor berichtenverkeer en applicatie integratie; middleware & wrapping	1:1 afspraken over applicatie integratie; autorisatie t.b.v. operationele informatie-uitwisseling; minimale standaardisatie t.b.v. consolidatie	Extranet, gesloten omgeving, collaborative tools; wederzijdse autorisatie, maar wel met bescherming van gegevens; eigen ICT voorzieningen in samenwerking	Gericht op uitwisseling van kennis en documenten; internet, open omgeving, interactieve tools; autorisatie gericht op identificatie

Bijlage 11

Klantwaarde

Eén van de strategische doelstellingen van het toekomstige NcC Holland is het creëren van toegevoegde waarde aan het neurochirurgisch zorgaanbod voor de stakeholders. Deze waarde, die gerealiseerd moet worden door verdere concentratie en integrale coördinatie van neurochirurgische zorg, is gedefinieerd als verbeterde kwaliteit van de zorg voor maximaal dezelfde kosten. De inzet van een doelmatiger gebruik van middelen door een intensievere samenwerking tussen vakgroepen en instellingen is hiervoor noodzakelijk. Het NcC Holland wil klantwaarde toevoegen door zich te positioneren als een coöperatieve organisatie van waaruit de regionale neurochirurgische zorg wordt gecoördineerd en aangestuurd o.b.v. klantwaardenstrategieën voor de drie neurochirurgische segmenten. In deze paragraaf wordt nader ingegaan op het begrip klantwaarde en de strategieën die kunnen worden gebruikt om klantwaarde voor stakeholders te vergroten.

Klantwaarde

Het begrip klantwaarde kent twee invalshoeken. Enerzijds is er de economische betekenis (welke buiten de beschouwing van dit onderzoek valt), namelijk het rendement dat de klant oplevert ofwel de netto opbrengst van de klant over de gehele looptijd van de relatie tussen de klant en de organisatie. Anderzijds is klantwaarde te beschouwen vanuit het marketingperspectief waarbij de klant als uitgangspunt genomen wordt. Volgens Treacy en Wiersema⁵⁵ is klantwaarde in dit kader “de som van de voordelen die een klant door een aankoop geniet minus de geïnvesteerde kosten. De voordelen bestaan uit het verbeteren van de positie of het verhogen van het genot van de klant. De kosten bestaan uit financiële kosten voor bv. aanschaf en onderhoud, als uit de tijd die gespendeerd wordt aan aanschaf, fouten en ongemak. Zowel materiële als immateriële kosten kunnen de klantwaarde verlagen” (p.27). De waarde van een product wordt door de klant (subjectief) zelf bepaald. Waarde toevoegende activiteiten dienen dan ook altijd vanuit het vertrekpunt van de klant gedefinieerd te worden.

Campbell et al. (2002) definiëren waarde als de prijs die klanten bereid zijn te betalen voor een product. Waarbij waarde kan worden toegevoegd door de klantpercepties voor het product zodanig te veranderen dat zij een hogere prijs willen betalen voor dat product in vergelijking met identieke producten van concurrenten. Of door de productiekosten zodanig te verlagen dat deze uitkomen onder de productiekosten van de concurrenten. Dit gaat prima op vanuit het perspectief van productdenken. Bij dienstverlening, zoals zorgverlening, is er echter sprake van een langduriger uitwisselingsproces, het zorgproces, tussen leverancier en klant, zelfs als het gaat om een eenmalige transactie (Hurts)⁵⁶. Tijdens dit proces zijn vele momenten te onderscheiden waarop de dienstverlener waarde kan toevoegen voor klanten. De interactie tussen dienstverlener en klant bepaalt dan de waarde. Hurts noemt dit de CWU, de continue waarde uitwisseling. Hoe meer kennis de dienstverlener heeft over de klant hoe beter deze de CWU kan benutten. Het is dus van belang dat de dienstverlener de kernklant zo goed mogelijk definieert waardoor het inleven in de klant vereenvoudigd wordt en bij het vormgeven van serviceconcepten optimaal gebruik gemaakt kan worden van specifieke wensen en behoeften in het gehele dienstverleningsproces. Hierbij gaat het vooral om de wijze waarop het kernproduct wordt geleverd. Waarde toevoegende activiteiten verschuiven in een concurrerende markt dan ook steeds meer van het “wat” naar het “hoe”. Het “wat” als kernproduct kan aan waarde winnen door de wijze waarop (hoe) deze geleverd wordt. Het “hoe” is dan te definiëren als de kwaliteit van de service.

Deze servicekwaliteit kent verschillende klantwaarde toevoegende dimensies⁵⁷ die georiënteerd zijn op de perceptie van de klant:

- Betrouwbaarheid (voorspelbaarheid van het dienstenniveau);
- Reactiesnelheid;
- Veiligheid (fysiek, privacy);
- Uiterlijke verschijning (mensen en faciliteiten);
- Communicatie (begrijpelijk);
- Vertrouwenwekkendheid (van dienstverlener);
- Competentie (vakmanschap);
- Hoffelijkheid;
- Betrokkenheid;
- Toegankelijkheid.

⁵⁵ Treacy M, Wiersema F. *De discipline van marktleiders*. Schiedam: Scriptum management. 4^e druk 2010.

⁵⁶ Hurts F. *De onmisbaarheidfactor*, handout MBA-H, 2011.

⁵⁷ Handout blok servicemanagement MBA-H, 2010.

Een tweede mogelijkheid om waarde toe te voegen is de focus te leggen op de kosten die gemoeid zijn met het leveren van de dienst. Kostenvoordeel kan bereikt worden door schaalvoordelen zoals bv. volumevergroting, de ervaring of leercurve, toeleveringskosten en het ontwerp van het dienstverlenende proces waarbij vooral verbetering van de koppelingen tussen de verschillende activiteiten leidt tot kostenvoordeel (efficiëntie) maar ook tot voordelen in termen van service en kwaliteit.

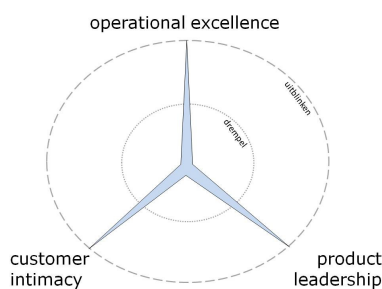
Het bereiken van waarde toevoegende service- en dienstverlening voor acceptabele kosten komt samen in de theorie van Treacy en Wiersema (2010) en Porter (1985). Zij stellen dat, in een concurrerende omgeving, organisaties moeten proberen unieke waarde te vinden die alleen zij kunnen bieden aan een met zorg uitgekozen doelgroep. Om klantwaarde toe te voegen kan een organisatie kiezen uit een aantal waardestrategieën. Porter spreekt van generieke strategieën waarbij onderscheid gemaakt wordt in differentiatie of kostenleiderschap gekoppeld aan een brede of smalle focusstrategie afhankelijk van de keuze van de markt waar de organisatie actief op wil zijn. Het niet expliciet kiezen voor één strategie leidt volgens Porter tot een stuck in the middle positie waardoor er geen onderscheidend vermogen bereikt zal worden (figuur 17).

Generieke concurrentiestrategieën van Porter - Intemarketing		
	Lagekostenstrategie	Differentiatiestrategie
Gehele markt	Kostenleiderschap	Differentiatie
Één segment	Stuck-in-the-middle	
	Focus	

Figuur 17: Generieke concurrentiestrategieën (Bron: Internet)

Treacy en Wiersema spreken over drie basisstrategieën t.w. operational excellence, productleadership en customer intimacy (figuur 18). Elk van deze strategieën voegt waarde toe voor de klant (waardebod) mits deze volledig doorgevoerd wordt in de organisatie. Hierdoor ontstaat samenhang in de werkprocessen, de structuur, de cultuur en de competenties van de organisatie (werkmodel) en uiteindelijk in de hele waardeketen. De gekozen waardediscipline, waarbij het waardebod en het aan de onderliggende basisstrategie gekozen werkmodel nauw op elkaar zijn afgestemd, zijn bij alle plannen en beslissingen van de organisatie leidend.

De keuze voor een waardediscipline heeft dus verregaande consequenties voor de organisatie.



Figuur 18: Klantwaardenstrategieën, Treacy en Wiersma. (Bron: internet)

Operational excellence

Kostenleiders proberen een combinatie van prijs, kwaliteit en koopgemak te vinden die geen van de concurrenten kan evenaren. Ze houden zich niet of nauwelijks bezig met innovaties.

Het waardebod van een kostenleider is een gegarandeerd lage prijs en probleemloze service.

Kenmerken

- zijn niet te evenaren in prijs, kwaliteit en koopgemak;
- doen nauwelijks aan productinnovatie;
- doen nauwelijks aan een één op één relatie met de klant;
- bieden klanten gegarandeerd lage prijs en probleemloze service.

Werkmodel

- De doorloop van een product is end-to-end geoptimaliseerd en gestroomlijnd (onkosten en problemen te minimaliseren);
- Activiteiten zijn gestandaardiseerd, vereenvoudigd, strak gecontroleerd en centraal gepland (er ligt weinig beslissingsbevoegdheid bij lager management);
- Managementsystemen hanteren vaste normen, zijn gericht op snelle transacties, die vastliggen en op elkaar zijn afgestemd;
- Een bedrijfscultuur waarin efficiency wordt beloond en verspilling wordt verafschuwd.

Productleadership

De organisatie is altijd bezig de grenzen van de producten of diensten te verleggen, zoekt voortdurend naar wat nog niet geprobeerd is, wat onbekend is, naar wat klanten zal verbazen.

Het waardebod van een productleider is het nieuwste en het beste product.

Kenmerken

- Altijd grenzen van producten (diensten) verleggen;
- Speuren naar het onbekende, naar wat klant zal verbazen;
- Nieuwste en beste producten.

Werkmodel

- Personeel moet creatief zijn en onafgebroken bezig zijn met vernieuwen en verbeteren (liever zelf het eigen product vernieuwen dan dat de concurrent het doet);
- Personeel moet in de cultuur passen (belangrijker dan ervaring in de branche), geen bureaucratie;
- Focus op R&D en exploitatie van de markt;
- Losse ad-hoc organisatiestructuur, voortdurend aangepast aan nieuwe ondernemersplannen en koerswijzigingen (karakteristiek voor werken op onontgonnen terrein), vermijdt bureaucratie;
- Resultaatgericht managementsysteem, succes van het product evalueren, belonen en ruimte voor experimenten;
- Bedrijfscultuur die de prestaties en fantasie van het individu stimuleert, onverwachte ideeën en toekomstmentaliteit aanmoedigt.

Customer Intimacy

Een klantenpartner bouwt een relatie met de klant op en kijkt niet zozeer naar de wensen van de markt, maar naar de specifieke wensen van de klant. De organisatie wordt opgebouwd door bekendheid met de klanten en met de producten en diensten die zij nodig hebben. Deze producten/diensten worden voortdurend aangepast aan de klanten, tegen een redelijke prijs.

Het waardebod van de klantenpartner luidt: “wij nemen u alle problemen uit handen” of “wij bieden de beste totaaloplossing”.

Kenmerken

- Relatie met klanten staat centraal (niet zo zeer de wens van de markt, maar van de klant);
- Specifieke wensen van de klant zijn belangrijk ‘wij nemen al uw problemen uit handen’;
- Bekendheid met klanten, producten en diensten waardoor meer bieden dan de klant verwacht;
- Investerings in de klant moet leiden tot langdurige relatie en herhalingsaankopen.

Werkmodel

- Nadruk op solution development (begrijpen wat er nodig is en helpen), resultaatmanagement (wat nodig is, concreet implementeren) en relatiemanagement;
- Organisatiestructuur die beslissingsbevoegdheid delegeert aan de mensen dichtbij de klant;
- Managementsysteem dat zich richt op goed geselecteerde, met zorg gekozen klantenkring;
- Bedrijfscultuur ingesteld op specifieke in plaats van algemene maatregelen en op langdurige goede relaties met klanten.

Bijlage 12

Juridische aspecten van samenwerking

Juridische aspecten

Alvorens de samenwerking verder vorm te kunnen geven is het van belang om te besluiten of deze samenwerking juridisch geformaliseerd dient te worden. Een informele samenwerking kan plaatsvinden op basis van (vastgelegde) afspraken zonder dat daar een rechtsvorm of -persoon voor nodig is. Een contractuele of informele alliantie kent meestal geen rechtspersoon. Bij een joint venture zal de nieuw gevormde organisatie wel een rechtspersoon kennen. Indien de ambitie en de doelen complexer worden, of de samenwerking “an sich” complex is en er meer wederzijdse afhankelijkheid in het spel is, is de keuze voor een rechtsvorm en -persoon gerechtvaardigd. De VVAA (2011) geeft op haar website het volgende advies: “Indien samenwerkingsverbanden besluiten om wél de krachten te bundelen en de kosten te delen, maar niet gezamenlijk de “zorgonderneming” te exploiteren vallen de besloten vennootschap en de coöperatie af. Als de samenwerking alleen gericht is op kwaliteitsverbetering, gelijkgestemde afspraken met derden, gezamenlijk werkgeverschap en/of kostenreductie dan zijn deze vormen ‘veel te zwaar’ en daar niet voor bedoeld. Tevens kunnen zij onnodige fiscale heffingen veroorzaken. Alleen als het samenwerkingsverband (ook) een zorgonderneming is, dus de zorgverleners hun praktijk geheel of gedeeltelijk voor gemeenschappelijke rekening en risico uitoefenen, komen naast de maatschap ook de besloten vennootschap en de coöperatie als optie naar voren”. De eventueel te kiezen rechtspersoon moet dus aansluiten bij de zwaarte van de samenwerking.

In de gezondheidszorg wordt het, door de ingezette overheidsmaatregelen en de daardoor steeds groter worden risicodragendheid van partijen, steeds noodzakelijker om te gaan samenwerken. Deze noodzaak komt voort uit de doelstellingen tot verbeteren van de efficiency en besparing van kosten. Hiervoor is een bepaalde schaalgrootte vereist. Voor de complexe zorg komt daar ook de noodzaak tot verhogen van het volume bij, zodat de doelstelling, het verbeteren van de kwaliteit van de zorg gehaald kan worden.

“Deze samenwerking vereist in veel gevallen het vastleggen van afspraken en een duidelijk aanspreekpunt dat bevoegd is namens de aangesloten zorgaanbieders op te treden. Het oprichten van een samenwerkingsvorm met rechtspersoonlijkheid is dan al gauw een voorwaarde” (Kuiper en van der Winden)⁵⁸. Hiermee wordt een helder en passend kader voor de samenwerking geschapen.

Samenwerken in de zorg en dan specifiek samenwerken t.b.v. de organisatie van instellingsoverstijgende complexe zorg is niet direct gericht op de creatie van winst, maar in eerste instantie gericht op het verbeteren van de kwaliteit van de zorg en het beheersen van kosten.

“Aandachtspunten bij de inhoud en vormgeving van structurele regionale samenwerking zijn governance en mededingingsrechtelijke aspecten”⁵⁹. De juridische structuur en de bestuurlijke verantwoordingen dienen goed te zijn onderzocht en vastgelegd.

Rechtsvormen

Stichting

“Een stichting kent geen leden, slechts oprichters, en is opgericht om met behulp van een bepaald vermogen een doel te realiseren. In de statuten staat vermeldt welk doel dat is. Een stichting mag wel winst maken, maar de uitkering van de gemaakte winst is aan beperkingen onderworpen. Zo moeten de uitkeringen een ideële of sociale strekking hebben. Om deze reden is de stichting, net als de vereniging, geen geëigende vorm om een onderneming te starten. Een stichting kan door één of meerdere (rechts)personen worden opgericht bij notariële akte of testament. De notariële akte bevat naast de oprichtingsverklaring ook de statuten. Een stichting wordt meestal gebruikt bij een ideëel of sociaal doel”. (Kamer van Koophandel, 2011). In de zorg is de Stichting vooralsnog de meest gebruikte rechtsvorm.

Voor de organisatie van instellingsoverstijgende complexe zorg is de stichting minder geschikt. Een stichting kent immers geen leden, waardoor de zeggenschap lastiger is te organiseren en waardoor het ingewikkeld is om verantwoording af te leggen over de kwaliteit van de zorg.

Besloten vennootschap (bv)

Bij de besloten vennootschap is het kapitaal in aandelen verdeeld. Een besloten vennootschap kan door één of meer personen worden opgericht. De aandelen zijn in handen van

⁵⁸ Kuiper WE, van der Winden CPh. In Handboek Coöperatie, paragraaf 5.11. p. 668. Via Internet, december 2011.

⁵⁹ Boekel De Nerée. Samenwerking in de zorg, februari 2012.

aandeelhouder(s)/eigenaar(en), waarbij de aandelen niet vrij verhandelbaar zijn. Eén of meerdere directeurs hebben de dagelijkse leiding en zijn in dienst van, en handelen namens de besloten vennootschap. Kenmerken van de besloten vennootschap zijn: een notariële oprichtingsakte, een minimumkapitaal eis van 18.000 euro, een verklaring van geen bezwaar bij oprichting van ministerie van Justitie, inschrijving in het handelsregister en het opstellen en openbaar maken van jaarstukken (Kamer van Koophandel, 2011). De BV met beperkte aansprakelijkheid komt vanwege het ondernemende karakter in de zorg steeds vaker voor.

Coöperatie

Een coöperatie is een bijzondere verenigingsvorm welke als doel heeft te voorzien in de gemeenschappelijke stoffelijke/materiële belangen voor haar leden. De coöperatie exploiteert daarvoor veelal een onderneming: de coöperatieve onderneming. Dit gebeurt door overeenkomsten af te sluiten met haar leden. De coöperatieve vereniging combineert daarmee de voordelen van zeggenschap van de leden met de voordelen van een vennootschap ten aanzien van contractuele verplichtingen en de mogelijkheid tot uitkeren van winst aan de leden. Een coöperatie dient opgericht te worden door minimaal twee leden. Bij de oprichting dient een akte opgemaakt te worden, de coöperatie moet ingeschreven worden in het handelsregister en is verplicht jaarstukken op te stellen. Deze jaarstukken moeten openbaar gemaakt worden bij de Kamer van Koophandel (Kamer van Koophandel, 2011).

Er bestaan drie soorten coöperaties:

1. Bedrijfscoöperaties, de leden oefenen een bedrijf uit en de coöperatie verzorgt bepaalde in- of verkoop activiteiten voor haar leden;
2. Consumentencoöperaties, de leden kopen de goederen die de coöperatie (grootschalig) heeft ingekocht;
3. Producten- en/of dienstencoöperaties, waarbij de leden tegelijkertijd werknemer van de coöperatie zijn.

De coöperatie wordt binnen de gezondheidszorg een steeds belangrijker rechtspersoon omdat het zorgaanbieders de mogelijkheid biedt om zelfstandig te blijven en tegelijkertijd slagvaardig en ondernemend samen te werken bij zaken waar schaalgrootte voordelen biedt en/of bijdraagt aan integrale zorg.

Binnen een coöperatie is gelijke zeggenschap van alle leden mogelijk, al dan niet met een centraal hiërarchisch machtscentrum (NAO). Deze bestuursvorm garandeert dat de coöperatie alleen die dingen doet waar de leden behoefte aan hebben. Gezamenlijk iets bereiken is het hoofddoel van de coöperatie. En winst oogmerk is toegestaan. Het voordeel komt ten goede aan de leden, zodat de investeringen kunnen worden terugverdiend. De coöperatie kent een vrije toe- en uittreding van leden (ziekenhuizen en/of medisch specialisten) zonder dat daar een notariële akte aan te pas komt. De Algemene Leden Vergadering (ALV) neemt de besluiten hierover. Vooral voor samenwerking voor bepaalde complexe zorg en ketenzorg biedt dit voordelen.

Bij een coöperatie liggen de activiteiten van de vereniging in het verlengde van de werkzaamheden van de leden/ partners. Bij de coöperatie is het een vrije keuze om leden meer of minder stemrecht te geven.

De ALV kan de keuze maken om een lid met meer/minder financiële inbreng meer/minder zeggenschap te geven. In deze rechtsvorm is het wettelijk verplicht dat het aantal leden in overwegende mate vertegenwoordigd dient te zijn ten opzichte van het aantal cliënten. Bij de oprichting van een B.V. geldt deze verplichting niet.

De governance van een coöperatieve vereniging is eenvoudig en helder. De ALV is het hoogste orgaan dat over alles beslist dat de vereniging aangaat. De ALV heeft dezelfde positie als de aandeelhoudersvergadering bij een vennootschap.

De directie van de coöperatie heeft zich naar de wensen van de ALV te richten. Indien gewenst kan een bestuur van de coöperatie namens de ALV de rol van Raad van Commissarissen vervullen en rechtstreeks toezicht houden op en advies geven aan de directie. De stemverhouding in de ALV regelt de invloed van de leden onderling op basis van vastgestelde criteria die het aantal stemmen bepalen. Ook moet van te voren duidelijk zijn volgens welke criteria en volgens welke procedure een organisatie lid kan worden. De ALV beslist over het lidmaatschap en er moet goed worden geregeld hoe het lidmaatschap wordt opgezegd en welke spelregels er dan gelden. De coöperatie is een rechtspersoon en dus zelf aansprakelijk voor haar doen en laten. De leden van de coöperatie zijn bij ontbinding ieder voor een gelijk deel aansprakelijk voor de tekorten van de coöperatie. In afwijking van deze wettelijke aansprakelijkheid (WA) kan in de statuten de aansprakelijkheid van de leden worden beperkt tot uitgesloten. De coöperatie met een beperkte aansprakelijkheid (BA) beperkt de aansprakelijkheid tot een bepaald maximum. Bij de coöperatie met uitgesloten aansprakelijkheid (UA) is er geen

verhaalsrecht op de leden. Ook kunnen de statuten de verdeling van de aansprakelijkheid over de leden anders regelen.

De governance structuur van de coöperatie voldoet aan de eisen van de Zorgbrede Governancecode en staat bepalingen in de nieuw aan te nemen Wet Cliëntenrechten zorg niet in de weg.

Joint Venture

Een van de meest verregaande vormen van alliantievorming is de joint venture. In een joint venture zetten twee of meer gevestigde organisaties een nieuwe organisatie op waarmee de gezamenlijk bepaalde doelstellingen behaald moeten worden. De joint venture is een nieuwe juridische entiteit en is in eigendom (aandelen of belang) van de partners die elk hun eigen identiteit behouden. De joint venture heeft een eigen management⁶⁰. Partnerbedrijven die de joint venture hebben opgericht moeten vertrouwen hebben in elkaars capaciteiten en hulpbronnen om de joint venture succesvol te maken (De Man, 2006). Een joint venture wordt meestal opgericht om technologische en leidinggevende kennis en competenties of lokale contacten te combineren en kan leiden tot een geheel nieuw product, een nieuwe afzetmarkt of specialisatie wat anders niet bereikt zou worden. Indien kennisvergaring het belangrijkste doel is dan is de joint venture een goede vorm van samenwerken. Immers alle partners hebben maar één doel, namelijk het zo snel mogelijk boeken van resultaat (Griffioen)⁶¹. Door de creatie van een nieuwe organisatie wordt direct gestart met kennisdeling. Hierbij moet het wel duidelijk zijn dat deze toevoegende waarde voor de partners alleen gerealiseerd kan worden door het opzetten van een aparte organisatie. De kosten en baten (niet alleen de financiële) van het opzetten van de joint venture dienen dan afgewogen te worden tegen de toevoegende waarde van het product.

Contractuele samenwerking

Een contractuele samenwerking is een vorm van samenwerken tussen twee of meerdere organisaties zonder dat een nieuwe organisatie wordt opgezet. De relatie wordt vastgelegd in een (vaak ingewikkeld) contract waarin afspraken worden gemaakt over de reden van samenwerken, de doelen, de besluitvormingsprocessen, de rollen en bijdragen van de partners en vooral de planning en controlafspraken. Een contractuele alliantie is flexibel en snel op te zetten. Hierdoor is deze vorm goed geschikt voor kortdurende samenwerkingen en projecten. Door de beperkte integratie in vgl. met een joint venture is het lastig om control te krijgen op de processen. Bij de contractuele alliantie is dit dan ook de belangrijkste managementtaak (De Man, 2006). Het nadeel van een contractuele samenwerking voor het NcC Holland is het feit dat met deze vorm geen eigen identiteit wordt gecreëerd. Het bewaken van de gelijkwaardigheid tussen partijen is met deze contractvorm een uitdaging.

Rechtsvorm Kenmerken⁶²

BV

- er is een winst oogmerk en deze winst kan vervolgens worden uitgekeerd aan de aandeelhouder(s);
- de zeggenschap over de BV ligt bij de aandeelhouders;
- de statuten van een BV regelen, onder meer, hoe de zeggenschap binnen de vennootschap wordt uitgevoerd.
- er wordt een aandeelhoudersovereenkomst opgesteld tussen de aandeelhouders;
- aandeelhouders kunnen toe- en uitreden tot de BV, maar aandelen zijn niet helemaal vrij overdraagbaar;
- de BV vormt een aparte rechtspersoon die de eigendom van de te exploiteren onderneming verkrijgt;
- het bestuur wordt benoemd door de aandeelhouders, waardoor zij invloed hebben op het beleid

Stichting

- de oprichters kunnen bij oprichting de verhoudingen zelfstandig vormgeven, zoals het goedkeuringsrecht bij een statutenwijziging en de bevoegdheid tot benoeming van bestuurders en leden van de raad van toezicht;
- de stichting is eenvoudig op te richten door een notariële akte en inschrijving in het handelsregister;
- de stichting kent geen winst oogmerk en haar vermogen is gebonden door haar doel;
- de stichting heeft geen leden of aandeelhouders, uiteindelijke (juridische) belanghebbende bij haar vermogen;
- toe- of uitreding is bij een stichting lastig te realiseren;
- de onderlinge verhoudingen tussen de joint venture partners in een stichting worden geregeld door een aparte overeenkomst (in lijn met het statutair doel) en via benoemingsrecht voor bestuur en/of raad van toezicht.

Coöperatie

- de regelgeving over de coöperatie is flexibeler dan voor de BV, de onderlinge verhoudingen en winstuitkering zijn aan weinig regels gebonden;
- aansprakelijkheid van de leden beperkt als coöperatie met uitgesloten aansprakelijkheid;
- het bestuur en de raad van toezicht worden door de leden benoemd;
- toe- en uitreding is met weinig regels omgeven – wat de continuïteit kan bedreigen;
- formaliteiten oprichting gering.

Contractueel

- Er hoeft geen nieuwe entiteit te worden opgericht;
- een gelijkwaardige en evenredige structurele samenwerking is moeilijk te bereiken.

⁶⁰ Duysters G. *Handboek strategische allianties*. www.duyster.com gedownload oktober 2011.

⁶¹ www.allianceexperts.com geraadpleegd: 30-12-2011

⁶² Boekel De Nerée. Samenwerking in de zorg, februari 2012.

Naast de keuze voor een rechtspersoon speelt bij samenwerking de WTZi en de Mededingingswet een cruciale en veelal doorslaggevende rol. Zoals eerder beschreven ontstaan in de zorg netwerken en samenwerkingsverbanden spontaan, veelal vanaf de werkvloer. Hierin schuilt een groot gevaar m.b.t. de concurrentie en verdeling van de markt.

Mededinging

Het ingezette concentratie en spreiding beleid door overheid en verzekeraars roept onherroepelijk vragen op rondom mededinging en marktmacht. Het slagen van instellingsoverstijgende samenwerking en het (regionaal) concentreren van medisch specialistische zorg is afhankelijk van de zienswijze en toetsingscriteria van de NMa en NZa.

Samenwerking in de gezondheidszorg is al sinds lang gemeengoed door de betrokkenheid van veel verschillende zorgaanbieders bij de behandeling van patiënten. De ingezette concentratie van vooral complexe zorg heeft verdergaande horizontale samenwerking tot gevolg waarbij deze, vooral door het verhogen van het volume, taakspecialisatie en differentiatie, moet leiden tot een verdere verbetering van de kwaliteit en een beheersing van de kosten. Het laten aansluiten van zorg en behandel trajecten door onderlinge afstemming wordt hierdoor nog meer noodzakelijk. In de visie van de RVZ zoals beschreven in de diverse rapporten over Medisch Specialistische zorg 2020 en de landelijke consensus over concentratie van complexe zorg worden de volgende adviezen gegeven m.b.t. mededinging en handhaving:

- De RVZ stelt dat “de praktijk van het mededingingsrecht op korte termijn in lijn gebracht moet worden met de nieuwe werkelijkheid van de medisch specialistische zorg op weg naar 2020. Dit is nu nog niet het geval. De NMa zal, samen met de NZa en IGZ, in dialoog met de zorgsector een nieuw toezichtskader moeten ontwikkelen. Strikt genomen kan dit pas effectief worden als er publieke normen voor de kwaliteit beschikbaar zijn die, in de geest van het advies van de RVZ, ook betrekking hebben op netwerkvorming, communicatie, eHealth en samenwerking van professionals”.
- De wijze waarop de NMa geografische zorgmarkten afbakt is omstreden. Dit vormt ook een probleem voor de NZa die de vaststelling van aanmerkelijke marktmacht moet baseren op grond van beginselen van het algemeen mededingingsrecht afgebakende markt.
- De RVZ adviseert een samenwerkingseffectrapportage in te stellen waarmee zorgaanbieders die samenwerkingsafspraken willen maken aan de hand van de gestelde voorwaarden voor vrijstelling van het kartelverbod onderbouwd aan kunnen geven welke effecten deze afspraken zullen hebben op de publieke belangen. Hiermee wordt een einde gemaakt aan de onzekerheid over de vraag of, en zo ja onder welke omstandigheden, ziekenhuizen afspraken met elkaar mogen maken over specialisatie en concentratie van zorg. Deze rapportage wordt vervolgens door de NZa beoordeeld. Tussen de NZa en NMa zal dan moeten worden vastgelegd dat bij toetsing achteraf van het kartelverbod door de NMa, het oordeel van de NZa in beginsel wordt gevolgd.

Concentratie

Men spreekt over concentratie van zorg als niet meer alle ziekenhuizen elke vorm van zorg aanbieden, maar ziekenhuizen zich gaan specialiseren in datgene waar zij goed in zijn. De gedachte achter concentratie van zorg is dat niet alle dure zorgfaciliteiten op elke zorglocatie aanwezig hoeven te zijn. Bovendien gaan door specialisatie de volumes per ziekenhuis omhoog en kunnen medisch specialisten zich verder specialiseren. Ziekenhuizen bouwen zo voldoende expertise op om de behandelingen die zij wel uitvoeren heel goed te doen. Met een hogere kwaliteit als gevolg (Plexus)⁶³ en waarschijnlijk voor lagere kosten door minder complicaties en intensiever gebruik van dure technologieën. Concentratie van zorg is echter wel direct verbonden met spreiding van zorg. In dit kader moet spreiding van zorg geduid worden aan de hand van de grondrechten in Nederland. Volgens artikel 22 lid 2 in de Grondwet treft de overheid maatregelen ter bevordering van de volksgezondheid. Vrij vertaald betekent dit dat elke Nederlander recht heeft op goede gezondheidszorg. Het is de taak van de overheid om ervoor te zorgen dat door spreiding van de geconcentreerde zorg over Nederland, deze voor elke burger beschikbaar en toegankelijk is. De overheid heeft hiervoor twee wetten beschikbaar, de Mededingingswet (Mw) waarin de concurrentieregels staan geformuleerd en de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg), waarin het sectorspecifieke markttoezicht (NZa) gereguleerd wordt en als aanvulling geldt op de Mw. De economische machtspositie zoals gedefinieerd in de Mw wordt in de Wmg beschouwd als aanmerkelijke marktmacht (AMM)⁶⁴. De NMa toetst achteraf (beschermen) en is bevoegd tot het uitdelen van boetes en de NZa toetst vooraf (voorkomen), is bevoegd tot het opleggen

⁶³ Plexus. Concentratie van zorg. Op weg naar beterland. 2011.

⁶⁴ AMM : Aanmerkelijke marktmacht. Aanmerkelijke marktmacht betekent dat een zorgaanbieder of ziektekostenverzekeraar zoveel macht heeft in de zorgmarkt, dat hij zich onafhankelijk van concurrenten of de wens van consumenten kan gedragen. Dat kan de ontwikkeling van concurrentie en de werking van de vrije markt beperken en is daarom onwenselijk (www.nza.nl).

van verplichtingen en wordt in die zin beschouwd als marktmeester. Bij samenloop van het algemene (Mw) en het sectorspecifieke (Wmg) toezicht regelt art. 18 van de Wmg voorrang voor het AMM instrument. Het samenwerkingsprotocol NMa- NZa regelt de samenwerking.

De NMa heeft vastgesteld dat met de invoering van de marktwerking ook zorgaanbieders en zorgverzekeraars onder de definitie van ondernemingen, zoals gesteld in de Mw, vallen. De Mw is dan ook van toepassing op concurrentie in de gezondheidszorg en heeft dus consequenties voor interinstitutionele samenwerking voor complexe zorg

Mededingingswet (Mw)

De Mw (1998) bewaakt de concurrentie voor bedrijven (ondernemingen). Mededinging wil zeggen dat er concurrentie bestaat, dat alle bedrijven die dat willen hun producten of diensten kunnen aanbieden. Ze mogen daarbij niet worden gehinderd. De bedrijven strijden om de kans om hun producten of diensten te verkopen. Dat doen ze in concurrentie met elkaar. Om die concurrentie te bewaken, is in 1998 de Mededingingswet ingevoerd. De NMa ziet erop toe dat bedrijven zich aan die wet houden.

Kartels

Als een bedrijf met andere bedrijven afspraken maakt over prijzen of over een gebied waar goederen of diensten worden geleverd, wordt gesproken over een kartel. Een kartel is nadelig voor de consument, omdat de prijs erdoor omhoog gaat of omdat de consument minder keuzevrijheid heeft. Een kartel verhindert concurrentie. Daarom is een kartel verboden. Bedrijven mogen wel met elkaar samenwerken. Als maximaal acht bedrijven samenwerken en voor goederen in totaal € 5,5 miljoen of voor diensten EUR 1,1 miljoen omzetten, is samenwerken toegestaan. Ook als het gezamenlijke marktaandeel minder dan 10% is en de afspraak geen ongunstig effect heeft op de handel tussen de lidstaten van de EU, mogen bedrijven samenwerken.

Economische machtsposities

Is een bedrijf zo groot dat andere bedrijven amper meer kans maken om hun producten of diensten nog te verkopen? Of is het marktaandeel zo groot dat het voor het betreffende bedrijf niet uitmaakt wat andere bedrijven doen? Dan kan het zijn dat dit bedrijf een economische machtspositie heeft. Die positie kan een bedrijf al hebben bij een marktaandeel van 40%. Misbruik van die positie ligt dan op de loer. Het zou de prijzen onredelijk kunnen verhogen, of de prijzen juist verlagen om andere aanbieders uit de markt te werken. Dat is duidelijk misbruik maken van de economische machtspositie. En dat is verboden.

Concentraties: fusies en overnames

Als bedrijven samengaan (fusie) of het ene bedrijf het andere overneemt, wordt het nieuwe bedrijf groter en sterker in de markt. Dat kan concurrentie in de weg staan. Daarom zijn er voorwaarden verbonden aan fusies en overnames. Boven een bepaalde omzet moet de concentratie vooraf bij de NMa worden aangemeld. De omzet van de gezamenlijke bedrijven mag de EUR 113.450.000 niet overschrijden. Daarbij geldt dat minstens twee van de ondernemingen in Nederland EUR 30.000.000 hebben omgezet. Als de bedrijven gezamenlijk in het jaar voor de fusie of overname die omzet niet hebben gehaald, hoeft de fusie of overname niet bij de NMa te worden gemeld (www.NMa.nl).

Omzetdrempels in de zorg:

"Een concentratie is echter niet meldingsplichtig indien bepaalde drempelomzetten niet worden gehaald. Deze drempels zijn met ingang van 1 januari 2008 (tijdelijk) verlaagd voor concentraties in de zorg. Een concentratie tussen zorgaanbieders is meldingsplichtig indien de gezamenlijke omzet van de betrokken ondernemingen meer bedraagt dan € 55 miljoen en ten minste twee ondernemingen in Nederland een omzet van € 10 miljoen genereren, mits ten minste twee van die betrokken ondernemen een omzet van meer dan € 5,5 miljoen hebben behaald met het verlenen van zorg in het afgelopen kalenderjaar" (Boekel De Nerée, 2012).

De belangrijkste artikelen van de Mededingingswet beschrijven het verbod op kartels, het verbod op het misbruik van economische machtsposities en de grenzen aan concentraties (zie kader).

De Mededingingswet spreekt over concentratie van zorg⁶⁵ als het gaat om de volgende omstandigheden:

- een fusie van twee of meer voorheen van elkaar onafhankelijke ondernemingen;
- als één of meer natuurlijke of rechtspersonen, die reeds zeggenschap hebben over ten minste één onderneming, (in)direct zeggenschap verkrijgen over één of meer andere ondernemingen, bijvoorbeeld door middel van een personele unie of door middel van participatie in het kapitaal of van vermogensbestanddelen;
- een gemeenschappelijke onderneming tot stand wordt gebracht, die duurzaam alle functies van een zelfstandige economische eenheid vervult. Hiervan is bijvoorbeeld sprake indien twee ziekenhuizen gezamenlijk een joint venture oprichten, waarin zij een rugpijnpoli exploiteren.

⁶⁵ Dit begrip wijkt af van de term concentratie van complexe zorg. Bij dit laatste gaat het om het samenvoegen van zorgaanbod dat tevoren door meerdere verschillende zorgaanbieders werd geleverd. Dit hoeft niet gepaard te gaan met een juridische samensmelting van voorheen zelfstandige ondernemingen of de oprichting van een nieuwe rechtspersoon. Het gaat hierbij om de verdeling van functies, d.w.z. onderdelen van de totale bedrijfsvoering (de Lint, RVZ, 2011)⁶⁵.

Kortom: als twee of meer voorheen zelfstandige ondernemingen gezamenlijk een nieuwe juridische entiteit - en dus contractpartij vormen.

Binnen de ziekenhuiszorg zijn diverse mogelijkheden voor samenwerking. Samenwerking in de inkoopende activiteiten leidt zelden tot mededingingsrechtelijke problemen omdat deze veelal plaatsvindt in de ondersteunende processen om bv. de kosten te verlagen en niet om marktmacht (kartel) te vergroten. Samenwerking op het gebied van ICT leidt veelal ook niet tot concurrentieproblemen tenzij de informatie-uitwisseling het primaire proces raakt. Onderlinge uitwisseling van (patiënten) informatie kan dan leiden tot beïnvloeding van de kernactiviteiten van een ziekenhuis en tot veranderingen in de concurrentie verhoudingen. Indien partijen willen gaan samenwerken is het dus van belang om de afspraken te onderzoeken op mogelijke concurrentiebeperkende activiteiten (de Lint, RVZ, 2011). Multidisciplinaire, geïntegreerde zorg wordt veelal geleverd in een zorgketen waarbij vaak ook instellingsoverstijgende zorg wordt geboden met als uitkomst verbetering van de kwaliteit van de zorg. Om de samenhang in de keten te borgen, de koppelingen van activiteiten te borgen en ervoor te zorgen dat er verrichtingen of onderzoeken niet dubbel (of helemaal niet) worden uitgevoerd maken de zorgaanbieders in de keten afspraken met elkaar⁶⁶. De betrokken partijen zullen veelal zelfstandig blijven maar zullen d.m.v. samenwerkingsovereenkomsten aan elkaar worden verbonden. Dit kan leiden tot kartelvorming en is derhalve achteraf toetsbaar o.b.v. de Mw. Meestal leidt deze ketenzorg niet tot kartelvorming mits andere zorgaanbieders niet worden uitgesloten door bv. exclusiviteitsafspraken. Algemeen kan worden gesteld dat samenwerking in ketenzorgverbanden die bijdragen aan de kwaliteit, betaalbaarheid en bereikbaarheid van de zorg niet snel onder het mededingingsrecht zullen vallen. Partijen dienen wel de efficiëntievoordelen in termen van kwaliteit en kosten zoveel mogelijk op voorhand te kwantificeren.

Samenwerking binnen een maatschap of coöperatie valt onder de Mw indien elke afzonderlijk lid z'n eigen commerciële beleid kan bepalen. Indien de maatschap of de coöperatie het commerciële beleid bepaalt dan is er sprake van één onderneming en vallen de onderlinge afspraken niet onder de Mw. Er is ook sprake van één onderneming indien de winsten en verliezen intern verrekend worden, er gezamenlijke aansprakelijkheid geldt en er naar buiten toe als één organisatie gepresenteerd wordt⁶⁷.

De interinstitutionele samenwerking op het gebied van complexe neurochirurgische zorg valt in het kader van de Mw mogelijk te beschouwen als specialisatieafspraken tussen ziekenhuizen. De doelstellingen van deze samenwerking liggen op het verder verbeteren van de professionele kwaliteit van de zorg en het beheersen van kosten voor stakeholders door het verhogen van het volume. En moet leiden tot een verbetering van de klantwaarde en innovatieve slagkracht.

De samenwerking ter verhoging van het volume zal, net zoals bij ketenzorg het geval is, niet zo snel een mededingingsrechtelijk probleem opleveren mits geen uitsluiting van partijen plaats vindt en de patiënt vrijheid van keuze houdt binnen redelijke normen, w.o. reisafstand.

Henk Don, (RvB NMa) stelt dat "concurrentiebeperkende afspraken in de visie van de NMa zijn toegestaan zolang ze meer voor- dan nadelen opleveren en ze de concurrentie niet volledig uitsluiten. Dergelijke voordelen zijn 'evident' als de ziekenhuizen in het kader van bijvoorbeeld volumenormen tot concentratieafspraken komen. "Het is zelfs zo dat ziekenhuizen onderling concurrentiebeperkende afspraken mogen maken zolang dergelijke afspraken aantoonbare kwaliteit of efficiënte voordelen opleveren, de samenwerking noodzakelijk is om de beoogde doelen te realiseren en er voldoende alternatieve bereisbare andere ziekenhuizen overblijven. De norm van 30 minuten is daarbij alleen nodig om te kunnen bepalen of er voldoende alternatieven bereikbaar blijven. De NMa zal dit van geval tot geval beoordelen" (Skipr, 12-7-2011).

De Markt

Wanneer ziekenhuizen onderling afspreken wie zich specialiseert in wat, het zgn. kwartetten, leidt dat tot mededingingsrechtelijke aandacht aangezien het dan gaat om het verdelen van de markt waardoor het aantal aanbieders af zal nemen wat leidt tot minder keuzemogelijkheden voor de patiënt.

Productmarkt

"Op dit moment gaat de NMa uit van een relevante productmarkt voor algemene ziekenhuiszorg en topzorg. Binnen de markt voor algemene ziekenhuiszorg wordt een onderscheid gemaakt naar i)

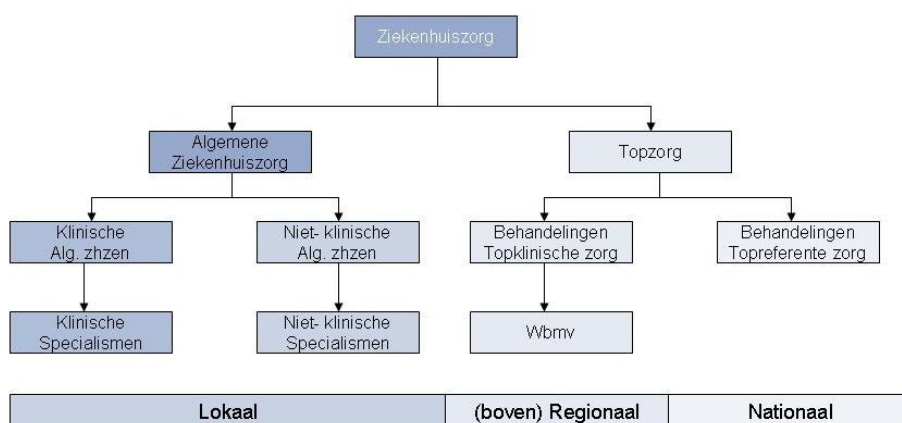
⁶⁶ Het wetsvoorstel Cliëntenrechten zorg (Wcz) kent zelfs een afdwingbaar recht op afstemming tussen zorgaanbieders.

⁶⁷ NMa. Samenwerken en concurreren in de zorgsector. Kansen/ mogelijkheden/ Grenzen. www.nma.nl.2010.

klinische algemene ziekenhuiszorg en ii) niet-klinische algemene ziekenhuiszorg. Mogelijk is sprake van aparte productmarkten per specialisme, maar daarover heeft de NMa zich nog niet definitief uitgelaten. Binnen de markt voor topzorg gaat de NMa uit van aparte productmarkten voor behandelingen die als topklinische en topreferente ziekenhuiszorg worden geclassificeerd. Behandelingen waarvoor een vergunning is vereist op basis van de Wet op bijzondere medische verrichtingen (Wbmv) worden als afzonderlijke productmarkt binnen de topklinische ziekenhuiszorg aangemerkt⁶⁸.

Geografische markt

“De NMa bakent de relevante geografische markt voor (klinische en niet-klinische) algemene ziekenhuiszorg af op basis van i) onderzoek naar patiëntenstromen, ii) een reistijdenanalyse en iii) kwalitatief onderzoek naar marktpartijen. Met betrekking tot topklinische zorg acht de NMa het aannemelijk dat de geografische markt bovenregionaal is⁶⁹ (tabel 8).



Tabel 8: Geografische markt (Bron: Boekel De Nerée, 2012)

Gevolgen concentratie

“Op basis van de vastgestelde product- en geografische markt bekijkt de NMa wat de gevolgen van de concentratie zijn op de markt. Voor het beoordelen van de gevolgen van de concentratie kijkt de NMa zowel naar de horizontale overlap op het gebied van klinische en niet-klinische algemene ziekenhuiszorg als naar de verticale relatie tussen algemene ziekenhuiszorg en topklinische ziekenhuiszorg (als gevolg van doorverwijspatronen) en de verticale relatie tussen algemene ziekenhuiszorg en intra- en extramurale verpleging en verzorging. Met betrekking tot de horizontale overlap bepaalt de NMa het gezamenlijk marktaandeel van partijen op de markt voor klinische en niet-klinische algemene ziekenhuiszorg. Indien het gezamenlijk marktaandeel groter is dan 50% dan acht de NMa het aannemelijk dat als gevolg van de concentratie de mededinging op de markt significant zou kunnen worden belemmerd. Voorts onderzoekt de NMa of er omstandigheden zijn die het gezamenlijk marktaandeel kunnen relativeren dan wel versterken. Daarbij kijkt de NMa naar i) de concurrentiedruk van privéklinieken en ZBC's, ii) de toetredingsmogelijkheden en iii) de compenserende afnemersmacht van de zorgverzekeraars”(Boekel De Nerée, 2012).

Specialisatieafspraken

Artikel 6.3 van de Mw geeft een aantal voorwaarden waaraan moet worden voldaan om specialisatieafspraken uit te zonderen van het kartelverbod.

- De specialisatieafpraak moet leiden tot economische voordelen. Is er sprake van verbetering van de kwaliteit (minder complicaties, kortere wachlijsten, betere behandelingen) en/of leidt de afspraak tot kostenvoordelen (schaalvoordelen, betere capaciteitsbenutting, lagere kosten of meer behandelingen voor zelfde kosten). Deze betere prijs-kwaliteitverhouding moet worden geëxpliciteerd.
- De specialisatieafpraak moet noodzakelijk en proportioneel zijn. Er zal aangetoond moeten worden dat er op geen andere wijze economische voordelen te behalen zijn.
- De voordelen die voortvloeien uit de specialisatieafspraken dienen voor een redelijk deel ten goede te komen aan de patiënt/ verzekerde/ verzekeraar.

⁶⁸ Boekel De Nerée. Samenwerking in de zorg, februari 2012.pag.17.

⁶⁹ Boekel De Nerée. Samenwerking in de zorg, februari 2012.pag.17.

- Er moet voldoende concurrentie overblijven waardoor de samenwerkende ziekenhuizen zich niet onafhankelijk van verzekeraars en patiënten kunnen gedragen. Hierbij is de (huidige en toekomstige) reisbereidheid van de patiënt van belang.

Bagatelbepaling

Het kartelverbod is niet van toepassing op overeenkomsten tussen een beperkt aantal ondernemingen met een geringe omzet, de zogeheten bagatelbepaling. Artikel 7, lid 1, Mw, regelt dat het kartelverbod niet van toepassing is op overeenkomsten waarbij niet meer dan acht ondernemingen (lees individuele aanbieders) betrokken zijn en de totale gezamenlijke omzet niet hoger is dan EUR 1.100.000 (in geval van diensten).

Indien deze grenzen worden overschreden, kunnen overeenkomsten tussen ondernemingen die daadwerkelijke of potentiële concurrenten zijn nog steeds uitgezonderd zijn van het kartelverbod. Daartoe moet voldaan worden aan de tweede bagatelbepaling, zoals neergelegd in lid 2 van artikel 7 Mw, namelijk dat het gezamenlijke marktaandeel van de betrokken ondernemingen op de relevante markt niet groter is dan 5% en de totale gezamenlijke omzet voor de betrokken diensten niet hoger is dan EUR 40.000.000.

Om te kunnen beoordelen of aan het marktaandeelcriterium wordt voldaan, dient eerst te worden bepaald wat de relevante markt is en vervolgens wat het aandeel van de betrokken onderneming(en) is op die markt. Wanneer een overeenkomst is uitgezonderd van het kartelverbod op grond van het lid 1 van artikel 7 Mw, is een toets aan artikel 7, lid 2, Mw niet meer nodig (Richtsnoeren Zorggroepen, NMa, 2010).

De reden van de vrijstelling van deze overeenkomsten van het kartelverbod is dat deze overeenkomsten weliswaar nadelen hebben voor de afnemers, maar dat het effect hiervan zo gering wordt verondersteld, dat zij op voorhand van de werking van het verbod zijn uitgezonderd.

Richtsnoeren voor de zorgsector

Speciaal voor de zorgsector heeft de NMa richtsnoeren⁷⁰ ontwikkeld die handvatten moeten bieden voor het toepassen van de mededingingswetgeving op verschillende soorten overeenkomsten en gedragingen in de zorgsector. Het betreft het beoordelingskader van de NMa en uitvoeringsregels die het toezicht van de NMa ten aanzien van de zorgsector beschrijven. De richtsnoeren gaan in op misbruik van economische machtsposities waarbij factoren die van belang zijn voor het bepalen van een daadwerkelijke economische machtspositie aan bod komen zoals uitbuiting en uitsluiting. Er wordt dieper ingegaan op concentratiecontrole zoals voor kan komen bij fusies, overnames en bepaalde soorten van joint ventures. De financiële drempels t.b.v. meldingsplicht voor toezicht van concentratie komen aan bod waarbij voor de zorgsector specifieke financiële drempels zijn vastgesteld. Het kartelverbod en de wijze van beoordeling worden besproken en er wordt ingegaan op de drempel voor toepassing van het kartelverbod, de zgn. bagatelbepaling en de uitzonderingen op het kartelverbod waardoor bepaalde afspraken tussen zorgaanbieders alsnog zijn toegestaan. Het belangrijkste onderwerp in de richtsnoeren betreft de verschillende samenwerkingsvormen die voorkomen in de zorgsector waarbij onderscheid gemaakt wordt tussen afspraken binnen één onderneming, afspraken tussen concurrenten (horizontale overeenkomsten) en afspraken tussen niet- concurrenten (verticale overeenkomsten en ketenzorg).

Voor de samenwerking t.b.v. medisch specialistische zorg zijn het kartelverbod, specialisatieafspraken en de daaraan gerelateerde groepsvrijstelling, de bagatelbepaling en de aanmerkelijke marktmacht (concentratiemacht) van belang.

Wetgeving van belang voor medisch specialistische zorg

De gezondheidszorg kent wet- en regelgeving waarin de besturing en verantwoording van zorginstellingen door de overheid geregeld is. De belangrijkste wetten in dit kader zijn de WTZi (Wet Toelating Zorginstellingen, 2006), de KWZ (Kwaliteitswet zorginstellingen, 1996), de Wgbo (Wet op de geneeskundige behandelovereenkomst, 1995), de WKZ (Wet Klachtrecht cliënten zorgsector, 1995), de Wet BIG (Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg, 1993) en de Wmg (Wet marktordening gezondheidszorg (2006). Gezamenlijk moet deze wetgeving de verantwoording, kwaliteit en de veiligheid van de Nederlandse gezondheidszorg borgen en de rechten van patiënten (cliënten) veiligstellen.

⁷⁰ NMa. Richtsnoeren voor de Zorgsector. www.nma.nl. 2010.

WTZi

De WTZi, bepaalt dat alle instellingen die zorg verlenen waarop aanspraak bestaat ingevolge de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) of de Zorgverzekeringswet (Zvw), moeten beschikken over een toelating (WTZi, 2005). Tevens regelt de wet wanneer winst mag worden uitgekeerd. Intramurale instellingen mogen (vooralsnog) geen winst uitkeren. Ook regelt deze wet de regels voor goed bestuur. De wetgever stelt sinds 2006 een dualistische structuur verplicht waarbij een (raad van) bestuur verantwoordelijk is voor de dagelijkse leiding met een toezichthoudend orgaan dat eventueel met de algemene leiding kan worden belast. De raad van toezicht heeft tot taak om toezicht te houden op het bestuur en de algemene gang van zaken in de zorgorganisatie en geeft advies aan de raad van bestuur. Expliciet bewaakt de raad van toezicht de kwaliteit en de veiligheid van de zorg. Aan de positie van belanghebbenden wordt in de WTZi weinig aandacht besteed anders dan dat een enquêterecht voor een cliëntenvertegenwoordiging als eis wordt gesteld. De regeling jaarverslaglegging van de WTZi (transparantie-eisen) regelt de verantwoording aan betrokken stakeholders.

“Het is niet in alle gevallen nodig dat een entiteit waarin twee moedermaatschappijen zorg onderbrengen, een eigen WTZi-toelating aanvragen. Er kan contractueel vastgelegd worden dat de zorg die de nieuwe entiteit biedt in opdracht van de moedermaatschappij(en) wordt verleend.

Of een rechtspersoon waarover gedeelde zeggenschap bestaat een eigen WTZi-toelating zal aanvragen of niet, beïnvloed ook de mededingingsrechtelijke beoordeling (zie hierna). In de zorg geldt dat indien de joint venture geen eigen WTZi-toelating heeft, maar de zorg verleent in opdracht van de moedermaatschappijen, er geen sprake zal zijn van een voldoende zelfstandige joint venture die voorafgaand aan de oprichting bij de NMa moet worden gemeld.”⁷¹

KWZ

De kwaliteit van de zorg en de bestuurlijke verantwoordelijkheid daarvoor wordt geregeld in de KWZ. De wet verplicht zorginstellingen, omschreven als “het organisatorisch verband”⁷² dat strekt tot de verlening van zorg” om verantwoorde zorg te bieden en zelf de kwaliteit van de zorg systematisch te bewaken, te beheersen en te verbeteren. De nadruk van de KWZ ligt op de organisatie van de zorgverlening en het ontwikkelen van het kwaliteitssysteem. De wet is gericht op de instelling en niet op de professionals. De KWZ legt de eindverantwoordelijkheid voor de kwaliteit van de zorg bij de Raad van Bestuur.

BIG

De Wet BIG regelt middels een verplichte registratie voor apothekers, artsen, fysiotherapeuten, gezondheidszorgpsychologen, psychotherapeuten, tandartsen, verloskundigen en verpleegkundigen in het zgn. openbare BIG- register de bevordering van de kwaliteit van de zorg. De wet is ook bedoeld om, middels het Tuchtrecht, patiënten of cliënten te beschermen tegen ondeskundig of onzorgvuldig handelen van individuele zorgverleners. Alleen zorgverleners die in het register staan mogen een beschermde titel voeren zoals die in de wet staat genoemd en de daaraan gekoppelde zorg verlenen. De inspectie houdt toezicht op de opleidingsverplichting die medische beroepsbeoefenaren hebben om hun vakken op peil te houden. Daarnaast controleert de inspectie de naleving van artikel 40 uit de Wet BIG. Daarin staat onder andere staat dat een individuele medische beroepsbeoefenaar verantwoorde zorg moet leveren en aan kwaliteitsbewaking moet doen (www.igz.nl).

Wgbo

De wet op de Geneeskundige Behandeloovereenkomst (Wgbo) werd in 1995 ingevoerd om de positie van de patiënt te versterken. Deze wet regelt dat de patiënt goede en volledige informatie van de arts ontvangt en dat hij inzage in zijn eigen medisch dossier kan verkrijgen. Ook regelt deze wet dat de behandelend arts toestemming moet verkrijgen alvorens tot behandeling over te gaan. De patiënt heeft de plicht om de arts van volledige informatie te voorzien en zoveel mogelijk mee te werken aan onderzoek en behandeling door de adviezen op te volgen die de arts geeft. De Wgbo verplicht de arts bij zijn werkzaamheden de zorg van een goed hulpverlener in acht te nemen en daarbij te handelen in overeenstemming met de op hem rustende verantwoordelijkheid, voortvloeiende uit de geldende professionele standaard. Artikel 462 van de Wgbo regelt dat indien ter uitvoering van een behandelingsovereenkomst verrichtingen plaatsvinden in een ziekenhuis dat bij die overeenkomst geen partij is, het ziekenhuis voor een tekortkoming daarbij mede aansprakelijk is, als ware het zelf bij de overeenkomst partij. Dit artikel is vooral van belang indien het voor de patiënt niet duidelijk is met wie hij een behandelovereenkomst heeft. Dit geldt vooral bij instellingoverstijgende zorg of indien medisch

⁷¹ Boekel De Nerée. Samenwerking in de zorg, februari 2012.pag.10.

⁷² Niet als instelling wordt beschouwd het organisatorisch verband waarbinnen in het kader van de binnen een ander organisatorisch verband verleende zorg, een deel van die zorg wordt verleend (KWZ).

specialisten in meerdere instellingen werkzaam zijn. Met dit artikel heeft de patiënt een centraal adres waar hij eventuele genoten schade kan verhalen (Koorevaar, Zijp- Noij, 2011)⁷³.

WKCZ

De WKCZ kent een tweeledig doel: “enerzijds het bieden van een laagdrempelige klachtmogelijkheid, anderzijds de mogelijkheid voor de zorgaanbieders om te leren van klachten en daarmee de kwaliteit van de zorgverlening te verbeteren. De wet verplicht elke zorgaanbieder een klachtenregeling op te stellen. De klachtenregeling moet erin voorzien dat de klachten van cliënten worden behandeld door een klachtencommissie. De zorgaanbieder is verplicht patiënten en cliënten op de hoogte te stellen van deze regeling. De patiënt of cliënt kan zelf een klacht indienen of iemand machtigen om dit namens hem te doen. Ook nabestaanden kunnen een klacht indienen” (www.igz.nl).

Wmg

De Wmg regelt de ontwikkeling, ordening en het toezicht op de markten voor gezondheidszorg, bevat regels voor een doelmatig en doeltreffend stelsel van zorg en helpt de ontwikkeling van de kosten van de zorg in de greep te houden. Ook stelt de Wmg regels voor de bescherming en bevordering van de positie van patiënten en verzekerden. Zorgaanbieders en ziektekostenverzekeraars moeten informatie geven over wat zij te bieden hebben. Zorgaanbieders moeten patiënten goed informeren over de prijs, de kwaliteit en andere eigenschappen van aangeboden zorg. Ziektekostenverzekeraars moeten op een begrijpelijke manier aangeven wat er in de basisverzekering zit en wat de premie is. Dat geldt ook voor de aanvullende verzekering. Zo kan de consument bewust kiezen voor een bepaalde behandeling, een bepaald ziekenhuis of een bepaalde verzekering. De Wmg bepaalt hoe de tarieven in de zorg tot stand komen en maakt het mogelijk om in de gaten te houden of de zorgmarkten (zorgverzekering, zorginkoop én zorgverlening) goed werken en om in te grijpen als dat niet zo is.

Deze wet bepaalt de instelling van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) als zelfstandig bestuursorgaan, dat toezicht houdt op de markten voor zorg, wat haar taken en bevoegdheden zijn en dat deze, bij alles wat zij doet, het belang van de consument voorop moet stellen (www.Rijksoverheid.nl/ www.NZa.nl).

Wcz

De minister van VWS wil de rechtspositie van cliënten in de zorg versterken en de patiënt centraal stellen en heeft daarvoor in juni 2010 het wetsvoorstel cliëntenrechten zorg (Wcz) bij de Tweede Kamer ingediend. Met de Wcz worden een aantal wetten samengevoegd zoals de Wgbo⁷⁴, WKZ, WKCZ en een aantal onderdelen uit de Wet BIG. Met deze wet gelden de rechten voortaan niet alleen bij de geneeskundige behandeling, maar in alle relaties tussen cliënten en zorgaanbieders en is in die zin breder dan de relatie die in de Wgbo wordt geregeld. De Wcz regelt niet alleen de rechten en plichten van de cliënt, maar ook de verantwoordelijkheden van zorgaanbieders voor de kwaliteit van de zorg in de gehele zorgketen. Er wordt expliciet in geregeld dat de cliënt (een afdwingbaar) recht heeft op afstemming tussen zorgverleners. De wet regelt verder de rechtspositie van de cliënt in samenhang met voorschriften voor het functioneren van zorgaanbieders. Onder zorgaanbieders vallen alle rechts- of natuurlijke personen die zorg leveren of doen leveren. De publiekssamenvatting van de KNMG⁷⁵ geeft aan dat de wet uit gaat van goede zorg (Recht op goede zorg), waarbij deze is gedefinieerd als zorg van een goed niveau, die in ieder geval tijdig, veilig, doelmatig, doeltreffend en cliëntgericht is en moet voldoen aan professionele standaarden en richtlijnen. Goede zorg vergt een aaneensluitende keten van vroegtijdige onderkenning, zelfmanagement en passende zorg o.b.v. onderlinge afstemming en coördinatie door zorgaanbieders. Zowel binnen als buiten de organisatie. Het recht op keuze informatie wordt geregeld middels transparantie plicht over prestaties, tarieven en patiëntervaringen. De Raad van Bestuur is in deze wet expliciet verantwoordelijkheid voor de kwaliteit en de veiligheid van de zorg (art. 2) (Recht op goed bestuur en toezicht). Hij sluit hiervoor overeenkomsten met alle partijen die voor hem zorg verlenen aan de cliënt. In deze overeenkomst wordt vastgelegd dat de betreffende zorgverlener (personen of organisaties) de wettelijke verplichtingen opvolgen en zich laten leiden door de regels die de zorgaanbieder heeft vastgesteld. Een kwaliteitssysteem bewaakt, beheerst en verbetert de kwaliteit van de zorg. De positie van het toezicht houdende orgaan is in deze wet beter verankerd. Deze krijgt meer en betere bevoegdheden om de bestuurder te controleren. Ook is de maatschappelijke verantwoordelijkheid beter geborgd. Middels de Wcz wordt de zorgaanbieder gehouden aan zijn maatschappelijke verantwoordelijkheid en dient hij transparant te zijn over wat hij doet. De zorgaanbieder moet verantwoording afleggen over zijn maatschappelijke rol en de besteding van gemeenschapsgeld.

⁷³ Korevaar, Y.R en Zijp- Noij, J.A.P. 2011. Bestuurlijke verantwoordelijkheid voor de kwaliteit van zorg. MBA-H Thesis.

⁷⁴ In juli 2011 heeft de Minister van VWS in een nota van wijziging aangegeven dat zij de WGBO wil laten bestaan naast de vrijwel gelijklopende bepalingen van de Wcz.

⁷⁵ www.KNMG.nl

“Dit wetsvoorstel wil bijdragen aan een omslag in het denken over de regie en de sturing van de zorg: zorgaanbieders, zorgverzekeraars en beleidsmakers moeten vanuit het perspectief van de cliënt de zorg inrichten en vormgeven”(www.Rijksoverheid.nl).

Handreiking verantwoordelijkheidsverdeling bij samenwerking in de zorg

Op verzoek van de IGZ heeft de KNMG een Handreiking ontwikkeld waarin de verantwoordelijkheidsverdeling bij samenwerking in de zorg aan de hand van aandachtspunten worden geëxpliciteerd en randvoorwaarden worden beschreven. De Handreiking is bruikbaar voor alle vormen van samenwerking in de cure en care, zowel intern als extern en gelijktijdig of volgordelijk. Het uitgangspunt is de individuele beroepsbeoefenaar die volgens art. 40 wet BIG, en indien het intramuraal werkzame zorgaanbieders betreft art.7:453 Wgbo, verplicht is “verantwoorde zorg” te leveren. De activiteiten van deze beroepsbeoefenaren kunnen niet los gezien worden van de instellingen waarbinnen zij werkzaam zijn of waarmee zij zijn verbonden. Het bestuur van zorgorganisaties is o.b.v. art.2 van de Kwaliteitswet zorginstellingen te allen tijde eindverantwoordelijk voor de verleende zorg en dient d.m.v. kwaliteitssystemen en –procedures deze kwaliteit te borgen. Waar op dit moment de verantwoordelijkheid van zorgaanbieders voor een goede afstemming nog wordt geregeld in verschillende wetten gaat de Wcz de rechten van de cliënt bij samenwerkende zorgaanbieders expliciet regelen. De eindverantwoordelijkheid voor het naleven van de Handreiking ligt bij de bestuurders van de zorginstellingen waarmee zij tevens voldoen aan een eis van de KWZ. Regelmatige evaluatie van de aandachtspunten is van groot belang en is een gedeelde verantwoordelijkheid van zorgverleners en management.

Bijlage 13

Professionele organisaties

Ziekenhuizen zijn volgens de theorie van Mintzberg (2006)⁷⁶ professionele bureaucratieën. Het functioneren wordt bepaald door de vakbekwaamheid en de veelal specialistische kennis van de uitvoerende professional, verkregen door langdurige training en opleiding, veelal op hiërarchische basis (indoctrinatie). De professional wordt hiermee in staat gesteld te handelen op basis van autonomie, in samenspraak met zijn klant en onafhankelijk van zijn collega's.

Kijkend naar de totale ziekenhuisorganisatie, zijn er echter twee besturingsstructuren te herkennen. Enerzijds de bottom-up structuur van de professionele bureaucratie, anderzijds is er ook een sterk hiërarchische (top- down) machinebureaucratische structuur waarbij de top via de managers naar beneden aanstuurt. Vanwege het belang van de veiligheid en de zekerheid ligt er grote nadruk op geprotocolleerde en geformaliseerde procedures met een overvloed aan regels en voorschriften en controle op de naleving hiervan.

Het coördinatiemechanisme van een professionele organisatie bestaat uit standaardisatie van vaardigheden waardoor werkzaamheden decentraal en autonoom kunnen worden uitgevoerd. De primaire processen worden door professionals uitgevoerd (operationele kern), met een sterk ontwikkelde ondersteunende staf, die veelal hiërarchisch in dienst staat van de professionals. Kenmerkend voor professionele organisaties is dan ook het verbinden van macht aan kunde.

De structuur van deze organisaties is relatief plat en bureaucratisch, er gelden van te voren vastgelegde normen, echter deze normen ontstaan vaak buiten de structuur van de instelling. Professionals zijn veelal lid van vakverenigingen of andere onafhankelijke beroepsorganisaties waar de normen voor de beroepsgroep bepaald worden en op basis waarvan de professional autonoom kan handelen (professionals governance). Daarnaast maken professionals vaak onderdeel uit van ziekenhuisoverstijgende netwerken zoals ketenzorg, of eerstelijnszorgtrajecten. Volgens Kaats et al., (2005) is het voor bestuurders van belang te weten waar professionals uit de organisatie bij betrokken zijn omdat dit kan bijdragen aan netwerkvorming op organisatieniveau.

De autonomie van de professional maakt dat deze niet onder direct toezicht staat van de top van de organisatie. Er is een zeer sterke zowel horizontaal als verticaal gedecentraliseerde structuur met een grote mate van democratie. Het gezag in de professionele organisatie is gebaseerd op deskundigenmacht. Het gezag en de zeggenschap zijn gebaseerd op de professionals macht. Door de complexiteit van de activiteiten zijn deze door managers moeilijk te controleren en zijn uitkomsten lastig te standaardiseren. De professionals zijn zelf verantwoordelijk voor coördinatie en controle van hun activiteiten. Zijn zij georganiseerd, zoals de medische staf van een ziekenhuis, dan vormen zij een centraal machtscentrum. Professionals hebben eigen zeggenschap over hun werkzaamheden maar "proberen ook collectieve vrijheid van handelen te krijgen over de administratieve beslissingen die hen treffen" (Mintzberg, 2006 blz. 197). Hierdoor hebben zij zeggenschap over de managementlaag en oefenen zij invloed uit op de bestuurlijke besluitvorming. De managers zijn de verbinding (liaison) tussen de ondersteunende processen en de uitvoerende kern. Tevens zijn zij de verbinding met de externe omgeving.

⁷⁶ Mintzberg H. *Organisatiestructuren*. Amsterdam: Pearson Educatie, 2006.

Bijlage 14

Interviews

Informatie t.b.v. interview deskundigen Thesis Besturingsfilosofie complexe zorg

Aanleiding

Wij schrijven een thesis in het kader van de opleiding MBA-Health (CMDZ/Erasmus Universiteit Rotterdam). Het onderwerp van deze thesis betreft de coördinatie en afstemmingsproblematiek die ontstaat door het ingezette concentratie- en spreidingsbeleid van overheid en zorgverzekeraars. Wij richten ons specifiek op de (complexe) neurochirurgische zorg in de Leids/ Haagse regio. Als voorbereiding op het interview t.b.v. onze thesis ontvangt u hierbij een korte inleiding en de vragen die wij als onderzoekers aan u willen voorleggen.

Inleiding

We constateren dat *concentratie en spreiding van ziekenhuisfuncties* een actueel thema is in het kader van kwaliteit en kostenbeheersing. Concentratie van complexe zorg richt zich met name op medisch specialistische zorg die valt onder de Wet op bijzondere medische verrichtingen (Wbmv) en waarvoor een vergunning noodzakelijk is. Spreiding van zorg betreft vooral de beschikbaarheid van basiszorg en kennis dicht bij de patiënt. Deze concentratie en spreiding filosofie heeft in het kader van kwaliteitsverhoging en efficiëntie veel theoretische voordelen richting patiënten, zorgverzekeraars en specialisten.

In de Randstad, in het bijzonder de regio's Amsterdam en Den Haag /Leiden bestaat al langer de wens om het aantal neurochirurgische centra met een vergunning voor bijzondere neurochirurgische zorg te verminderen.

We willen graag uw visie horen op de toekomstige coördinatie en afstemming van algemene en complexe neurochirurgische zorg en willen deze graag toetsen aan theoretische kaders en scenarioschetsen.

Wij veronderstellen dat de neurochirurgische zorg in de regio Den Haag/Leiden beter georganiseerd kan worden met als uitkomsten een hogere kwaliteit van zorg en een reële kans op beheersing van kosten als de 2 neurochirurgische staven, de 11 ziekenhuisinstellingen⁷⁷ (inclusief de (11) maatschappen neurologie en OK teams), 2 regionale revalidatiecentra, regionale verzorgingshuizen en zorgverzekeraars effectiever samenwerken en streven naar een duurzame organisatie.

Het doel van deze thesis is het beschrijven van een optimale organisatievorm waarbinnen de samenwerkende deelnemers vanuit 11 ziekenhuizen (waaronder 3 instellingen met een Wbmv vergunning voor bijzondere neurochirurgie) op basis van gemeenschappelijke doelen meerwaarde creëren voor patiënten met een neurochirurgisch behandelbare aandoening. Hierbij valt te denken aan rugproblemen (*centers of excellence*), "frequent" voorkomende hersentumoren (*klantleiderschap*) en laagvolume, hoogcomplexere chirurgie van tumoren in en rondom CZS (*productleiderschap*).

Onze thesis omvat een theoretische verkenning van geschikte organisatievormen in combinatie met interviews met bestuurders en deskundigen over de thematiek van taakverdeling en concentratie van ziekenhuisfuncties. Vervolgens vindt er in de Leids/ Haagse regio een stakeholderanalyse plaats waarvan de uitkomsten worden geconfronteerd met de uitkomsten van het theoretisch onderzoek en de interviews.

Organisatievormen:

De huidige samenwerkingsvorm bestaat uit een interinstitutioneel netwerk welke tot op heden een informeel karakter heeft zonder gedocumenteerde en afgestemde zorgpad afspraken die binnen een dergelijk waardenetwerk van belang zijn.

⁷⁷ LUMC, MCH (Westeinde en Antoniusshove) en Haga met Wbmv neurochirurgie, Diaconessenhuis, Rijnland, Vlietland, R. de Graaf, Spaarne, Bronovo, Lange Land, Groene Hart.

Onderstaande mogelijke bestuursmodellen hebben we geïdentificeerd op basis van de organisatie literatuur.

1. Onderlinge herverdeling van het huidige zorgaanbod door uitwisseling van neurochirurgische speerpunten en expertise.
2. Neurochirurgie geconcentreerd in het LUMC met coördinatie alliantie afspraken met de 10 instellingen.
3. Coöperatieve organisatievorm vanuit 3 centra (LUMC, MCH, HAGA) met alliantie afspraken met de 8 overige instellingen
4. Coöperatieve organisatievorm waarbij de 11 ziekenhuizen leden zijn en binnen de lidmaatschapsovereenkomst afspraken gemaakt worden over de toelevering en afname van de neurochirurgie patiënten.

Open vragen te stellen tijdens persoonlijk gesprek:

1. Wie is verantwoordelijk voor wat (medisch- inhoudelijke afspraken, inkomsten en contractering, kwaliteit van zorg en kostenbeheersing) in een organisatie gebaseerd op:
 - a. Simpele uitruil van functies (markttransactie)?
 - b. Coördinatie vanuit 1 centrum (LUMC) en alliantie afspraken met de 10 instellingen.
 - c. Coöperatieve organisatie vanuit 3 centra (LUMC, MCH, HAGA) en alliantie afspraken met de 8 overige centra
 - d. Coöperatieve organisatie waarbij alle ziekenhuizen leden zijn en binnen de lidmaatschapsovereenkomst afspraken gemaakt worden over de toelevering en afname van neurologische diagnostiek en neurochirurgische zorg.
2. Welke optie heeft uw voorkeur?
3. Denkend aan uw voorkeur, waar en bij wie ziet u dan de strategische, tactische en operationele verantwoordelijkheden liggen als het gaat om medisch-inhoudelijke en bedrijfseconomische onderwerpen?
4. Welke voorwaarden zijn noodzakelijk voor een succesvolle samenwerking voor complexe neurochirurgische zorg?
5. Welke drempels zijn te benoemen voor instellingsoverstijgende ketenzorg?
6. Indien complexe neurochirurgische zorg in een coöperatie wordt ondergebracht, wat is dan in uw ogen, de meer/ minderwaarde voor de klant, voor de instelling en voor de zorgverzekeraar?
7. Kunnen ziekenhuizen, neurochirurgen, neurologen en andere stakeholders de leden van de coöperatie vormen of dienen de leden homogeen te zijn?
8. Binnen een coöperatieve ondernemingsvorm is de transactie de belangrijkste ledenrelatie. Waar bestaat in uw ogen de transactie uit en wat is het voordeel voor de leden? En voor de patiënt en zorgverzekeraar?
9. Wat zijn de te benoemen risico's m.b.t. het mededingingsrecht?
10. Wat zijn te benoemen succesfactoren en faalfactoren?
11. Welke essentialia zijn nodig voor een succesvolle coöperatieve bestuursvorm?

Tot slot enkele open vragen, gebaseerd op de eerder benoemde vragen van de onderzoekers, welke uitnodigen tot wat diepgaandere discussie!

Is het binnen de regionale herordening van neurochirurgisch zorg volgens u denkbaar dat:

- stakeholders trachten hun belangen (strategische doelen) t.a.v. taakverdeling en concentratie op eigen kracht in bilaterale acties in het concentratieproces veilig te stellen of dat zij besluiten hun doelen in samenwerking met andere stakeholders te formuleren en na te streven?
- een gestructureerde samenwerking ontstaat, welke constructief, kostenbesparend en duurzaam is?
- En wat is bij uw voorkeursoptie uw visie op slaag- en faalfactoren waarbij door gebruik, respectievelijk eliminatie een optimum ontstaat voor deze netwerkorganisatievorm?

Literatuur

Geraadpleegde literatuur en websites

- Asseldonk T. *Systeemcomplexiteit als organisatie paradox*. Discussienota voor de denkgroep complexiteit eerstelijnszorg. 2008. Gevonden op internet december 2011.
- Atkinson A, Kaplan RS, Matsumura AM, Young AM. *Management accounting*. Amsterdam: Pearson Education. 5e editie, 2010.
- Baarsma B, Beemsterboer M, de Nooij M. SEO. *Samenwerken maar hoe?* 2003.
- Barker et al.. *Surgery for primary supratentorial brain tumors in the United States, 1988 to 2000: The effect of provider caseload and centralization of care*. Neuro-Oncology January 2005 p. 49-62
- Boer en Croon, 2010. *Van instituten naar netwerken*. 2010.
- Bohmer RMJ. *Medicine's service challenge: blending custom en standard care*. In: Health Care Management Review (2005) p. 322 – 330.
- Boot JM, Knapen MHJM. *De Nederlandse gezondheidszorg*. Houten: Bohn Stafleu van Loghem, 2005.
- Boonstra J. *Ondernemen in allianties en netwerken*. Deventer, Kluwer 2007.
- Boston Consulting Group, 2010. *Kiezen voor kwaliteit*.
- Campbell D, Stonehouse G, Houston B. *Business strategy, an introduction*. Second edition 2002.
- Capgemini Consulting. *Het ziekenhuis voorbij?!*, Ziekenhuisbestuurders aan het woord. Utrecht. november 2011.
- Christensen C, Grossman JH, Hwang J. *The Innovator's Prescription*. McGraw-Hill. 2009.
- Contractor FJ, Lorange P. *The growth of alliances in the knowledge-based economy*. International business Review 11 (2002) 485- 502.
- CPB, *Seminar Sustainability Dutch Health Care*, 12 mei 2011
- Damhuis G, Davits G, Elshout P, Lombarts K, Verschure K, de Vries G,. *www.homo-zappens.nl*. Waalwijk: Drukkerij van Engelen. 1999
- De Beer S. *The relationship between network structure and network effectiveness within a chain cooperation*. Master Thesis Organisation Studies, Tilburg University. 2007
- De Bruijn H. *Managers en professionals*. Den Haag: Sdu uitgevers. 2008.
- De Bruijn H en ten Heuvelhof E. *Management in netwerken*. Den Haag: Lemma.2007.
- De Man AP. *Alliantiebesturing*. Assen: Van Gorcum 2006.
- De Roo AA. *College- en studiemateriaal MBA-H*. CMDZ. 2011.
- Dumay ACM. *Over het opzetten van een netwerkorganisatie*. TNO Kwaliteit van leven. Leiden. 2006.
- Duysters G. *Handboek strategische allianties*. www.duyster.com gedownload oktober 2011.
- *Handreiking verantwoordelijkheidsverdeling bij samenwerking in de zorg*. KNMG, V&VN, KNOV, KNGF, KNMP, NIP, NVZ, NFU, GGZ Nederland, NPCF 26 januari 2010.
- Hoek H. C3 adviseurs en managers. Ontvangen tijdens interview i.h.k.v. deze thesis. 27-3-2012.
- Hoek H. *Governance in de gezondheidszorg*. Proefschrift, iBMG, Rotterdam. 2007.
- Hoek H. *Een verslag van een promotieonderzoek. Hoe zit governance van de zorg werkelijk in elkaar*. ZMMagazine 6, 2007.
- Hildenbrandt H, Carere C, Hemelrijk CK. *Self-organized aerial displays of thousands of starlings: a model*. Behav. Ecol. 2010. 21, 1349-1359.
- Houwen L, Bergkamp P, Arends L. *Governance en ondernemerschap in de zorg*. Deventer: Kluwer. 2010.
- Hurts F. *De onmisbaarheidfactor, handout MBA-H*,2011.
- Jarillo C. *Strategic Networks; Creating the Borderless Organization*. Butterworth-Heinemann. 1993
- Johnson G, Whittington R, Scholes K. *Exploring Strategy*. Ninth edition. Pearson Education Ltd. 2011.
- Josserand E. *The Network Organization; The Experience of Leading French Multinationals*, 2004
- Kaats E, van Klaveren P, Opheij W. *Organiseren tussen organisaties*. Schiedam: Scriptum 2005.
- Kadijk J. *"Beter Besturen in een Complexe wereld"*. In Ketensamenwerking, Hardjono, 2010, pag 29-39
- Kanter RM. 1994. In: Dumay, A.C.M. 2006. *Over het opzetten van een netwerkorganisatie*. TNO Kwaliteit van leven. Leiden
- Kehlet H. *Evidence Based Surgical Care and the evolution of fast track surgery*. Ann. Surg. 2008: 248; 189-198

- Kenis P, Provan K. *Het network governance perspectief: Modes of network governance: Structure, management and effectiveness*. Journal of Public Administration Research and Theory, 18 (2), 229-252. UvT 2008. via internet Januari 2012.
- Keuning D. en Eppink DJ. *Management en organisatie, theorie en toepassing*. Groningen/Houten: Wolters- Noordhoff. 2008.
- Klein Woolthuis R. *Winnen kan ook samen, handleiding voor samenwerking*. Ministerie voor Economische Zaken. 1999. Gedownload via internet dec. 2011.
- Long et al. *Outcome and cost of craniotomy performed to treat tumors in regional academic referral centers*. Neurosurgery vol 52: 5; 1056-1065
- Menzis. *Regioplan 1.0* Conceptversie. 2011.
- Meijs S. *Dot and the Governance of Wbmv Neurosurgical Care*. Master Thesis Health Economics, Policy and Law. Institute of Health Policy and Management. EUR, Rotterdam. 2011.
- Minister van VWS, 10-2-2012. *Reactie RVZ advies "Medisch Specialistische zorg in 20/20*.
- Minister van VWS (2011). *Kamerbrief 14-3-2011: Zorg die loont*.
- Mintzberg H. *Organisatiestructuren*. Amsterdam: Pearson Educatie, 2006.
- Mitchell RK, Agle BR, Wood DJ. *Toward a theory of stakeholder identification and salience: defining the principle of who and what really counts*. The Academy of Management Review, Vol. 22, No. 4 (Oct., 1997), pp. 853-886.
- Nederlandse mededingingsautoriteit, NMa. *Richt snoeren voor de zorgsector*, 2010. www.nma.nl
- Nederlandse mededingingsautoriteit. *Samenwerken en concurreren in de zorgsector*. NMa, maart 2010.
- Noordegraaf M. *Besluiten over besluitvorming*. www.cfpb.nl .2005.
- NVZ, 2010. *Nederland Topzorgland: In de top van Europa, Strategiedocument 2010/2015*
- O'Reilly CA.III, and Tushman ML. "Organizational Ambidexterity in Action: How Managers Explore and Exploit." California Management Review 53, no. 4 (summer 2011): 5-21.
- *Planningsbesluit Neurochirurgie 2001*. www.wetten.overheid.nl. Geraadpleegd, 20-3-2012.
- Rapport commissie Den Toek. *Herstructurering van de neurochirurgische zorg in Nederland*. Uitgebracht op verzoek van het bestuur van de Nederlandse Vereniging van Neurochirurgen, 24 maart 2003.
- Raad voor de Volksgezondheid & Zorg, 2003. *Marktconcentraties in de ziekenhuiszorg*.
- Raad voor de Volksgezondheid & Zorg, 2011. *Medisch-specialistische zorg in 20/20. Dichtbij en ver weg*.
- Raad voor de Volksgezondheid & Zorg, *Medisch Specialistische zorg 20/20: achtergrondstudies*.
- Treacy M, Wiersema F. *De discipline van marktleiders*. Schiedam: Scriptum management. 4^e druk 2010.
- Van der Aa A, Konijn T. *Ketens, ketenregisseurs en ketenontwikkeling*. Utrecht: Lemma.2004.
- van de Loo E. *Bewuste en onbewuste processen van netwerken*. In: Boonstra, J. *Ondernemen in allianties en netwerken*. Deventer: Kluwer 2007.
- Van Dijk G. *Als de markt faalt. Inleiding tot coöperatie*. Den Haag: Sdu uitgevers. 4^e oplage 2009.
- Van Wanrooij M. *Het spel en de kikkers. Besturing van professionele organisaties*. Schiedam: Scriptum. 2008.
- Verschuren P, Doorewaard H. *Het ontwerpen van een onderzoek*. Den Haag. Lemma, 4^e druk 2007.
- Volkskrant, *Marktwerving in de gezondheidszorg*. 17-3-2012
- Weggeman M. *Leiding geven aan professionals, niet doen!* Schiedam. Scriptum. 2007
- Winter LHI. prof. dr. Oratie: *Zorgondernemerschap als therapie. Van medisch paternalisme naar consumentisme, van patiënt naar klant*. Nyenrode Business Universiteit. 2011.
- Zonderland ME, Boucherie RJ, Litvak N, Vleggeert-Lankamp CLAM. *Planning and Scheduling of Semi-Urgent Surgeries*. Health Care Manage Sci (2010) 13: 256-267
- Zuurbier JJ, Hartmann FGH. *Integraal besturen in de zorg*. Amsterdam: Elsevier Gezondheidszorg. 2010.
- Zuurbier JJ, Krabbe- Alkemade Y. *Onderhandelen over DBC's*. Maarssen: Elsevier Gezondheidszorg. 2007.

Websites

www.agora.nl

www.allianceexperts.com geraadpleegd: 30-12-2011

www.belonennaarprestaties.nl

www.bcg.nl

www.dbconderhoud.nl

www.boercroon.nl

www.innovatiefororganiseren.nl. Van Ginneken, J. In Alkemade, E. Vogelzwermen kennen geen managers en bereiken toch hun doel. 2012.

www.kvk.nl

www.ketens-netwerken.nl

www.knmg.nl

www.kpmgplexus.nl

www.nature.com. Vicsek, T. et al. Airborne pigeons obey the pecking order. Online published: 7-4-2010

www.nfu.nl

www.nvz.nl

<http://www.nu.nl/wetenschap/2582836/nederlandse-doet-onderzoek-logica-vogelzwerm.html>

www.nza.nl

www.rijksoverheid.nl

www.rvz.nl

www.twynstraguddekennisbank.nl

www.Zorgvisie.nl. Verzekeraars dwingen ziekenhuizen te stoppen met complexe operaties. 7-12-2011

www.zn.nl