

Samen sterker?!

*Welke consequenties heeft een regiomaatschap
voor de onderhandelingsrelatie met het
ziekenhuis*

| | |
|--------------------|--|
| Naam: | K.M. Kastelijn |
| Studentnummer: | 357029 |
| Opleiding: | Master Zorgmanagement |
| Afstudeerrichting: | Strategisch Management |
| Begeleider: | Dr. G. Scholten |
| Meelezers: | Prof. Dr. R. Huijsman en Dr. J. Dwarswaard |
| Datum: | 10 juni 2013 |

Voorwoord

Voor u ligt mijn afstudeerscriptie voor de master Zorgmanagement aan de Erasmus Universiteit te Rotterdam. Het schrijven van deze afstudeerscriptie heeft energie en tijd gekost, maar is vooral leerzaam, interessant en inspirerend gebleken.

Enkele mensen wil ik graag speciaal noemen, gezien het aandeel dat zij hebben gehad in de realisatie van deze afstudeerscriptie. Allereerst mijn begeleider, Dr. G. Scholten: Bedankt voor de ruim genomen tijd, de waardevolle adviezen en de enthousiaste benadering van het thema. Daarnaast dank ik de meelezers Dr. J. Dwarswaard en Prof. Dr. R. Huijsman voor hun betrokkenheid en nuttige feedback tijdens het opstarten en afronden van dit onderzoek.

Dit onderzoek had niet kunnen plaatsvinden zonder de hulp van de urologen en maatschapmanager van de regiomaatschap 'Urologen voor U'. Samen met de andere betrokkenen uit het St. Antonius ziekenhuis, de Nza en Achmea dank ik jullie van harte.

Tot slot wil ik graag mijn man, familie en vriendinnen bedanken voor het meeleven, structureren van teksten en het bieden van de nodige afleiding.

Karina Kastelijn, juni 2013

Samenvatting

In het voorjaar van 2012 werd door vijf politieke partijen afgesproken dat de salarissen van de Nederlandse medisch specialisten meer in lijn moesten worden gebracht met die van hun internationale collega's. De aanname was dat hierdoor de groei van de zorgkosten meer in de hand gehouden kon worden. Daarop verscheen, in opdracht van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, een rapport van de commissie 'inkomens medisch specialisten' onder voorzitterschap van prof. dr. P. L. Meurs. Eén van de conclusies in het eindrapport "Gezond belonen. Beleidsopties voor de inkomens van medisch specialisten" is dat vorming van regiomaatschappen een bedreiging vormt voor het in de hand houden van zorgkosten. Regiomaatschappen zorgen, volgens de commissie, voor het divergeren van de belangen van het ziekenhuis en de medisch specialist. Een sterkere positie van de maatschap zou de onderhandeling met het ziekenhuis verstoren. De overheid heeft de aanbevelingen van dit rapport overgenomen en is zich op dit moment aan het beraden hoe de vorming van regiomaatschappen zoveel mogelijk ontmoedigd kan worden.

De stellingname van de commissie Meurs is tweeledig. Allereerst gaat de commissie ervan uit dat de machtsbalans tussen maatschap en ziekenhuis verandert door de vorming van een regiomaatschap. Ten tweede zorgt de vorming van een regiomaatschap, aldus de commissie, voor het divergeren van de belangen van het ziekenhuis en de maatschap. Dit kwalitatieve onderzoek wil de discussie aangaan met deze standpunten van de commissie Meurs. Het onderzoek richt zich op het in kaart brengen van de consequenties van de regiomaatschap voor de onderhandelingsrelatie met het ziekenhuis. Hiervoor worden de inzet van machtsbronnen en de consequenties daarvan voor de machtsbalans geanalyseerd. Door middel van documentanalyse en semigestructureerde interviews wordt inzicht verkregen in bovenstaande vraagstelling. De regiomaatschap 'Urologen voor U' en de onderhandelingsrelatie van deze regiomaatschap met het St. Antonius ziekenhuis heeft hiervoor als casus gediend.

Uit het onderzoek blijkt dat de regiomaatschap inderdaad een sterkere positie heeft verkregen ten opzichte van het ziekenhuis. Door de verschuiving in machtsbronnen is de machtsbalans in het voordeel van de medisch specialisten beslecht. Toch blijkt uit dit onderzoek dat het ziekenhuis niet per definitie overgeleverd is aan de grillen van de regiomaatschap. Het ziekenhuis beschikt over, voor de regiomaatschap, cruciale ondersteunende middelen en heeft een toelatingsovereenkomst met de medisch specialisten. Hoewel het ziekenhuis deze machtsmiddelen niet ten volle inzet kan dit bijdragen aan het in balans brengen van de positie van de regiomaatschap ten opzichte van het ziekenhuis.

De sterkere positie van de regiomaatschap hoeft, in tegenstelling tot wat de commissie Meurs stelt, niet te zorgen voor het divergeren van de belangen. Uit dit onderzoek blijkt dat het mogelijk is om de relatie tussen ziekenhuis en maatschap op basis van co-makership vorm te geven. Hierin wordt uitgegaan van een uitbestedingsrelatie tussen afnemer en leverancier. Een zakelijke overeenkomst vormt hierbij de basis. Door afstand te creëren tussen ziekenhuis en maatschap ontstaat de mogelijkheid om door te groeien naar een meer volwassen en zakelijke relatie, waarin ook elementen zoals vertrouwen en samenwerking een rol spelen.

Summary

As part of an effort to control healthcare costs in the Netherlands, five Dutch political parties agreed in the spring of 2012 to bring the salaries of Dutch medical specialists more in line with those of their colleagues in other countries. The Minister of Public Health asked The Medical Specialists Income Commission to report on the possible policy options. One of the conclusions in their report is that the forming of regional partnerships by medical specialists is a threat to the stability of health care costs. Regional partnerships strengthen the position of the medical specialists, which then affects price negotiations with hospitals. In light of this report, the Dutch government is looking into ways to discourage the forming of these regional partnerships as much as possible.

The position of the Medical Specialists Income Commission is two-fold. First, the commission concludes that the balance of power between medical partnerships and hospitals is changed by the formation of regional partnerships. Second, the commission finds that this change in the power relationship causes a divergence in the interests of the hospital and the regional partnership. This qualitative research will address these conclusions of the commission by assessing both the sources of power and the consequences of the use of those sources. Document analysis and semi-structured interviews will be used to gain the necessary insights. The urologists comprising 'Urologen voor U' and the Dutch hospital 'St. Antonius' in Nieuwegein were willing to cooperate in this research, and the findings are based on their interaction.

From this research it appears that the medical specialists who unite in a regional partnership have indeed gained a stronger position towards the hospital. However, it seems that the hospital should not completely be subjected to their demands. The hospital is the owner of crucial resources for the medical specialist. On top of that comes the contract that the hospital has with the medical specialists, which gives them the opportunity to work in the hospital and to use all its resources. This mutual dependence between both parties yields a certain balance of power between the positions of the hospital and the medical specialist.

The stronger position of the medical specialist united in a regional partnership, opposed to what the commission states, does not necessarily lead to a divergence of interests. This research shows that it is possible to shape the relationship between the hospital and the medical specialist based on the concept of co-makship. This buyer-supplier relationship is based on the principle of outsourcing. It has a business agreement, or a contract, as a base. By creating distance between the hospital and the medical specialist united in a regional partnership, opportunities arise for growing into a more mature business-relationship, in which it is possible to let trust and collaboration play a big part.

Inhoud

| | |
|---|-----------|
| Voorwoord | 2 |
| Samenvatting | 3 |
| Summary | 4 |
| 1. Inleiding | 7 |
| 1.1 Probleemanalyse | 7 |
| 1.1.1 Concentratie en spreiding | 7 |
| 1.1.2 Commissie Meurs | 8 |
| 1.1.3 Leverancier en afnemer | 8 |
| 1.1.4 Onderhandelingsrelatie..... | 9 |
| 1.2 Onderzoeksetting | 9 |
| 1.3 Doelstelling | 9 |
| 1.4 Maatschappelijke en wetenschappelijke relevantie | 10 |
| 1.5 Probleemstelling | 10 |
| 1.5.1 Deelvragen | 10 |
| 1.6 Leeswijzer | 11 |
| 2.Theoretisch kader | 12 |
| 2.1 Leverancier en afnemer | 12 |
| 2.1.1 De maatschap als leverancier..... | 12 |
| 2.1.2 Het ziekenhuis als afnemer..... | 12 |
| 2.2 Macht | 13 |
| 2.3 Onderhandelingsrelatie | 13 |
| 2.4 Concurrerende krachten van Porter | 15 |
| 2.5 Machtsbronnen | 16 |
| 2.5.1 Concentratie | 17 |
| 2.5.2 Beschikbaarheid van substituten | 17 |
| 2.5.3 Omzet van afnemer of leverancier | 18 |
| 2.5.4 Mate van differentiatie | 18 |
| 2.5.5 Belang van product..... | 18 |
| 2.5.6 Overstapkosten..... | 18 |
| 2.5.7 Voorwaartse of achterwaartse integratie | 18 |
| 2.5.8 Uittredingsdrempels..... | 19 |
| 2.5.9 Beschikbare informatie | 19 |
| 2.6 Uitgangspunt van dit onderzoek | 20 |
| 3. Methoden van onderzoek | 21 |
| 3.1 Kwalitatief onderzoek | 21 |
| 3.2 Onderzoekseenheden | 21 |
| 3.2.1 Regiomaatschap ‘Urologen voor U’..... | 22 |
| 3.2.2 St. Antonius Ziekenhuis te Nieuwegein..... | 22 |
| 3.3 Dataverzameling | 23 |
| 3.3.1 Documenten | 23 |
| 3.3.2 Interviews | 23 |
| 3.4 Data-analyse | 25 |
| 3.4.1 Stakeholder-analyse | 25 |
| 3.5 Betrouwbaarheid en validiteit | 26 |
| 4. Resultaten | 28 |
| 4.1 Context | 28 |
| 4.1.1 Algemene omgeving | 28 |
| 4.1.2 Taakomgeving | 30 |
| 4.1.3 Lokale omgeving..... | 31 |
| 4.2 Strategische doelen | 33 |

| | |
|---|-----------|
| 4.2.1 Kwaliteit van zorg..... | 33 |
| 4.2.2 Behoud van professionele autonomie | 35 |
| 4.2.3 Macht..... | 35 |
| 4.2.4 Financiën | 36 |
| 4.3 Stakeholders | 37 |
| 4.3.1 Raden van bestuur | 37 |
| 4.3.2 Medische staf | 39 |
| 4.3.3 Zorgverzekeraar | 40 |
| 4.4. Portfolio verdeling | 41 |
| 4.4.1 Historie, ruilhandel en verloop van tijd | 41 |
| 4.4.2 Beschikbare faciliteiten | 42 |
| 4.4.3 Voorkeur specialist | 42 |
| 4.4.4 Angst, argwaan en afstemming..... | 42 |
| 4.5 Interne organisatie..... | 44 |
| 4.5.1 Formele organisatie van de regiomaatschap | 44 |
| 4.5.2 Informele organisatie van de regiomaatschap..... | 46 |
| 4.6 Onderhandelingsrelatie | 47 |
| 4.6.1 Formele inrichting van de onderhandelingsrelatie | 47 |
| 4.6.2 Functioneren van de onderhandelingsrelatie | 48 |
| 5. Discussie | 51 |
| 5.1 Theoretische discussie | 51 |
| 5.1.1 Strategische doelen | 51 |
| 5.1.2 Machtsbronnen en machtsbalans | 53 |
| 5.1.3 Consequenties van de regiomaatschap | 57 |
| 5.1.4 Toekomst..... | 59 |
| 5.2 Methodologische discussie | 60 |
| 6. Conclusie en aanbevelingen | 63 |
| 6.1 Beantwoording deelvragen | 63 |
| 6.1.1 Procesbeschrijving van de vorming van de regiomaatschap | 63 |
| 6.1.2 Machtsbronnen en machtsbalans | 66 |
| 6.1.3 Gevolgen voor de onderhandelingsrelatie tussen regiomaatschap en ziekenhuis | 66 |
| 6.2 Aanbevelingen | 67 |
| 6.2.1 Aanbevelingen voor de praktijk..... | 67 |
| 6.2.2 Aanbevelingen voor verder onderzoek..... | 68 |
| Referenties..... | 69 |
| Bijlage | 73 |
| Bijlage 1. Topiclijsten | 73 |
| Bijlage 2. Stakeholder analyse..... | 83 |

1. Inleiding

1.1 Probleemanalyse

1.1.1 Concentratie en spreiding

Strategisch management ontwikkelde zich in de vroege jaren '50 van de vorige eeuw in de industrie en zakelijke dienstverlening. Door de ontwikkeling van grote ondernemingen, massaproductie en concurrentie op grotere schaal bleek inschatting van toekomstige (productie)vraag van groot belang. Vroegtijdig anticiperen in planning, budgettering en productie was cruciaal om een onderneming staande te houden in de snel veranderende markten (Swayne et al. 2008). Deze vorm van lange termijn planning ontwikkelde zich in de jaren daarna tot strategisch management toen bleek dat organisaties niet alleen stonden. De verwevenheid met toeleveranciers, grote afzetkanalen en sterk schommelende vraag kon alleen worden beheerst door het aangaan van strategische samenwerkingsrelaties. Volgens Johnson et al. (2011) zijn fusies, acquisities en strategische allianties belangrijke methoden om dergelijke strategische samenwerkingsrelaties te realiseren. De motieven om samen te werken hangen af van de aspecten waarin een bedrijf of organisatie een minder sterke positie heeft. Mogelijke motieven zijn bijvoorbeeld het vergroten van marktaandeel, een sterkere positie in de markt bewerkstelligen, efficiency vergroten of een sterkere onderhandelingspositie ten opzichte van leveranciers afdwingen. Door samen te werken worden kennis en kunde die tot de beschikking van de organisatie staan vergroot (Swayne et al. 2008).

De gezondheidszorg loopt in deze ontwikkeling -ver- achter op het bedrijfsleven. Gedurende lange tijd was er geen prikkel voor zorginstellingen om een strategische positie in te nemen. Het bestaansrecht leek zeker en het verkrijgen van een sterkere positie in de markt niet nodig. Dit is veranderd. Tegenwoordig heeft ook de gezondheidszorg te maken met een zeer dynamische omgeving en moet ook zij strategische beslissingen maken over de toekomst. Een van de veranderingen die vraagt om strategische beslissingen is de veel besproken beleids optie om kwaliteit van zorg te vergroten en zorgkosten te beperken door 'concentratie en spreiding' (RVZ 2011). Dit betekent dat de electieve zorg dichterbij de zorgconsument wordt gesitueerd, terwijl de hoog complexe zorg geconcentreerd wordt op een beperkt aantal locaties (RVZ 2011). Uitgangspunt is dat bij hoge volumes kosten van inkoop kunnen worden beperkt. Tevens wordt verondersteld dat door de stijging van het volume de kwaliteit van zorg zal toenemen doordat de medisch specialist dezelfde behandeling vaker uitvoert (BCG 2010). Door deze routinematige werkwijze kunnen de zorgkosten verder beperkt worden is de leidende gedachte die, ook door de overheid, wordt aangehouden (RVZ 2011). Dit beleid heeft er tevens voor gezorgd dat beroepsverenigingen in samenspraak met Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) voor specifieke behandelingen volumennormen hebben opgesteld. Dit heeft tot gevolg dat kleinere ziekenhuizen hoog complexe zorg dreigen kwijt te raken doordat zij het benodigde aantal behandelingen niet halen.

Medisch specialisten, verenigd in maatschappen, worden door deze maatregelen steeds verder onder druk gezet (Koelewijn et al. 2012). Voldoen aan de gestelde volumennormen kan alleen wanneer een maatschap in staat is om grotere patiëntenstromen aan te trekken. Een oplossing hiervoor is het samengaan van verschillende kleinere maatschappen in een regiomaatschap die complexe behandelingen kan concentreren in één van de ziekenhuizen in de regio waarin zij werkzaam zijn (Bedaf 2012). Hierdoor kan de maatschap de vereiste volumes gesteld door de beroepsvereniging en de Inspectie van de

Gezondheidszorg (IGZ) behalen. Daarnaast is men ervan overtuigd dat een grotere organisatie zorgt voor een sterkere positie en dus meer zeggenschap. Dit lijkt de regiomaatschap een zeker gevoel van controle te geven over de praktijkvoering en de toekomst van het vakgebied. Het besef groeit dat een strategisch slim ingenomen positie cruciaal kan zijn om als organisatie te overleven. Dat dit besef onder medisch specialisten is toegenomen blijkt uit een recent onderzoek van de iBMG (Varkevisser et al. 2013) wat is uitgevoerd in opdracht van de Nza. In dat onderzoek wordt vastgesteld dat 70 procent van de ziekenhuizen tegenwoordig te maken heeft met een of meerdere regiomaatschappen. Hoewel strategische samenwerkingsverbanden in de zorg niet nieuw zijn, lijkt het erop dat het beleid van 'concentratie en spreiding' door medisch specialisten wordt gezien als legitimatie hiervoor, vaker dan voorheen kiezen zij daarbij voor de vorm van een regiomaatschap (Crommentuyn 2008).

1.1.2 Commissie Meurs

De vorming van regiomaatschappen heeft de laatste tijd veel stof doen opwaaien in kringen van beleidsmakers en ziekenhuisbestuurders. Zo verscheen in oktober 2012 een rapport van de commissie 'inkomens medisch specialisten' (Meurs 2012), ook wel de 'commissie Meurs' genoemd. In dit rapport wordt gesteld, dat het ontstaan van regionaal georganiseerde maatschappen die ziekenhuizen overstijgen zeer onwenselijk is. Commissie Meurs (2012) acht het voor de beteugeling van de zorgkosten van cruciaal belang, dat de belangen van ziekenhuizen en die van de medisch specialisten zoveel mogelijk gelijk gericht worden. Ontwikkeling van regiomaatschappen zal, zo stelt de commissie, juist zorgen voor het divergeren van belangen. Commissie Meurs (2012) benoemt daarbij het voorbeeld dat het maken van contractafspraken tussen verzekeraar en de zorginstelling complexer wordt naarmate de macht van de regiomaatschap groeit. Het bestaan van een regiomaatschap leidt volgens de commissie Meurs (2012) tot onduidelijkheid over de vraag wie van de partijen de feitelijke leiding heeft bij de onderhandeling over de te maken portfoliokeuzes (i.e. specialisatie en concentratie). Met het toenemen van de schaalgrootte van medisch specialisten en de groei van de maatschap ondersteunende organisatie kan de positie van de maatschap ten opzichte van het ziekenhuisbestuur en de zorgverzekeraar sterker worden (Kok, Houkes & Tempelman 2010). Angst heerst, dat de macht van de regiomaatschap groter wordt, terwijl er minder binding is met het ziekenhuis (Wijnsma 2012, Kok et al. 2010).

1.1.3 Leverancier en afnemer

Om empirisch te verkennen of de stellingname van Commissie Meurs (2012) gegrond is, is het van belang om de verhouding tussen maatschap en ziekenhuis in het juiste perspectief te plaatsen. Blair en Buessler (1998) vergelijken de verhouding tussen maatschap en ziekenhuis met de relatie tussen leverancier en afnemer. Het ziekenhuis neemt diensten af van de medisch specialisten die zich hebben verenigd in een maatschap. Meijer en Gelderman (2011) beamen deze zienswijze en stellen dat met het ontstaan van (regio)maatschappen het leveren van zorg door een, voor het ziekenhuis, externe organisatie wordt gedaan. Hiermee wordt de maatschap als het ware 'buiten' de ziekenhuisorganisatie geplaatst. Meijer en Gelderman (2011) noemen dit fenomeen het 'uitbesteden van zorg'.

Ook vanuit het model van concurrerende krachten van Porter (1979) kan gekeken worden naar de relatie tussen ziekenhuis en regiomaatschap als een afnemer-leveranciersrelatie. In dit onderzoek wordt de relatie tussen de maatschap als leverancier en het ziekenhuis als afnemer dan ook gedefinieerd als een onderhandelingsrelatie. Als gevolg

hiervan spreekt het rapport van de commissie Meurs (2012) bij een disbalans in de machtsverhouding tussen maatschap en ziekenhuis dus over een mogelijke disbalans in de onderhandelingsrelatie tussen leverancier en afnemer.

1.1.4 Onderhandelingsrelatie

De afnemer en leverancier oefenen invloed op elkaar uit om zo bij te dragen aan het behalen van gestelde doelen van de eigen organisatie (Porter 1979). Deze wederzijdse pogingen tot beïnvloeding worden in de literatuur gedefinieerd als 'macht' (Elias 2008, Wilensky 1967, Mastenbroek 2002). Naast uitoefening van macht is er in de relatie tussen afnemer en leverancier ook sprake van wederzijdse afhankelijkheid, de perceptie van conflicterende belangen, opportunistische interactie en moet er de mogelijkheid tot het sluiten van een overeenkomst zijn (Mastenbroek 2002, Lax & Sebenius 2006). Net als Porter (1979) spreken ook Lax en Sebenius 2006 in dit kader over een onderhandelingsrelatie.

In de onderhandelingsrelatie tussen het ziekenhuis en de maatschap zijn de beschikbare bronnen van macht van de leverancier en de afnemer belangrijk (Porter 1979). Machtsbronnen zijn zaken, eigenschappen of middelen waarover een actor (individu, groep of organisatie) beschikt die macht kunnen opleveren (Devos 2006). De bronnen van macht van de leverancier en afnemer worden gespecificeerd door Porter (1979). Volgens Porter (1979) is niet alleen de relatie tussen leverancier en afnemer bepalend voor de uitkomst van onderhandelingen, maar ook de specifieke bedrijfstak waarin beide bedrijven zich bevinden. Het is belangrijk om te achterhalen welke bronnen van macht door de leverancier en de afnemer aangewend kunnen worden binnen die specifieke bedrijfstak. Daarna kunnen de gevolgen van de inzet van deze machtsbronnen, voor de machtsbalans in het onderhandelingsproces, onderzocht worden. Hierna kan worden vastgesteld of de angst van de commissie Meurs (2012) voor een (te) sterke onderhandelingspositie van de regiomaatschap ten opzichte van het ziekenhuis gegrond is.

1.2 Onderzoeksetting

Als case wordt de regiomaatschap 'Urologen voor U' gebruikt. 'Urologen voor U' is een regiomaatschap van urologen in Midden-Nederland die in 2009 is opgericht. De medisch specialisten uit de maatschap werken verspreid over het St. Antonius Ziekenhuis te Nieuwegein, het Diaconessenhuis te Utrecht en het Zuwe Hofpoort Ziekenhuis te Woerden. Naar eigen zeggen tracht de maatschap met deze regionale samenwerking aan te sluiten bij landelijke ontwikkelingen en geeft zij aan door concentratie en samenwerking hooggespecialiseerde medische zorg te kunnen (blijven) leveren. In dit onderzoek wordt gekeken naar de onderhandelingsrelatie van de regiomaatschap 'Urologen voor U' met het St. Antonius ziekenhuis. Er is nog weinig bekend over regiomaatschappen en de consequenties daarvan. Gezien deze onbekendheid en de complexiteit van dit thema is gekozen om een enkele casus te onderzoeken. Binnen deze casus wordt vervolgens getracht diepgaand inzicht te verkrijgen in de factoren die een rol spelen bij de onderhandelingsrelatie tussen een (regio)maatschap en een ziekenhuis.

1.3 Doelstelling

Terwijl de gemoederen over regiomaatschappen oplopen, kan worden gesteld dat er wetenschappelijk nog weinig bekend is over de onderhandelingsmacht van een regiomaatschap ten opzichte van een ziekenhuis. In dit onderzoek wordt getracht om aan de hand van een casestudie inzicht te krijgen in de consequenties die de vorming regiomaatschap heeft voor de onderhandelingsrelatie met het ziekenhuis. De

machtsbronnen worden geïventariseerd en door de onderzoeker geïnterpreteerd en geanalyseerd. Vervolgens wordt gekeken op welke manier een eventuele verschuiving in machtsbronnen, ten gevolge van het vormen van een regiomaatschap, een bijdrage levert aan het versterken van de onderhandelingspositie van de leverancier (maatschap) of afnemer (ziekenhuis).

1.4 Maatschappelijke en wetenschappelijke relevantie

Deze scriptie biedt een handvat aan een ieder die meer inzicht wil in de mogelijke consequenties van een regiomaatschap betreffende de verschuiving in machtsbronnen en de consequenties daarvan voor de onderhandelingsrelatie met het ziekenhuis. Het inzoomen op de machtsverhouding tussen de regiomaatschap 'Urologen voor U' en het St. Antonius ziekenhuis geeft inzicht in de manier waarop bestuurders en de specialisten vorm geven aan de onderhandelingsrelatie. Er wordt door middel van een analyse getracht om in kaart te brengen welke machtsbronnen bijdragen aan een sterkere onderhandelingspositie van de regiomaatschap of het ziekenhuis. Voor andere ziekenhuizen, maatschappen en voor de overheid is het interessant of er daadwerkelijk een verschuiving in de machtsbronnen wordt aangetroffen en op welke wijze deze plaatsvindt. Daarnaast is het uiterst relevant welke consequenties een eventuele verschuiving in machtsbronnen heeft voor de samenwerking en hoe dit de onderhandelingsrelatie tussen de beide partijen beïnvloedt.

Naast de maatschappelijke relevantie is deze scriptie ook wetenschappelijk relevant, omdat een lacune in de wetenschappelijke kennis over de consequenties van een regiomaatschap voor de onderhandelingsrelatie wordt ingevuld. Er is nog weinig wetenschappelijke kennis aanwezig over de gevolgen van het vormen van een regiomaatschap op de onderhandelingspositie met het ziekenhuis. Door dit in kaart te brengen kan meer inzicht worden verkregen in de gevolgen van regiomaatschappen voor de Nederlandse gezondheidszorg. Deze scriptie wil een aanvulling zijn op huidige - wetenschappelijke- kennis over de consequenties van een regiomaatschap voor de onderhandelingsrelatie tussen de maatschap en het ziekenhuis. Dit onderzoek kan vervolgens als input dienen voor zowel wetenschappelijke als maatschappelijke discussies.

1.5 Probleemstelling

Wat zijn de consequenties van de vorming van de regiomaatschap 'Urologen voor U' voor de onderhandelingsrelatie met het St. Antonius Ziekenhuis?

1.5.1 Deelvragen

1. Hoe is de regiomaatschap 'Urologen voor U' tot stand gekomen?

Met deze deelvraag wordt op een beknopte wijze een reconstructie gemaakt van de wijze waarop de regiomaatschap tot stand is gekomen. Deze reconstructie is nodig om de verandering van de machtsbronnen en de gevolgen daarvan op de onderhandelingsrelatie beter te kunnen duiden binnen de, door deze vraag, vastgestelde context. Hierbij ligt de focus op elementen uit de context die bijdragen aan het begrip van de onderhandelingsrelatie zoals doelstellingen, stakeholders en de inrichting van de organisatie. Gekozen is om sommige gevolgen die binnen deze kaders worden aangetroffen, bijvoorbeeld de financiële consequenties, wel te benoemen, maar niet verder uit te werken.

2. Welke machtsbronnen van de regiomaatschap en het ziekenhuis spelen een belangrijke rol en op welke wijze zijn deze machtsbronnen gewijzigd?

Op deze deelvraag wordt antwoord gegeven door middel van een inventarisatie van de bronnen van macht die spelen in de onderzochte situatie. Daarbij wordt in kaart gebracht welke machtsbronnen de beide partijen tot hun beschikking hebben. Vervolgens zal getracht worden te achterhalen op welke wijze de machtsbalans is veranderd ten gevolge van de vorming van de regiomaatschap.

3. Op welke wijze beïnvloedt de verschuiving van machtsbronnen de -onderhandelingsrelatie tussen de maatschap en het ziekenhuis?

Na het beantwoorden van de eerste twee deelvragen wordt vervolgens getracht om helder te krijgen op welke wijze de eventuele verandering in de machtsbalans invloed heeft op de -onderhandelingsrelatie tussen de regiomaatschap en het ziekenhuis.

1.6 Leeswijzer

Na deze inleiding wordt in hoofdstuk 2 het theoretisch kader beschreven, waarin de relatie tussen de regiomaatschap en het ziekenhuis vanuit een wetenschappelijk perspectief wordt gedefinieerd. Daarnaast staan de onderhandelingsrelatie en de theoretische inventarisatie van de beschikbare bronnen van macht centraal in dit hoofdstuk. Vanuit deze twee onderdelen worden in dit onderzoek de consequenties van het bezit van machtsbronnen voor de onderhandelingsrelatie inzichtelijk gemaakt. Hoofdstuk 3 bevat een beschrijving van de methodologie, waarin dieper in wordt gegaan op keuzes die zijn gemaakt betreffende de wijze van onderzoek. Hoofdstuk 4 bevat een beschrijving van de belangrijkste resultaten die zijn aangetroffen in de empirie. Deze resultaten zijn verkregen vanuit de verzamelde documenten en de afgenomen interviews. In hoofdstuk 5 worden de resultaten geconfronteerd met de theoretische uitgangspunten van dit onderzoek. Daarnaast vindt hier een kritische reflectie plaats op het onderzoek, waarin eventuele beperkingen en aanvullende opmerkingen worden beschreven. In hoofdstuk 6 wordt antwoord gegeven op de onderzoeksvraag door het beantwoorden van de deelvragen en worden aanbevelingen gedaan voor de praktijk en voor verder onderzoek.

2.Theoretisch kader

Dit hoofdstuk biedt theoretische concepten die van belang zijn om de probleemstelling van dit onderzoek te onderzoeken. Zo wordt beschreven hoe de relatie tussen het ziekenhuis en de regiomaatschap gedefinieerd kan worden. Vervolgens wordt ingegaan op het concept macht en het perspectief van dit onderzoek op een onderhandelingsrelatie. Hierop volgt de theoretische inventarisatie van beschikbare machtsbronnen met de theorie van de concurrerende krachten van Porter (1979) als belangrijkste theoretisch uitgangspunt. Tevens wordt aandacht besteed aan de wijze waarop de theorie wordt toegepast in dit onderzoek.

2.1 Leverancier en afnemer

Door de vorming van regiomaatschappen is er mogelijk sprake van een disbalans in de machtsverhouding tussen het ziekenhuis en de maatschap. Het is belangrijk om deze partijen ten opzichte van elkaar te positioneren om vervolgens nader onderzoek te doen naar deze onderlinge verhouding. Zowel Porter (1979), Blair en Buessler (1998) als Hiemstra en van Tilburg (1990) stellen dat de maatschap gezien kan worden als leverancier en het ziekenhuis als afnemer. Ook Groenewegen (2007) constateert dat medisch specialisten zich reeds steeds meer loswaken uit de organisatie van het ziekenhuis in de richting van een contract als toeleverancier. In dit onderzoek wordt daarom een (onderhandelings)relatie, tussen het ziekenhuis als afnemer en de regiomaatschap als leverancier, verondersteld.

2.1.1 De maatschap als leverancier

Vanuit het model van de concurrerende krachten van Porter (1979) wordt de regiomaatschap gezien als een leverancier. De leverancier is degene die de organisatie voorziet van de diensten die nodig zijn voor de bedrijfsvoering. In dit geval voorziet de regiomaatschap het ziekenhuis van medisch specialistische diensten. Het ziekenhuis heeft deze diensten van de regiomaatschap nodig om zorg te leveren aan zijn klanten. De klanten van het ziekenhuis zijn de zorgverzekeraar(s) en uiteindelijk ook de patiënt. Door de regiomaatschap als leverancier te definiëren wordt de medisch specialist als het ware buiten het ziekenhuis gepositioneerd. Het ziekenhuis sluit een contract af met de regiomaatschap over de te leveren diensten. Deze vorm van samenwerking kan gezien worden als 'outsourcing' of uitbesteding (Meijer & Gelderman 2012, Hiemstra en van Tilburg 1990). Glouberman en Mintzberg (2001) stellen dat er een kloof bestaat tussen de medisch specialist en de bestuurders van een ziekenhuis, de stap naar uitbesteding is vanuit hun visie niet zo groot. Vanuit deze externe positie van de regiomaatschap, als leverancier van diensten aan het ziekenhuis, kan gezocht worden naar een passende vorm van samenwerking.

2.1.2 Het ziekenhuis als afnemer

De afnemer is de partij die de diensten afneemt van de leverancier. De afnemer hoeft dus niet de uiteindelijke klant te zijn. Dit is ook zo in de Nederlandse gezondheidszorg. De afnemer is het ziekenhuis dat de diensten afneemt van de regiomaatschap. Het ziekenhuis is echter niet de uiteindelijke klant, dit is de zorgverzekeraar die diensten inkoopt voor de patiënt. In dit onderzoek wordt het ziekenhuis, volgens het model van Porter (1979), geplaatst als afnemer van diensten van de regiomaatschap. Het ziekenhuis levert die diensten weer aan de zorgverzekeraar en uiteindelijk aan de patiënt.

Vanuit de geschetste relatie tussen de regiomaatschap en het ziekenhuis kan men zich indenken dat machtsverhoudingen een belangrijke rol spelen. Macht en de bronnen en middelen die bijdragen tot een sterke positie in het onderhandelingsproces worden dan ook door Porter (1979) benoemd als elementen die belangrijk zijn in de machtsbalans tussen afnemer en leverancier.

2.2 Macht

Macht speelt een belangrijke rol in de relatie tussen de maatschap en het ziekenhuis, omdat wordt verondersteld dat partijen niet in staat zijn om de gestelde doelen zelfstandig te bereiken, of slechts tegen aanzienlijk hogere kosten (Van der Krogt en Vroom 1995). De beweeglijkheid van de verhouding zorgt ervoor de partijen zich steeds moeten heroriënteren op hun machtspositie (Van der Krogt & Vroom 1995). Mastenbroek (2002) stelt een zekere mate van macht zelfs als voorwaarde voor een onderhandelingsrelatie tussen twee partijen. Macht is dus een belangrijk onderdeel van een onderhandelingsrelatie. Het is daarom van belang om het begrip 'macht' te definiëren. Kanter (1974) omschrijft macht als de vaardigheid tot het behalen van resultaten. De definitie van macht volgens Johnson et al. (2011:145) is:

“Het vermogen van een individu of groep om anderen te overtuigen, te bewegen of te dwingen om een bepaalde richting in te gaan”.

Hieruit blijkt dat Johnson et al. (2011) macht ziet als een sociaal verschijnsel waarbij een partij of individu een sterkere positie heeft ten opzichte van een andere. De machtige partij kan de andere partij proberen te overtuigen of, indien nodig, dwingen een bepaalde richting in te gaan. Pfeffer (1993) en Mintzberg (1983) stellen macht eenvoudiger voor. Zij zien macht als de mogelijkheid van een individu of groep om zijn wil op te leggen. Roberts (1986) beschrijft macht als een verschijnsel waarbij een sociale actor macht verkrijgt vanuit een disbalans of ongelijkheid tussen twee of meer actoren binnen een onderlinge relatie. Ook van der Krogt en Vroom (1995) gaan uit van ongelijke belangen tussen verschillende partijen.

Waar bovenstaande definities vooral uitgaan van interpersoonlijke macht, kan macht ook gedefinieerd worden in de relaties tussen organisaties (Salancik & Pfeffer 1974, Elias 2008). Vanuit dit perspectief is er vooral belangstelling voor processen die plaatsvinden op interorganisationeel niveau, theorieën over macht tussen organisaties worden vaak op macro-niveau geformuleerd. Porter (1979) maakt hier gebruik van in zijn model van de concurrerende krachten. In zijn model richt Porter (1979) zich naast interpersoonlijke aspecten van macht vooral op de verschillende bronnen van macht die binnen een bedrijfstak van invloed zijn op de onderhandelingspositie tussen organisaties. De machtsbalans tussen de partijen wordt bepaald door de mate waarin de bronnen van macht ingezet kunnen worden door een van de partijen.

2.3 Onderhandelingsrelatie

In de literatuur wordt het begrip onderhandelen, net als macht, ook vanuit verschillende perspectieven benaderd. Het eerste perspectief is het perspectief van de interpersoonlijke relatie. Daarin wordt de vraag gesteld hoe partijen (een groep of individu) tot een overeenkomst komen. De onderhandelingsrelatie en het onderhandelingsproces tussen personen staan daarin centraal (Van der Krogt & Vroom 1995).

Lax en Sebenius (2006) onderscheiden vier elementen van een onderhandelingsrelatie tussen individuen of groepen. Ten eerste wederzijdse afhankelijkheid, gevolgd door de perceptie van conflicterende belangen. Vervolgens stellen zij dat er sprake moet zijn van opportunistische interactie, beide partijen moeten een hoger nut kunnen behalen door de samenwerking. Ten slotte moet er een mogelijkheid aanwezig zijn dat er een overeenkomst wordt gesloten. Ook Mastenbroek (2002) stelt dat onderhandelen het gevolg is van wederzijdse afhankelijkheid. Hij stelt dat beide partijen alleen tot onderhandeling overgaan indien zij door een verbintenis met elkaar een betere situatie voor zichzelf kunnen creëren. Mastenbroek (2002) onderscheidt zich ten opzichte van de andere auteurs door nadruk te leggen op machtsverschillen en de gevolgen die dit heeft op de onderhandelingsrelatie. De definitie van een onderhandelingsrelatie volgens Mastenbroek (2002) is als volgt:

“The course negotiations take is related to the sources of power and dependency relations of the parties involved. Those parties may be unequally interdependent, but negotiation assumes a certain equality between sides. When there are clear power differences, different behaviour occurs: manipulating and exploitative on one side and submissive and complaint on the other” (Mastenbroek 2002:74).

Mastenbroek (2002) beschrijft vervolgens vier fasen in een onderhandelingsproces. Hij stelt dat een onderhandeling begint met de voorbereiding of het initiatief. Vervolgens vindt er ‘verbaal vuurwerk’ en ‘psychologische oorlogsvoering’ plaats. De laatste fase die Mastenbroek (2002) onderscheidt, is die van crisis en afronding. Volgens Lewicki (2006) zijn deze fasen echter te ‘distributief’. Met ‘distributief’ onderhandelen wordt bedoeld dat er een bepaalde meerwaarde moet worden verdeeld tussen twee partijen (Walton & McKersie 1965). Onderhandelen wordt dan gezien als de oplossing voor marktfalen, waarbij de partijen zich richten op een verdeling van dat wat er al is. Daar tegenover staat ‘integratief’ onderhandelen, waarbij men zich meer richt op het extra aanwezig potentieel. De onderhandelings situatie is daarbij een gezamenlijk probleem, waar partijen zo goed mogelijk, met zoveel mogelijk gecreëerde waarde, uit willen komen. In plaats van de andere partij voor zijn tekortkomingen te ‘straffen’, wordt op zoek gegaan naar potentiële waarde die de beide partijen aan elkaar kunnen bieden. Integratief onderhandelen is een manier van onderhandelen waarbij de relatie tussen de beide partijen een belangrijke rol speelt. Vaak zijn deze partijen voor langere tijd aan elkaar verbonden en hebben zij daarom belang bij een goede (onderhandelings)relatie.

Vanuit een onderhandelingsproces worden vervolgens beslissingen genomen die gevolgen hebben voor de samenwerking. Beslissingen die te maken hebben met concentratie en spreiding, fusie en samenwerking of het produceren van bepaalde diensten zijn volgens Van de Krogt en Vroom (1995) zeer beïnvloedingsgevoelig. Deze beslissingen zijn voor de betrokken partijen van groot strategisch belang. Meerdere partijen, formeel dan wel informeel, zijn daarbij betrokken en zij onderhandelen met elkaar over de uitkomst. Een belangrijk kenmerk van onderhandelingsprocessen is de relatieve onzekerheid en het gebrek aan beschikbare informatie, dan wel tegenstrijdige informatie.

Partijen kunnen hierop inspringen om hun positie in het onderhandelingsproces te verbeteren (Keuning & Epping 1982). Het verbeteren van de positie in het onderhandelingsproces wordt gedaan door de inzet van machtsbronnen (Van der Krogt & Vroom 1995, Mastenbroek 2002). Machtsbronnen zijn zaken, eigenschappen of middelen waarover een actor (individu of groep) beschikt, die macht kunnen opleveren (Devos 2006). Voorbeelden van machtsbronnen zijn: materiële macht, positie- of functiemacht, macht van

de expert (kennis en vaardigheden), relaties en imago en collectieve macht (Van der Krogt & Vroom 1995). Door de inzet van deze machtsbronnen bestaat tussen partijen een ongelijke kans om de gestelde doelen te realiseren.

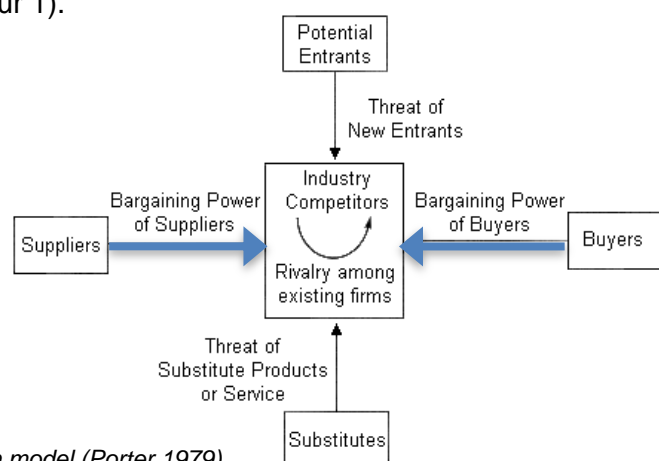
Salancik en Pfeffer (1974) stellen, dat de pre-occupatie met betrekking tot interpersoonlijke macht, de machtsverhouding tussen organisaties teveel heeft onderbelicht. Volgens Salancik en Pfeffer (1974) zorgt de analyse van de bredere context waarbinnen organisaties zich bevinden voor een meer adequate uitkomst van de factoren die bijdragen tot een machtspositie. Binnen het inter-organisationale perspectief wordt vanaf een hoger niveau gekeken naar relaties, namelijk de relaties tussen organisaties. Daarin wordt onderhandeling gezien vanuit de bedrijfstak waarin beide organisaties zich bevinden. Porter (1979) richt zich in zijn model van de concurrerende krachten met name op de onderhandelingsrelaties tussen organisaties in een bepaalde bedrijfstak.

2.4 Concurrerende krachten van Porter

Om een analyse te maken van de onderhandelingsrelatie tussen de regiomaatschap en het ziekenhuis, is het belangrijk om de relatie tussen de betrokken actoren vanuit een theoretisch perspectief ten opzichte van elkaar te positioneren. In dit onderzoek is gekozen om de verhouding tussen de regiomaatschap en het ziekenhuis te bezien vanuit het perspectief van concurrerende krachten van Porter (1979).

In het model van de concurrerende krachten, ook wel het vijf-krachten model genoemd, onderscheidt Porter (1979) krachten die invloed hebben op de concurrentiepositie van een onderneming in een bepaalde bedrijfstak. De krachten die een rol spelen zijn: de macht van de leveranciers, de macht van de afnemers, de bedreiging van nieuwe toetreders tot de markt, de interne concurrentie en de mate waarin substituten of complementaire diensten/goederen te verkrijgen zijn (Porter 1979).

Het vijf-krachten model van Porter (1979) is in eerste instantie geschreven voor toepassing in de industrie. Hoewel er verschillen zijn tussen zorgverlening en industrie, zijn de basisprincipes van het analyseren van concurrentie binnen een bedrijfstak breed toepasbaar. Het vijf-krachten model van Porter (1979) wordt tegenwoordig dan ook vaak toegepast in analyses van de gezondheidszorg (Swayne et al. 2005 en Volberda 2009). In dit onderzoek wordt het model toegepast op de concurrentiepositie van het ziekenhuis en de regiomaatschap. Grundy (2006) en Porter (1979) geven aan dat het vijfkrachten model dynamisch kan worden toegepast indien de context daarom vraagt. De horizontale as van het vijf-krachten model van Porter (1979) is in dit onderzoek gebruikt om de verhouding tussen de regiomaatschap en het ziekenhuis te positioneren als respectievelijk leverancier en afnemer (Figuur 1).



Figuur 1: Vijf-krachten model (Porter 1979)

De specifieke concurrentiekrachten die een organisatie in een bepaalde bedrijfstak het hoofd moet bieden kunnen veranderen door de tijd. Binnen en tussen bedrijfstakken kunnen nieuwe structuren ontstaan waarin de gevestigde orde op een andere manier moet onderhandelen om gewenst resultaat te bereiken. Door een analyse te maken van de positie van de onderneming en de krachten die erop inwerken, kan een onderneming zijn strategie kiezen. Met deze strategie kan de onderneming invloed krijgen op de evolutie van de bedrijfstak en de eigen rol daarin. Kennis van de bronnen van macht en onderhandelingspositie levert de grondslag om te beoordelen hoe de organisatie ervoor staat en welke stappen gezet moeten worden (Volberda 2009).

Een belangrijk kenmerk van de benadering van Porter (1979) is de nadruk die hij legt op niet enkel de relatie tussen de individuele partijen, maar juist op de onderliggende marktbrede krachten in het veld. Dit gaat veel verder dan de individuele onderhandelingsrelatie tussen twee partijen. Porter (1979) stelt dan ook dat slechts wanneer er naar de samenhang in concurrerende krachten wordt gekeken een beoordeling kan worden gedaan van de situatie.

De commissie Meurs (2012) stelt in haar rapport dat de ontwikkeling van regiomaatschappen onwenselijk is vanwege de gevolgen voor de onderhandelingsrelatie met het ziekenhuis. Daarin wordt dus eigenlijk gesproken over de onderhandelingspositie van de leverancier (maatschap) ten opzichte van de afnemer (ziekenhuis). De benadering van Porter (1979) vormt daarom een goed hulpmiddel om een uitspraak te doen over de (on)wenselijkheid van de vorming van regiomaatschappen. Daarom wordt onderzocht welke verschuivingen in de machtsverhouding tussen afnemer en leverancier hebben plaatsgevonden ten gevolge van de vorming van een regiomaatschap. De machtsbronnen die Porter (1979) in zijn model van concurrerende krachten onderscheidt, vormen in dit onderzoek de basis om de onderhandelingsrelatie te analyseren.

2.5 Machtsbronnen

Volgens Porter (1979) beschikt zowel de leverancier als de afnemer over bepaalde machtsbronnen die hun positie in de onderhandelingsrelatie kan versterken.

De macht van de leverancier en de macht van de afnemer hangt samen met: de concentratie van afnemers of leveranciers, de beschikbare substituten, het deel van de omzet dat wordt afgenomen, de mate van differentiatie van product of dienst, het belang van het product of dienst voor de partijen, de hoogte van de overstapkosten, het risico op voorwaartse of achterwaartse integratie, de aanwezigheid van uittredingsdrempels en de informatie waarover beide partijen beschikken.

De invloed van de machtsbronnen op de machtsbalans tussen de afnemer en de leverancier wordt in Figuur 2 afgebeeld.



figuur 2. Krachten die van invloed zijn op de onderhandelingspositie van de leverancier en de afnemer.

2.5.1 Concentratie

Een leverancier beschikt volgens Porter (1979) over een sterke onderhandelingspositie indien er weinig vergelijkbare bedrijven of organisaties zijn die dezelfde diensten of producten leveren. Het is voor de afnemer dan moeilijk om bij dreiging over te stappen naar een andere leverancier. Daarnaast hebben leveranciers die schaars zijn op de markt meer invloed op ontwikkelingen in de markt.

De afnemer is volgens Porter (1979) een machtige partij indien er sprake is van een concentratie van afnemers of indien de afnemer in zeer grote hoeveelheden afneemt. Indien er sprake is van concentratie van afnemers, dan zal de leverancier eerder bereid zijn om aan de eisen van de afnemer tegemoet te komen, aangezien de leverancier anders een deel van zijn afzetmarkt verliest. Bij afname van grote hoeveelheden geldt dat de leverancier in hoge mate afhankelijk is van een afnemer voor een groot gedeelte van zijn afzet. Dit zorgt voor een sterkere onderhandelingspositie van de afnemer.

2.5.2 Beschikbaarheid van substituten

De beschikbaarheid van substituten of complementaire goederen of diensten is een bedreiging voor de positie van de leverancier. Heeft de leverancier echter een dergelijke positie in de markt dat er nauwelijks of geen dreiging uitgaat van substituten, dan geeft dit juist een extra impuls aan de onderhandelingspositie van de leverancier (Porter 1979).

Substituten zorgen ervoor dat de afnemer alternatieven heeft indien de leverancier voorwaarden stelt in de onderhandeling waar de afnemer niet in mee wil gaan. Door de aanwezigheid van substituten is minder sprake van afhankelijkheid tussen de leverancier en de afnemer. De substituten moeten dan wel vergelijkbaar zijn in kwaliteit, prijs en functionaliteit.

2.5.3 Omzet van afnemer of leverancier

Indien een leverancier aan meerdere partijen levert, dan is hij in mindere mate afhankelijk van een afnemer om een bepaalde omzet te garanderen. Is de afnemer echter wel van groot belang voor de winstgevendheid van de leverancier dan is er volgens Porter (1979) voorzichtigheid geboden in de onderhandeling met de afnemer.

De onderhandelingspositie van de afnemer wordt sterker naarmate de meerwaarde van het product voor de afnemer kleiner is. Indien de dienst of het product van de leverancier zorgt voor slechts een klein gedeelte van de omzet van de afnemer dan zal de positie van de afnemer in het onderhandelingsproces sterker zijn.

2.5.4 Mate van differentiatie

Een leverancier beschikt volgens Porter (1979) over een sterke positie in het onderhandelingsproces indien de leverancier een schaars of uniek product levert. Dit kan bijvoorbeeld voortkomen uit het feit dat de specifieke criteria waaraan het product of dienst moet voldoen alleen geleverd kan worden door een beperkt aantal leveranciers met specifieke vaardigheden en kennis. Daarnaast geldt ook, dat indien de afnemer heeft geïnvesteerd in technologie die is gelinkt aan de capaciteiten van de leverancier, er sprake is van een sterke onderhandelingspositie van de leverancier.

Naarmate er in mindere mate sprake is van de noodzaak tot gespecialiseerde leveranciers zal de onderhandelingsmacht van de afnemer toenemen. Het product of dienst kan dan van meerdere partijen worden afgenomen, waardoor de afnemer partijen tegenover elkaar uit kan spelen om voor zichzelf de beste condities te creëren.

2.5.5 Belang van product

De leverancier heeft tevens een sterkere onderhandelingspositie indien de afnemer veel belang heeft bij het product of de dienst die geleverd wordt. De risico's van genoegen nemen met een dienst of product dat niet aan alle kwaliteitseisen voldoet is dan te groot. De leverancier heeft in deze relatie een sterke positie door de afhankelijkheid van de afnemer van de kwaliteit van de geleverde diensten.

Porter (1979) stelt daartegenover, dat indien een afnemer minder gevoelig is voor onderhandelingen op grond van de prijs, de afnemer alsnog een sterke onderhandelingspositie kan innemen. De afnemer is dan namelijk alleen gevoelig voor onderhandelingen die de kwaliteit van de geleverde diensten of producten betreffen.

2.5.6 Overstapkosten

Naarmate de kosten om van leverancier te wisselen hoger worden voor de afnemer zal een bedrijf minder snel een andere leverancier kiezen. Dit kan bijvoorbeeld te maken hebben met het feit dat de mogelijkheid van de afnemer om diensten te leveren aan zijn klanten nauw verbonden is met de productiefaciliteiten van de leverancier. De leverancier kan dus meer macht uitoefenen in het onderhandelingsproces, omdat de afnemer minder gemakkelijk in staat is om naar een concurrerende leverancier te gaan.

Indien de kosten om over te stappen van leverancier niet zo hoog zijn, dan zal de afnemer dit inzetten in de onderhandeling met de leverancier (Porter 1979).

2.5.7 Voorwaartse of achterwaartse integratie

Indien de dreiging bestaat dat de leverancier de producten of diensten van de afnemer zelf gaat aanbieden, dan neemt de machtspositie van de leverancier toe. Dit wordt ook wel voorwaartse integratie genoemd (Porter 1979). Deze dreiging vormt een sterke machtsbron

om de afnemer in het onderhandelingsproces te dwingen in te gaan op de gestelde voorwaarden.

De afnemer kan echter dezelfde machtsbron inzetten om zijn positie te versterken. Dit houdt in, dat de afnemer dreigt om de producten of diensten die de leverancier aanbiedt zelf te gaan fabriceren. Porter (1979) noemt dit de kracht van de dreiging van achterwaartse integratie.

2.5.8 Uittredingsdrempels

Douma (2004) noemt in zijn uitwerking van de concurrerende krachten van Porter (1979) de machtsbron van uittreding. Indien de leverancier de mogelijkheid heeft om te stoppen met het type product of dienst dat hij levert aan een bepaalde afnemer dan geeft dit een extra impuls aan de positie in de onderhandelingsrelatie.

Ditzelfde geldt echter ook voor de afnemer. Indien de afnemer kan stoppen met het leveren van een bepaalde dienst of product aan zijn klanten, dan heeft de afnemer de leverancier niet meer nodig. Dit kan een extra bron van macht zijn in de onderhandeling.

2.5.9 Beschikbare informatie

De leverancier beschikt over een machtigere positie in het onderhandelingsproces als hij over meer informatie beschikt over de markt dan de afnemer (Porter 1979, Van de Krogt & Vroom 1995). Indien de leverancier beter geïnformeerd is over bijvoorbeeld de vraag, de kosten en de prijzen, dan kan dit van voordeel zijn in de onderhandeling met de afnemer. Ook kan de leverancier beschikken over unieke kennis en kunde waardoor de afhankelijkheid van de afnemer toeneemt.

Voor de afnemer is het dus van groot belang om goed onderzoek te doen naar de markt waar de leverancier zich in bevindt. Tegelijkertijd kan de afnemer dezelfde troef spelen in de onderhandeling aangezien de afnemer zich vaak in een ander gedeelte van de bedrijfstak bevindt en daar meer informatie over heeft.

Hoewel Porter (1979) zich in zijn originele model vooral richt op de concurrentiekrachten in een bedrijfstak, is in dit onderzoek gekozen om Porter (1979) toe te passen op de inter-organisationale relatie tussen de regiomaatschap en het ziekenhuis. Naast de bovenstaande machtsbronnen, die gebaseerd zijn op de belangrijkste factoren volgens Porter (1979), zijn er ook nog andere bronnen van macht te onderscheiden. Devos (2006), French & Raven (1959) en Van der Krogt & Vroom (1995) benoemen nog enkele bronnen van macht. De machtsbronnen die zij onderscheiden zijn: hulpbronnen (financiële kracht, informatie- en menskracht), functiemacht (beslismacht), kennis of expertise, collectieve macht (solidariteit en organisatie), positie in het besluitvormingsproces en onderling vertrouwen en relaties of imago.

Balogun en Hope Hailey (2002) onderschrijven het belang om te starten met een uitgebreide lijst van mogelijke machtsbronnen. Het is namelijk nooit zeker wat er aangetroffen wordt in de praktijk. Volgens Balogun en Hope Haily (2002) moet iedere situatie opnieuw beoordeeld worden, vanwege de complexe aard van de te onderzoeken context. Vanuit deze theorie is het ook mogelijk dat tijdens het onderzoek nieuwe machtsbronnen worden aangetroffen. In dit onderzoek zal door middel van een uitgebreide inventarisatie in kaart worden gebracht welke machtsbronnen beide partijen tot hun beschikking hebben. De machtsbronnen van Porter (1979) dienen in deze inventarisatie als basis, vanwege de nadruk die wordt gelegd op de inter-organisationale aspecten van een onderhandelingsrelatie. Omdat in de praktijk wellicht blijkt dat deze relatie niet kan worden

onderzocht zonder aandacht voor de interpersoonlijke bronnen van macht, dienen de machtsbronnen van Van der Krogt en Vroom (1995) als aanvulling. Vervolgens kan gekeken worden hoe de wijziging in machtsbalans de onderhandelingspositie van de partijen beïnvloedt (Van der Krogt & Vroom 1995).

2.6 Uitgangspunt van dit onderzoek

Samenvattend kan worden gesteld, dat partijen een onderhandelingsrelatie met elkaar aangaan die gebaseerd is op onderlinge afhankelijkheid en dat deze relatie wordt vormgegeven door de machtsbronnen waarover men beschikt. De beschikbare machtsbronnen van de regiomaatschap en het ziekenhuis worden in dit onderzoek geanalyseerd met als basis de machtsbronnen die Porter (1979) onderscheidt in zijn model van de concurrerende krachten. Tevens wordt onderzocht op welke manier die machtsbronnen een verschuiving in de machtsbalans veroorzaken. Vanuit de analyse van de machtsbronnen en de consequenties daarvan voor de onderhandelingspositie zal blijken, welke partij de meest krachtige positie bezit. Dan kan geconcludeerd worden hoe de machtsbalans tussen de beide partijen vorm wordt gegeven.

3. Methoden van onderzoek

In dit hoofdstuk wordt de methodiek van dit onderzoek besproken. Allereerst wordt de keuze voor kwalitatief onderzoek en de onderzoekseenheden verklaard. Vervolgens wordt de wijze van data-verzameling besproken. Hierna volgt een beschrijving van de manier waarop de data geanalyseerd zijn. In dit hoofdstuk wordt tot slot besproken hoe getracht is de validiteit en betrouwbaarheid van dit onderzoek te waarborgen.

3.1 Kwalitatief onderzoek

Met dit onderzoek wordt getracht om meer inzicht te verkrijgen in de consequenties voor de onderhandelingsrelatie door de verandering in de beschikbare machtsbronnen tussen de regiomaatschap en het ziekenhuis. Om deze vraag te kunnen beantwoorden is gekozen voor een kwalitatieve aanpak. Volgens Maso en Smaling (1998) wordt er met een kwalitatief onderzoek gekozen voor een flexibele aanpak waarmee ingespeeld kan worden op wat de onderzoeker aantreft. Hierdoor was er ruimte voor onvoorziene en onverwachte gebeurtenissen tijdens het verzamelen van data.

Omdat er weinig bekend is over de consequenties van de veranderende machtsbronnen en de gevolgen daarvan voor de onderhandelingsrelatie tussen regiomaatschap en ziekenhuis is er gekozen voor explorerend kwalitatief onderzoek. Het doel van dit type kwalitatief onderzoek is het verkrijgen van inzicht in een situatie of domein waar nog weinig over bekend is (Mortelmans 2011). Met dit kwalitatief onderzoek is getracht de context van de dagelijkse realiteit te begrijpen. Met deze nieuwe kennis kunnen hypothesen voor verder onderzoek worden opgesteld (Mortelmans 2011).

Binnen dit kwalitatief onderzoek is gekozen voor de casestudie als onderzoeksstrategie, wat een vorm is van diepgaand kwalitatief onderzoek (Creswell 2003). Een casestudie kan dienen om sociale situaties te signaleren en te analyseren (Bowling 2002). In een casestudie worden de ontstaansgeschiedenis, de veranderingen en de complexe structuur van een verschijnsel beschreven en verklaard door aan een aantal variabelen tegelijk aandacht te besteden. Volgens Swanborn (2002) begint een casestudie met een globale onderzoeksopzet. Door middel van het verzamelen en analyseren van data via documenten en interviews is vervolgens concreter vorm gegeven aan de onderzoeksopzet.

3.2 Onderzoekseenheden

In dit onderzoek wordt de regiomaatschap 'Urologen voor U' en diens relatie met het St. Antonius Ziekenhuis gebruikt als casus. De keuze voor een enkele regiomaatschap en de focus op de relatie met een enkel ziekenhuis bood de mogelijkheid om grondig en diepgaand zicht te krijgen op de consequenties van de vorming van de regiomaatschap voor de onderhandelingsrelatie met het ziekenhuis.

Er is gekozen om een enkele casus te onderzoeken vanwege de complexiteit van het onderwerp. Het is niet gemakkelijk om in het complexe speelveld van specialist, regiomaatschap en ziekenhuis een goede beschrijving van de onderhandelingsrelatie te maken, zeker omdat er over deze relatie nog maar weinig bekend is. Gezien de vereiste grondigheid en diepgang stond de tijd het niet toe om meerdere casussen naast elkaar te onderzoeken.

Voor het selecteren van de casus speelde het moment van oprichting een rol. De regiomaatschap 'Urologen voor U' is in 2009 opgericht. Sindsdien hebben andere maatschappen het voorbeeld van deze regiomaatschap gevolgd. Een ander belangrijk

argument voor de selectie van deze casus was dat de maatschap sinds langere tijd functioneerde als regiomaatschap en de situatie voldoende tot rust was gekomen om uitspraken te doen over de consequenties van het vormen van een regiomaatschap voor de onderhandelingsrelatie met het ziekenhuis.

Tenslotte was een groot voordeel van deze casus dat het merendeel van de maten uit de voormalig concurrerende maatschappen op het moment van het onderzoek nog werkzaam waren in de onderzochte regiomaatschap. Dit zorgde ervoor dat kennis en ervaringen wat betreft de situatie voor de vorming van de regiomaatschap en de verschillen met de huidige situatie nog beschikbaar waren.

Van de drie ziekenhuizen waar de regiomaatschap urologische zorg aan levert, werd in dit onderzoek gekozen om de onderhandelingsrelatie met het St. Antonius ziekenhuis te onderzoeken, omdat dit ziekenhuis het grootste ziekenhuis is van de drie ziekenhuizen en het enige ziekenhuis waar topklinische zorg wordt geleverd door de regiomaatschap. Door deze elementen was het de verwachting dat de krachten in onderhandeling hier waarschijnlijk het meest duidelijk zichtbaar zouden zijn. Er wordt hierna een korte schets gegeven van de beide partijen om zo een context weer te geven waarbinnen het onderzoek heeft plaatsvonden.

3.2.1 Regiomaatschap 'Urologen voor U'

Al vanaf de jaren '80 is er sprake van goede samenwerking tussen de urologen in de verschillende ziekenhuizen in Midden-Nederland. Deze samenwerking kwam vooral voort uit gedeelde weekenddiensten en wederzijdse waarnemingen. Er werd vanuit deze relatie al geruime tijd nagedacht over nauwere samenwerking.

Uiteindelijk zijn drie verschillende maatschappen urologie, werkzaam in respectievelijk het St. Antonius Ziekenhuis, het Diakonessen ziekenhuis en het Zuwe Hofpoort Ziekenhuis onder de naam 'Urologen voor U' een samenwerkingsverband aangegaan om op die manier kwaliteit van zorg te bieden en te blijven verbeteren. Op 1 januari 2009 tekenden de maatschappen de samenwerkingsovereenkomst en werd de interne organisatie gestalte gegeven om de ambities van de regiomaatschap te realiseren (Jaarverslag 2009-2010).

De missie van 'Urologen voor U' is zorgdragen voor het totale palet aan kwalitatief hoogwaardige urologische zorg voor de patiënten uit de gehele regio. De visie impliceert een aanbod van goede urologische zorg, kwaliteit van zorg en continue innovatie en ontwikkeling. Daarbij noemt 'Urologen voor U' zich een autonome organisatie waar urologische zorg dichtbij huis aangeboden en vraaggerichte, kwalitatief hoogwaardige zorg wordt geleverd. Er wordt in het jaarverslag geschreven dat moderne geneeskunde wordt bedreven met het ziekenhuis als facilitator (Jaarverslag 2009-2010).

Volgens de maatschap 'Urologen voor U' wordt door de vorm van regiomaatschap geanticipeerd op de landelijke ontwikkelingen, waarin het thema concentratie en spreiding een belangrijke rol speelt om de kwaliteit van zorg te verbeteren en kosten te drukken. Volgens het jaarverslag (2010) is in nauw overleg met de Raden van Bestuur van de verschillende ziekenhuizen een portfolio ontwikkeld, dat passend is binnen de ziekenhuisstrategieën (Jaarverslag 2009-2010).

3.2.2 St. Antonius Ziekenhuis te Nieuwegein

Het St. Antonius Ziekenhuis streeft ernaar om een gastvrij en topklinisch ziekenhuis te zijn, waarbij de kernwaarden medische topkwaliteit, veiligheid, hoffelijkheid en passie voor

excellentie zijn. In de toekomst wil het ziekenhuis leidend zijn in medische diagnostiek en behandeling, zorg, opleiding en toegepast onderzoek.

Het St. Antonius ziekenhuis is het grootste niet-academische ziekenhuis in Nederland, dat topklinische zorg levert. Topklinische zorg is hooggespecialiseerde zorg, zoals bijvoorbeeld oncologische zorg, waarvoor relatief dure en gespecialiseerde voorzieningen nodig zijn. Deze hooggespecialiseerde zorg heeft doorgaans een bovenregionale functie. Dit betekent dat ook patiënten buiten de regio Utrecht/Nieuwegein voor deze zorg naar het St. Antonius komen. In het jaarverslag (2011) heeft de Raad van bestuur de oncologische zorg als speerpunt van het ziekenhuis bestempeld. In het jaarverslag (2012) wordt uitgebreid stil gestaan bij de landelijke tendens van concentratie en spreiding, waarbij in het bijzonder de regionale samenwerking een belangrijk thema is geweest bij diverse vergaderingen.

Het St. Antonius Ziekenhuis heeft een breed en kwalitatief hoogwaardig productenpalet. Door samenwerking met topklinische ziekenhuizen in Nederland kunnen krachten gebundeld worden. Passie voor mensen en innovatie is daarin de bindende factor. Om eventuele nadelige effecten van regionale concurrentie te beperken heeft het St. Antonius gekozen om topzorg te leveren voor de oncologische patiënt. Nauwe samenwerking met andere ziekenhuizen in de regio wordt niet expliciet benoemd in het jaarverslag (2012), omdat daar in beperkte mate officieel vorm aan is gegeven.

3.3 Dataverzameling

3.3.1 Documenten

Het analyseren van documenten is een onderzoeksmethode, die allereerst in dit onderzoek werd toegepast. De documenten zijn geanalyseerd om zo meer zicht te krijgen op de machtsverhouding en de invloed daarvan op de onderhandelingsrelatie. Naast jaardocumenten van het ziekenhuis en de regiomaatschap, zijn de agenda's en notulen van vergaderingen en verslagen van overlegsituaties belangrijke bronnen van informatie. Bovenstaande documenten werden geraadpleegd om meer informatie te verkrijgen over hoe de partijen onderling samenwerken en op welke manier onderhandelingsprocessen verlopen op papier met als doel om de informatie zoals die werd aangetroffen op papier, te vergelijken met de situaties zoals die geschetst werden in de interviews.

3.3.2 Interviews

Om de onderzoeksvraag te beantwoorden is gekozen voor het uitvoeren van semi-gestructureerde interviews aan de hand van een topiclijst. Het uitvoeren van dergelijke interviews maakte het mogelijk om informatie te verkrijgen en tegelijkertijd dieper in te gaan op zaken die nodig waren voor een beter begrip van de situatie (Baarda & de Goede 2001). De topiclijsten voor de interviews werden opgesteld aan de hand van het theoretisch kader. Het betrof een afgebakende set van onderwerpen waarop de respondenten antwoord konden geven. De topiclijst is terug te vinden in bijlage 1. De interviewer zorgde ervoor dat de topiclijst werd gevolgd en week daarin af als dit vereist was voor het beantwoorden van de onderzoeksvraag (Mortelmans 2011).

In dit onderzoek zijn interviews gehouden met de volgende functionarissen:

- Vier urologen van de regiomaatschap 'Urologen voor U';
- Manager Vennootschap (maatschapmanager);
- Zorgmanager eenheid Man, Vrouw en Kind uit St. Antonius Ziekenhuis;

- Lid raad van bestuur St. Antonius Ziekenhuis;
- Zorgverzekeraar Achmea;
- Jurist NZa (Afdeling Markttoezicht en toezicht zorgaanbieders);
- Extern adviseur gezondheidszorg (betrokken bij oprichting regiomaatschappen, waaronder 'Urologen voor U').

De urologen zelf zijn een belangrijke bron van informatie geweest in dit onderzoek, zij vormen namelijk de regiomaatschap. Zij hebben inzicht kunnen verschaffen in de consequenties van de regiomaatschap voor de onderhandeling met het ziekenhuis gezien vanuit het perspectief van de medisch specialist. De maatschapsvoorzitter werd geïnterviewd, hij heeft een belangrijke rol gespeeld in onderhandelingen met de raad van bestuur en is daarin de vertegenwoordiger van alle maten. Vervolgens werd een uroloog benaderd die door zijn jarenlange ervaring en functioneren binnen de (regio)maatschap veel inspraak en aanzien heeft. Ten slotte werd de penningmeester gevraagd omdat hij beter inzicht kan geven in de financiële gevolgen van de vorming van een regiomaatschap. De selectie van urologen is mede tot stand gekomen op basis van advies van de maatschapvoorzitter en maatschapmanager op de vraag van de onderzoeker wie van de urologen de meeste (bruikbare) informatie kon verschaffen voor dit onderzoek.

De regiomaatschap 'Urologen voor U' heeft een maatschapmanager in dienst. De maatschapmanager is verantwoordelijk voor de bedrijfsmatige ondersteuning van de maatschap. In deze functie vormt zij een 'zakelijke buffer' tussen de medisch specialist en het ziekenhuisbestuur. De maatschapmanager heeft inzicht gegeven in haar rol in de onderhandeling, haar visie op de mogelijkheden die een regiomaatschap daarin biedt en welke machtsbronnen tot beschikking van de regiomaatschap staan.

De zorgmanager is de schakel tussen het ziekenhuisbestuur en de medisch specialist. Zij vertegenwoordigt in de onderhandeling de belangen van het ziekenhuis. De divisie manager heeft haar opvatting gegeven over de machtsbronnen die de regiomaatschap inzet en de machtsbronnen die het ziekenhuis inzet om de onderhandeling vorm te geven.

Een lid van de raad van bestuur kan in zijn rol als bestuurder inzicht geven in de onderhandeling tussen regiomaatschap en ziekenhuis. Interessant is hoe het ziekenhuisbestuur de onderhandeling met een regiomaatschap ervaart en welke machtsbronnen worden ingezet. Ook heeft de ziekenhuisbestuurder inzicht in de verschillen in onderhandeling met een regiomaatschap en een 'normale' maatschap. Dit onderzoek betreft de onderhandelingsrelatie van de regiomaatschap met het St. Antonius ziekenhuis, daarom is er gekozen om een lid van de raad van bestuur van dit ziekenhuis te benaderen. De raden van bestuur van de anderen ziekenhuizen kunnen wel degelijk interessante inzichten geven in de bestuurlijke verhoudingen, maar kunnen niet direct inhoudelijk bijdragen aan het beantwoorden van de hoofdvraag en zijn daarom niet geïnccludeerd in dit onderzoek.

De zorgverzekeraar werd gevraagd naar zijn ervaringen in de onderhandeling tussen regiomaatschap, ziekenhuis en verzekeraar. De zorgverzekeraar heeft ook zicht op verschillen tussen de verschillende soorten maatschappen in een ziekenhuis en de machtsbalans in onderhandeling.

Ook de NZa speelt een belangrijke rol in het krachtenveld. De visie van de NZa, als marktmeester van de zorg, is een belangrijke toevoeging aan dit onderzoek. Indien zij een standpunt inneemt waarbij ze het vormen van regiomaatschappen afkeurt dan heeft dit grote gevolgen.

Een extern adviseur kon vanuit een ander standpunt inzicht verschaffen in de processen die spelen bij de vorming van een regiomaatschap en de consequenties daarvan. De respondent in dit onderzoek heeft bij de oprichting van de maatschap 'Urologen voor U' een raadgevende functie vervuld. Hij heeft daarnaast bij meerdere regiomaatschappen geadviseerd, wat zorgt voor een breder perspectief in dit onderzoek.

Door middel van de interviews werden de meningen, ideeën en ervaringen van professionals uit de maatschap, bestuurders van het ziekenhuis, zorgverzekeraar, NZa en extern adviseur, over de veranderingen in de beschikbare machtsbronnen en de consequenties daarvan voor de onderhandelingsrelatie achterhaald. Van de interviews werden geluidsopnamen gemaakt. De data verkregen uit de interviews werden uitgewerkt in de vorm van een transcript. Hier is zorgvuldig mee omgegaan, zodat de privacy van de respondenten en de vertrouwelijkheid van de informatie werd gegarandeerd.

3.4 Data-analyse

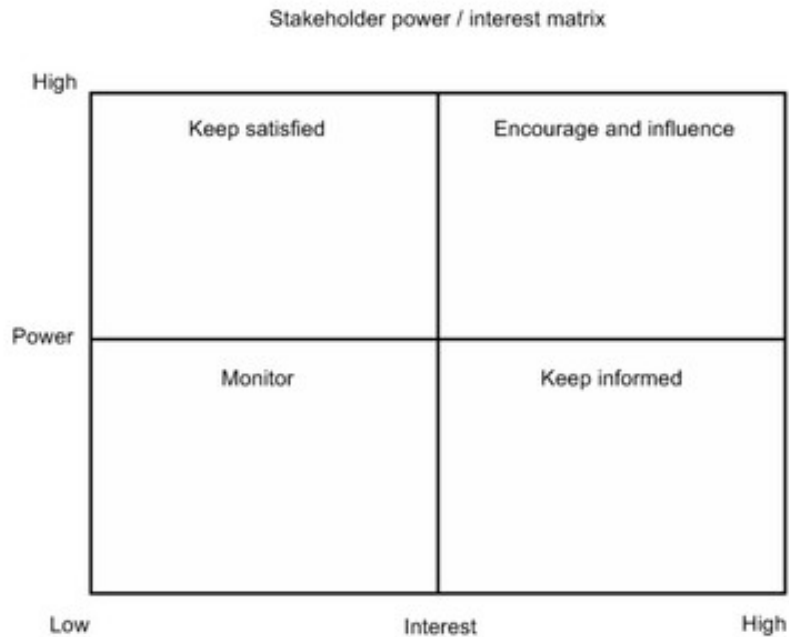
Bij de analyse van de verzamelde gegevens vormden de probleemstelling en de daaruit voortgekomen deelvragen het uitgangspunt. Dit was de focus van waaruit het onderzoeksmateriaal werd bekeken. Dit bepaalde de manier van ordenen van de data. Het belangrijkste doel van de analyse was het aanbrengen van een structuur of patroon in de grote hoeveelheid gegevens die verzameld waren (Baarda & de Goede 2001). De gegevens uit de documenten en de interviews werden daarom eerst uitgeschreven en vervolgens gelabeld door middel van open, axiaal en selectief coderen (Mortelmans 2011).

Er werd gestart met het open coderen van de transcripten door labels te geven. Vervolgens werd er axiaal gecodeerd. De uitgebreide set losse codes van het open coderen werd daarbij verbonden tot een geheel waaruit concepten konden worden geformuleerd. Tot slot werden de concepten, door middel van selectief coderen, met elkaar verbonden.

In de beginfase van de analyse werd zoveel mogelijk open geanalyseerd, uiteindelijk zijn de eerste vier interviews open geanalyseerd. Vervolgens werden de interviews geanalyseerd aan de hand van de reeds naar voren gekomen codes in combinatie met de begrippen uit het theoretisch kader. Tenslotte werden de bevindingen uit de documenten en de interviews met elkaar in confrontatie gebracht en verbonden aan de concepten uit het theoretisch kader.

3.4.1 Stakeholder-analyse

Om in kaart te brengen welke partijen een belangrijke rol hebben gespeeld in het krachtenveld rondom de regiomaatschap is een stakeholder analyse gedaan. Bij het veranderen van een organisatiestructuur zoals de vorming van een regiomaatschap zijn namelijk verschillende stakeholders betrokken. Een stakeholder is een persoon of organisatie die invloed kan uitoefenen of invloed ondervindt van -in dit geval- de vorming van de regiomaatschap (Johnson et al. 2011). Stakeholders kunnen ingedeeld worden in vier categorieën, afhankelijk van de mate waarin zij macht hebben om de strategie te beïnvloeden en de mate waarin zij belang hebben om dit te doen. De matrix helpt om een strategie te formuleren om de verschillende stakeholders te benaderen. Uit onderstaande stakeholder matrix (Figuur 3) blijkt welke aanpak het meest geschikt is per categorie stakeholder.



Figuur 3: Stakeholder matrix. Bron: Johnson et al. 2011.

Stakeholders met veel macht en veel belang, de zogenaamde ‘key players’ moeten zo optimaal mogelijk betrokken worden bij de verandering. Stakeholders met veel macht, maar weinig belang moeten tevreden worden gehouden en goed worden gemonitord, om er zeker van te zijn dat ze niet geïnteresseerd raken in de ontwikkeling en hun macht alsnog gaan inzetten. De groep mensen met weinig macht, maar veel belang moeten vooral goed geïnformeerd worden. In stakeholders die zowel weinig macht als belang hebben hoeft minimale energie gestoken te worden. Men dient wel alert te zijn op verplaatsing van stakeholders naar een andere categorie (Johnson et al. 2011).

Er is eerst een inventarisatie gedaan naar alle stakeholders. Vanuit deze zogenaamde ‘longlist’ is vervolgens met behulp van de matrix bepaald welke stakeholders relevant zijn voor de onderzochte casus en in welk kwadrant van de matrix zij thuishoren. De stakeholder analyse is terug te vinden in Bijlage 2.

3.5 Betrouwbaarheid en validiteit

Validiteit en betrouwbaarheid zijn belangrijke aspecten om te komen tot een kwalitatief hoogwaardig onderzoek (Mortelmans 2011). Een onderzoek is betrouwbaar indien toevallige of onsystematische vertekeningen van het object of studie afwezig zijn (Maso & Smaling 1998). Betrouwbaarheid kan worden onderverdeeld in interne en externe betrouwbaarheid. De interne betrouwbaarheid van dit onderzoek is verhoogd door het combineren van databronnen, namelijk documenten en interviews. Door dit te doen is gestreefd naar zoveel mogelijk objectieve onderzoeksresultaten. Verder werd gebruik gemaakt van theorie-triangulatie door de inzichten van verschillende auteurs te gebruiken in de theoretische verkenning. Omdat er één onderzoeker heeft geïnterviewd en de documenten heeft geanalyseerd, werd de scriptiebegeleider gevraagd om feedback te geven op de resultaten van het onderzoek. Eventuele beperkingen of fouten in de analyse kunnen hierdoor worden opgemerkt en verbeterd.

De herhaalbaarheid van het onderzoek door andere onderzoekers in dezelfde situatie met dezelfde onderzoeksopzet en methoden wordt de externe betrouwbaarheid

genoemd (Maso & Smaling 1998). De externe betrouwbaarheid van dit onderzoek is vergroot door een goede uitleg van de theoretische termen en begrippen en een consequente toepassing daarvan. Tevens zijn de onderzochte personen, de onderzoekssetting en de onderzoeksmethoden duidelijk omschreven. Door het opstellen van duidelijke –interview-topics voor dit onderzoek is geprobeerd de externe betrouwbaarheid te verhogen. Dit document kan namelijk als voorbeeld dienen voor andere onderzoekers die onderzoek willen doen naar dit onderwerp.

Een onderzoek is valide indien systematische vertekeningen afwezig zijn (Maso & Smaling 1998). Het begrip validiteit kan worden opgedeeld in interne en externe validiteit. Interne validiteit betreft vooral de wijze waarop de argumenten en redenering op een deugdelijke wijze tot conclusies hebben geleid (Maso & Smaling 1998). Het zo goed mogelijk volgen van de onderzoeksopzet heeft bijgedragen tot de interne validiteit van dit onderzoek. Daarnaast zijn er memberchecks uitgevoerd bij de respondenten. De respondenten konden op die manier nagaan of de verwerking van het interview overeen kwam met de bedoeling van de respondent. Door te reflecteren op de sterke en zwakke punten van dit onderzoek in de discussie, werd de interne validiteit van dit onderzoek vergroot. De generaliseerbaarheid van het onderzoek naar andere personen, fenomenen en situaties wordt de externe validiteit genoemd (Maso & Smaling 1998). Het is moeilijk om te bepalen in hoeverre de resultaten van dit onderzoek generaliseerbaar zijn naar andere situaties. Er bestaat volgens Swanborn (2002) dan ook een generaliseringsprobleem bij casestudies. Hij stelt dat het duidelijk is dat, door het kleine aantal resultaten, statistische generaliseerbaarheid niet toegepast kan worden. De resultaten kunnen wellicht wel herkenbaar en deels bruikbaar zijn voor vergelijkbare ziekenhuizen. Daarbij moet gedacht worden aan topklinische ziekenhuizen die te maken hebben met de vorming van regiomaatschappen. De diversiteit van regiomaatschappen en de grote invloed van de lokale context zorgen er echter voor dat de resultaten en de conclusies van dit onderzoek vooral van toepassing zijn op de onderzochte casus.

4. Resultaten

In dit hoofdstuk worden de resultaten van dit kwalitatieve onderzoek besproken. Deze bevindingen, voortgekomen uit de verzamelde documenten en de interviews, zijn onderverdeeld in een aantal thema's. Allereerst wordt er een omschrijving gegeven van de context waarin de onderzochte casus zich bevindt. Vervolgens worden de strategische doelen, die de maatschap nastreeft door de oprichting van de regiomaatschap, uiteengezet. Ook de uitkomsten van de stakeholder-analyse worden hier beschreven. De verdeling van het portfolio is ook een belangrijk onderdeel van het proces van de vorming een regiomaatschap. Daarna wordt ingegaan op de interne organisatie van de regiomaatschap, zowel de formele als de informele inrichting worden kort toegelicht. Vervolgens wordt de wijze waarop de beide partijen vorm geven aan de onderhandelingsrelatie beschreven. Er is getracht om in de verwerking van de resultaten zo dicht mogelijk bij de empirie te blijven. De analyse en interpretatie van de resultaten komt in hoofdstuk 5 aan de orde.

4.1 Context

De context bestaat uit een taakomgeving en uit een algemene omgeving (Harrison 1990). De algemene omgeving bestaat onder andere uit de demografische omgeving, de politiek-juridische omgeving, de economische omgeving en de sociaal-culturele omgeving (Harrison 1990). De taakomgeving bevat alle partijen en condities die direct gerelateerd zijn aan het primaire proces. Vervolgens wordt er nog een beschrijving gegeven van de lokale context. Het doorgronden van de factoren die op de macro-, meso- en microniveau een rol spelen is van belang om de resultaten van dit onderzoek goed te kunnen interpreteren.

4.1.1 Algemene omgeving

In het Hoofdlijnenakkoord (2011) hebben overheid, zorgaanbieders en zorgverzekeraars zich gecommitteerd aan de gezamenlijke verantwoordelijkheid om bij te dragen aan een beheerste kostenontwikkeling van de ziekenhuiszorg. De partijen hebben een gezamenlijke ambitie geformuleerd om de uitgavengroei stevig terug te dringen, dit behelst een beperking van de groei tot 2,5%. De overheid heeft mogelijkheden om maatregelen te nemen zoals tariefaanpassing, pakketverkleining en een verhoging van het eigen risico. Ziekenhuizen en zorgverzekeraars hebben de mogelijkheid om zowel door de verbetering van de efficiency, als door scherpere toepassing van de term 'gepast gebruik' kosten te beheersen.

Om deze veranderingen te kunnen realiseren moeten zorgverzekeraars selectief zorg in kopen en daarbij sturen op prijs, kwaliteit, doelmatigheid en gepast gebruik. Ook dienen zij ongewenste praktijkvariatie zoveel mogelijk terug te dringen. Zorgaanbieders en zorgverzekeraars zullen spreiding en specialisatie bewerkstelligen daar waar dit vanuit kwaliteit, doelmatigheid en innovatie wenselijk is. Overbodige ziekenhuiscapaciteit moet worden afgebouwd. Er moet een dusdanige herschikking van het zorglandschap plaatsvinden dat er zowel kwaliteits- als doelmatigheidswinst wordt gerealiseerd (Hoofdlijnenakkoord 2011).

Voortvloeiend uit het Hoofdlijnenakkoord (2011) is in oktober 2012 een beleidsdocument verschenen van commissie 'inkomens medisch specialisten' (Meurs 2012) over de inkomens van medisch specialisten. In dit beleidsdocument formuleert de commissie drie typen 'aangrijpingspunten voor beleid'. Ten eerste de mogelijkheid om direct in te grijpen op het inkomen van de medisch specialist. Daarvoor wordt een aantal mogelijke maatregelen genoemd zoals het introduceren van een speciaal belastingtarief, het instellen

van een wettelijke inkomensnormering en het verplichten van medisch specialisten om in loondienst te gaan.

De tweede categorie maatregelen werkt dit laatste punt verder uit. Het voorstel van de commissie is om specialisten te verplichten in loondienst te werken dan wel om dit langs de indirecte -fiscale- weg te stimuleren. Deze fiscale weg zou zijn via het afschaffen of versoberen van de zelfstandigenaftrek. Een belangrijke opmerking, die de commissie (Meurs 2012) in haar rapport maakt, is het cruciaal belang van het gelijk richten van de belangen van de instelling en de specialist. Volgens de commissie (Meurs 2012) zou dit bewerkstelligd kunnen worden door specialisten in juridische en financiële zin meer te laten participeren in de instelling. Ook vast-variabele afspraken tussen instelling en specialisten over het inkomen zullen een positief effect hebben op de gelijk gerichtheid van belangen.

De derde categorie maatregelen betreft de tariefstructuur, het terugkeren naar prestatiebekostiging met tariefregulering. Het belang van de instelling en het belang van de specialist lopen ook hier niet parallel. Dit staat de totstandkoming van evenwichtige tarieven in de weg (Meurs 2012).

De commissie (Meurs 2012) verwacht op lange termijn daarom het meest van de invoering van -vrije- integrale tarieven. In 2015 wordt er in de ziekenhuiszorg nog maar één tarief betaald voor een zorgprestatie. Alle kosten die het ziekenhuis maakt zijn in dat ene integrale tarief meegenomen, het honorarium van de medisch specialist inbegrepen. Op dit moment worden door de ziekenhuizen voor een behandeling twee tarieven gedeclareerd: een voor het honorarium van de medisch specialist (dat is een maximumtarief dat de NZa vaststelt) en daarnaast brengt het ziekenhuis de kosten van de behandeling in rekening, voor onder meer de apparatuur, de verpleging, de verbandmiddelen en het gebouw. Over de hoogte van dat tarief onderhandelt het ziekenhuis met de verzekeraar. Door de invoering van een integraal tarief komt er een eind aan de verschillende declaratieregels die er zijn voor verschillende zorgaanbieders, zoals ziekenhuizen en medisch specialisten. De prestaties worden dan op dezelfde manier gedeclareerd (NZa 2013). Deze maatregel scoort volgens de commissie goed op met name de toetsingscriteria macrobeheersing en kwaliteit (Meurs 2012). Daarnaast zou deze maatregel bij moeten dragen tot het op één lijn brengen van de belangen van de instelling en de specialist. De regiomaatschap kan hierin juist een belemmering vormen, gezien de sterke positie in de onderhandeling. De medisch specialisten zouden een versturende factor kunnen vormen door bijvoorbeeld harde eisen te stellen aan het honorarium.

De commissie acht het van groot belang dat juist op het niveau van het ziekenhuis, tussen raad van bestuur en medische staf, afspraken worden gemaakt over productie, kwaliteit en doelmatigheid. De commissie (Meurs 2012) waarschuwt wel voor de risico's van de invoering van de integrale tarieven met betrekking tot de governance. In het beleidsdocument stelt men de vraag of raden van bestuur en medisch specialisten voldoende geëquipeerd zijn voor het voeren van productieve onderhandelingen. In het antwoord op deze vraag wordt de actieve inkooprol en tegenkracht van de verzekeraar sterk benadrukt.

De overheid en de commissie 'inkomens medisch specialisten', zien de regierol van de zorgverzekeraar als hét adequate instrument om de juiste balans te creëren in het model van de gereguleerde zorgmarkt (RVZ 2008). De positie van de zorgverzekeraar is daarmee verstevigd. Verzekeraars bundelen de zorgvraag van hun eigen consumenten en kunnen in naam van het collectief zorg inkopen. Daarbij heeft de zorgverzekeraar steeds meer mogelijkheden om er voor te kunnen kiezen om zorgaanbieders wel of niet te contracteren. Daarmee oefenen zij druk uit op de aanbieders om de kosten beheersbaar te maken en om

meer kwaliteit te leveren. Op deze wijze wordt de door het stelsel beoogde brug geslagen tussen kostenbeheersing op macroniveau en de groeiende zorgaanpakken van de individuele consument. Afdgedwongen doelmatigheidswinst remt de groei van de uitgaven. Selectief inkopen door zorgverzekeraars heeft dus tot doel om voorkeursaanbieders te belonen voor het leveren van efficiëntere en dus kwalitatief betere zorg (Halbersma et al. 2012).

Door de veranderingen die voortkomen uit het Hoofdlijnenakkoord (2011), het rapport van de commissie 'inkomens medisch specialisten' (Meurs 2012), de veranderingen in regelgeving en de sterkere positionering van de zorgverzekeraar is de druk op de medisch specialisten de afgelopen tijd toegenomen. Deze veranderingen vinden plaats in de macro-omgeving van de individuele maatschap.

4.1.2 Taakomgeving

Niet alleen de macro-omgeving is van invloed op de vorming van de regiomaatschap, ook de lokale context heeft een belangrijke invloed.

Sinds 1979 werd door de afdeling urologie van het St. Antonius ziekenhuis tevens praktijk gedaan in het Zuwe Hofpoort ziekenhuis te Woerden. Deze samenwerking bestond voornamelijk uit het opvangen van (weekend)diensten en het uitwisselen van kennis. Daarnaast was er ook op persoonlijk vlak sprake van een goede verstandhouding. Men mocht elkaar en er was sprake van een bepaalde mate van vertrouwen in de onderlinge samenwerking. Een van de urologen zei: *'We kenden elkaar en we lagen elkaar wel.'* In 1998 verscheen een rapport met een beleidsvisie over de toekomst van de urologie, dat werd onderschreven door de urologen van het St. Antonius ziekenhuis, Zuwe Hofpoort ziekenhuis en Mesos Medisch Centrum. In dit rapport werden de contouren voor toekomstige regionale samenwerking uiteen gezet. De wenselijkheid van een samenwerkingsverband werd daarnaast ingegeven door een reeds in 1996 verschenen rapport van de Nederlandse vereniging voor Urologie (NVU), waarin een toekomstvisie werd gegeven op de ontwikkelingen in het urologisch vakgebied na 2000. In dit rapport werd gewezen op de noodzaak tot differentiatie in deelgebieden en verdere specialisatie binnen de urologie.

De NVU was de eerste beroepsvereniging die volume- en kwaliteitsnormen introduceerde voor bepaalde complexe behandelingen in samenwerking met de inspectie van de gezondheidszorg (IGZ). De NVU en de IGZ vonden het terecht dat er per tumorsoort eisen werden gesteld aan de infrastructuur, het ziekenhuis c.q. specialisten-volume en de specialisatiegraad van instituten en personen betrokken bij diagnostiek en behandeling. Om als individuele maatschap aan de eisen van NVU en de IGZ te kunnen voldoen werd uitbreiding van het adherentiegebied en daarmee schaalvergroting gezien als een absolute voorwaarde. Deze schaalvergroting was volgens de betrokken partijen tevens van groot belang voor het verkrijgen en handhaven van een opleiding op hoog niveau.

Toen tussen 2001 en 2003 de drie urologen van het Mesos Medisch centrum hun praktijk beëindigden, leidde dit voor de betrokken maatschappen tot de unieke kans om drie nieuwe urologen aan te trekken die de toekomstvisie, namelijk verregaande samenwerking, van de urologen van het St. Antonius ziekenhuis en het Zuwe Hofpoort ziekenhuis deelden. Per januari 2004 werd de afdeling urologie van het St. Antonius ziekenhuis met een uroloog uitgebreid. Uiteindelijk werd een volledige fusie van de maatschappen gerealiseerd per januari 2005. Er ontstond een maatschap van zeven urologen, waarbij de inkomsten en financiële lasten gelijk werden verdeeld. Er werkten vier urologen in het St. Antonius ziekenhuis en Zuwe Hofpoort ziekenhuis en drie urologen in het Mesos Medisch Centrum.

Op 1 januari 2007 werd de maatschap uitgebreid met een achtste uroloog voor het Zuwe Hofpoort ziekenhuis. Door deze fusie van de maatschappen van Antonius ziekenhuis, Zuwe Hofpoort en het Mesos Medisch centrum wilden de urologen uit het Diaconessenhuis ook in deze samenwerking betrokken worden. In 2006 werd een intentieverklaring getekend tot intensieve samenwerking tussen de urologen maatschap Centraal Nederland en de urologen van het Diaconessen ziekenhuis. Een van de urologen vertelt het volgende daarover:

‘Dit was ook een proces dat speelde, wij waren inmiddels met 8 urologen en zij zaten met 3 urologen, wij straalden wel wat uit. Dus die urologen dachten, wat moeten wij doen. Moeten we op onszelf blijven? Zij zagen ook wel dat hun positie dan niet zo gunstig was. Concurrentie is nooit goed, we kunnen beter samenwerken.’

4.1.3 Lokale omgeving

Tot slot is het belangrijk om inzicht te krijgen in zaken die spelen op microniveau, de lokale omgeving. Op 1 januari 2009 werd de ‘Urologen Vennootschap Centraal Nederland (UVCN) een feit. De maatschap Centraal Nederland fuseerde met de maatschap urologie van het Diaconessen ziekenhuis te Utrecht en werd daarmee een regiomaatschap die werkzaam is in het St. Antonius ziekenhuis, het Diaconessen ziekenhuis en het Zuwe Hofpoort ziekenhuis. De regiomaatschap werkt in volledige gezamenlijke praktijkvoering met gelijke verdeling van werklast, honorarium en kosten. Gezien het brede aanbod van diagnoses en behandelingen binnen de urologie zagen de medisch specialisten in de regiomaatschap mogelijkheden om te differentiëren. De basisurologie zal in elk van de ziekenhuis aangeboden blijven, maar complexe zorg wordt op de verschillende locaties geconcentreerd. Zo heeft het St. Antonius de urologische oncologie als aandachtsgebied, het Diaconessenziekenhuis heeft de complexe steenbehandelingen en het Zuwe hofpoort ziekenhuis de male-chirurgie en de kinderurologie.

Het vormen van een regiomaatschap is een complex en intensief traject, waarbij veel aspecten een rol spelen. Een aantal aspecten dat positief bijgedragen heeft tot het vormen van de regiomaatschap waren de aanwezigheid van onderling vertrouwen, de reeds aanwezige samenwerking in gezamenlijke weekenddiensten, het uitwisselen van vakinhoudelijke kennis en de organisatorische ontwikkelingen in de ziekenhuizen.

Er is echter ook een aantal aspecten die de vorming van de regiomaatschap hebben bemoeilijkt, zoals cultuur, praktijkvariatie en de bestuurlijke betrekkingen.

4.1.3.1 Cultuur en praktijkvariatie

Een van de aspecten die de vorming van de regiomaatschap bemoeilijkte was het verschil in cultuur tussen de verschillende maatschappen in de verschillende ziekenhuizen. Dit leidde tot een verhoogd risico op onderlinge conflicten. Een van de urologen zei het volgende over het verschil in cultuur:

‘Wat wel speelde was de verschillen in werkwijze per locatie. De ‘Diakkleur’ was toch anders dan de ‘Antoniuskleur’. Hier waren we erg secuur en nauwgezet. ‘s Ochtends om 7 uur beginnen en ‘s avonds laat pas weg. In het Diaconessen ziekenhuis werkten ze wel echt hard, maar ze gingen ‘s avonds wel op tijd naar huis. Dat was wel een cultuurverschil, waarin de uren moeilijk lagen. Wij hadden het idee dat ze in het Diaconessen ziekenhuis

minder uren draaiden, maar misschien werkten ze wel veel efficiënter, want de productie was gelijk. Dat was echter wel een drempel.'

Een ander aspect dat gelinkt is met de verschillen in cultuur is de variaties in werkwijze. Variaties in werkpraktijk werden pas zichtbaar op het moment dat verschillende maatschappen fuseerden en daadwerkelijk op elkaars locatie gingen werken. Daarom was het maken van goede werkafspraken en het standaardiseren van handelingen van groot belang. Uit de volgende uitspraak van de voorzitter van de maatschap blijkt dat hij vond dat werkmethodes zoveel mogelijk moesten worden ontdaan van praktijkvariaties. Toch geeft hij ook het belang aan van ruimte voor ieders persoonlijke invulling van het vak. Hij stelt:

'Dan hadden we wel eens dat je in je dienst iets tegenkwam wat in onze ogen verkeerd was gegaan bij de ander en andersom natuurlijk ook. Daar kon wel eens lastig over gedaan worden. Deze verschillen moesten worden opgevangen met protocollen en goede werkafspraken. Het aanstellen van een maatschapmanager heeft een hier goed aan bijgedragen. We moesten ook leren accepteren dat er kleurverschillen zijn.'

De verschillen in cultuur en werkwijze die door de vorming van de regiomaatschap zichtbaar werden bleek een barrière die overkomen moest worden. Door het maken van goede werkafspraken, heldere communicatie en wederzijds respect en vertrouwen heeft de regiomaatschap deze verschillen verkleind en daarmee de bijbehorende problemen weggenomen.

4.1.3.2 Bestuurlijke betrekkingen

Naast de verschillen in cultuur en werkwijze bleek dat het gebrek aan bestuurlijke betrekkingen tussen het St. Antonius ziekenhuis en het Diakonessen ziekenhuis zorgde voor moeilijkheden. In het geval van een regiomaatschap die in verschillende ziekenhuizen werkt is het contact op bestuurlijk niveau essentieel om bepaalde zaken voor elkaar te krijgen. Met het Diakonessen ziekenhuis is deze bestuurlijk samenwerking nauwelijks aanwezig, zoals blijkt uit de uitspraak van een lid van de raad van bestuur van het St. Antonius ziekenhuis.

'We hebben nauwelijks bestuurlijke samenwerking met het Diakonessen ziekenhuis. Die spreken we weinig, daar hebben we eigenlijk geen relatie mee, dus dat is ingewikkeld. En er zitten natuurlijk wel mogelijke belangenconflicten in. Dus wanneer het ziekenhuis links wil en de regiomaatschap rechts, kan dat tot issues leiden.'

Het probleem dat hieraan ten grondslag ligt is het feit dat de maatschap al eerder contacten had gelegd met maatschappen in andere ziekenhuizen, dan dat bestuurders van het ziekenhuis zich gingen oriënteren op regionale samenwerking. Hierdoor liggen de verbanden tussen maatschappen soms net anders dan de verbanden die in een later stadium tussen ziekenhuizen onderling zijn gelegd. Dit zorgt op bestuurlijk niveau voor extra complexiteit in het managen van relaties. Een lid van de raad van bestuur van het St. Antonius ziekenhuis formuleerde dit als volgt:

'Als maatschappen andere netwerken kiezen dan het ziekenhuis dan wordt het wel een warboel als het gaat om het managen van al die relaties. Zolang regiomaatschappen zich bewegen in de richting waarin de ziekenhuizen ook relaties onderhouden dan is het wel logisch. Maar met het Diakonessen ziekenhuis hebben wij nauwelijks bestuurlijke samenwerking. Dat maakt het dus allemaal erg ingewikkeld.'

Ook heerste er angst onder de andere twee betrokken ziekenhuizen dat het St. Antonius ziekenhuis zou gaan bepalen wat er in de andere ziekenhuizen zou gaan gebeuren. Dit maakte de samenwerking ook niet gemakkelijker.

Samengevat kan gesteld worden dat de druk op de medisch specialisten vanuit de algemene omgeving (overheid en zorgverzekeraars) en vanuit de taakomgeving (beroepsvereniging), de laatste jaren is toegenomen. Vanuit de beschreven ontwikkelingen in de taakomgeving, algemene omgeving en de lokale omgeving werd het voor de maatschap steeds belangrijker om een strategische positie in te nemen. Medisch specialisten voelden zich genoodzaakt de krachten te bundelen tegen de toenemende druk van buitenaf. Het vormen van een regiomaatschap werd daardoor een logische - strategische- stap. De vorming van een regiomaatschap ging gepaard met enkele barrières, zoals verschillen in cultuur en werkwijze en de afhankelijkheid van bestuurlijke betrekkingen.

4.2 Strategische doelen

Veranderingen en toenemende druk vanuit de omgeving hebben mede geleid tot de oprichting van de regiomaatschap. Met het oprichten van de regiomaatschap werden meerdere doelen nagestreefd. Deze doelen dragen bij aan de strategische positionering van de regiomaatschap. De medisch specialisten spraken voornamelijk over de kwaliteit van zorg en de middelen om dat te bereiken, zoals het behoud van het gehele zorgportfolio, subspecialisatie en het vergroten van het adherentiegebied. Daarnaast willen zij de professionele autonomie zoveel mogelijk behouden. De andere betrokken partijen spraken naast deze thema's ook over macht en financiële motieven.

4.2.1 Kwaliteit van zorg

Een belangrijk doel van de vorming van de regiomaatschap was het kunnen –blijven- leveren van kwalitatief hoogwaardige urologische zorg. Dit kan, volgens de urologen, alleen gerealiseerd worden indien het volledige palet aan urologische behandelingen wordt behouden. Een van de urologen vertelt:

'Een regiomaatschap is een manier om kwaliteit te blijven leveren, maar ook om super-specialisatie mogelijk te maken. De overheid en de verzekeraar gingen eisen stellen aan kwaliteit en aan volumes. Doordat we zo'n grote groep zijn kunnen we ook alles blijven doen door differentiatie. We wilden het hele vakgebied in de volle breedte blijven leveren. En we wilden ook wel wat voor blijven stellen in Nederland, we zijn nog steeds de grootste maatschap urologen in ons land.'

De maatschapmanager benadrukt ook het belang van het behoud van het volledige palet aan urologische behandelingen. Zij stelt:

'Een van de doelstellingen bij de oprichting was dat het totale palet aan urologische zorg door ons moest worden aangeboden. Daarbij wilden we de basisurologie zo dicht mogelijk bij de patiënten thuis aanbieden. Complexere behandelingen wilden we daar hebben waar de mogelijkheden het beste waren, maar wel in ons beheer.'

Uit deze uitspraken blijkt dat het behoud van het volledige palet aan behandelingen alleen mogelijk was indien specialisten uit de maatschap in staat werden gesteld om te sub-

specialiseren. De technologische mogelijkheden in het vakgebied zijn de afgelopen jaren in hoog tempo ontwikkeld. Het is niet meer mogelijk voor een specialist om in alle facetten bekwaam te blijven. Subspecialisatie is daarmee een voorwaarde geworden voor het behoud van het volledige palet aan urologische zorg. Naast het behoud van het totale palet aan behandelingen biedt subspecialisatie ook de mogelijkheid voor de specialist om een bepaalde expertise binnen het vakgebied verder te ontwikkelen. Hierdoor is het mogelijk om op een expertisecentrum te vormen en daardoor hoge kwaliteit van zorg te bieden. Ook biedt subspecialisatie vakinhoudelijke voldoening en uitdaging in het werk. Hierdoor kunnen ook de beste specialisten uit het land worden aangetrokken. Een lid van de raad van bestuur van het Antonius ziekenhuis heeft het zo verwoord:

'Kleine vakgroepen kunnen door het vormen van een regiomaatschap sub-specialiseren op een bepaald terrein en dit kan bijdragen tot een hogere kwaliteit van zorg. Door subspecialisatie behoudt de vakgroep de complexe behandelingen. Door de schaal kun je ook innovaties in je vakgebied bijhouden en realiseren. Dat is het beste voor de patiënt en voor het ziekenhuis. Je ziet voldoende aantallen om echt een slag te kunnen maken.'

Naast de mogelijkheid tot subspecialisatie en daarmee het behoud van complexe behandelingen blijkt dat de noodzaak tot het behalen van 'voldoende aantallen' ook een reden is om regionale samenwerking te realiseren. Alleen een grote patiëntenstroom naar een instelling staat garant voor voldoende ervaring in minder vaak voorkomende en ingewikkelde pathologie. Verwacht wordt dat binnen enkele jaren in Nederland nog een beperkt aantal grote urologische afdelingen overblijven waar geavanceerde urologie kan worden bedreven en waarin specialisatie in deelgebieden voldoende tot zijn recht kunnen komen (Beleidsvisie 1998).

De urologen anticipeerden in een vroeg stadium op deze ontwikkeling en onderkenden het belang van een groter adherentiegebied. Het vergroten van het adherentiegebied en daarmee het aantal patiënten wordt eenvoudiger door het aangaan van regionale samenwerking. Een van de urologen vertelt daarover:

'Een regiomaatschap was een manier om patiëntenstromen te kunnen sturen en daardoor ook kwaliteit te kunnen blijven leveren. Doordat we een grote groep zijn kunnen we door differentiatie alles blijven doen, want we moesten natuurlijk wel voldoende volume maken. Doordat de vakgroep urologie van oudsher relatief klein is, kun je daarom dus beter regionale samenwerking zoeken.'

Het gevolg van de wens om het volledige palet aan urologische behandelingen uit te blijven voeren, door medisch specialisten die gesubspecialiseerd zijn, is dat niet alle behandelingen in elk ziekenhuis uitgevoerd kunnen worden. De specifieke onderdelen van de zorg vragen om investeringen die niet in elk ziekenhuis gerealiseerd kunnen worden. Door het grote adherentiegebied en daarmee de grote patiëntenaantallen, kan de regiomaatschap ervoor kiezen om de portfolio over de drie ziekenhuizen te verdelen. Indien de portfolio wordt verdeeld zullen de patiëntenstromen ook gestuurd moeten worden door de regiomaatschap. Een gevolg hiervan is dat er grotere aantallen patiënten worden gezien per ziekenhuislocatie, maar wel specifiek voor een bepaalde set aan behandelingen die de betreffende locatie heeft toebedeeld gekregen door de regiomaatschap.

4.2.2 Behoud van professionele autonomie

Er werd voorzien dat de bemoeienis van overheid, zorgverzekeraars en de beroepsvereniging zou toenemen en dat deze partijen eisen zouden gaan stellen wat betreft volume, transparantie en kwaliteit van zorg. De maatschapmanager stelt daarom dat het doel van de oprichting van de regiomaatschap tweeledig is. Aan de ene kant is het van belang om kwaliteit van zorg te kunnen blijven leveren door het vergroten van de patiëntenaantallen en de mogelijkheid tot subspecialisatie. Anderzijds was de verwachting dat door het vormen van een regiomaatschap de krachten gebundeld konden worden en dat dit zou leiden tot het behoud van zeggenschap en autonomie over de eigen praktijkvoering. Men ging er namelijk van uit dat een kleine vakgroep minder autoriteit en zeggenschap zou hebben dan een grotere vakgroep. Dit blijkt uit de volgende uitspraak van een van de urologen:

'Een van de belangrijkste punten van het oprichten van de maatschap was om te kijken of we als hele club ons beleid en praktijkvoering konden aanpassen en ons zo ook konden verzetten tegen bepaalde eisen van andere partijen, zoals de overheid. Er dreigde veel te gebeuren er is ook veel gebeurd. We wilden onze plannen niet laten verpesten door anderen, bijvoorbeeld de overheid.'

Ook de maatschapmanager voorzag een bepaalde trend in de direct omgeving en zag het belang om daar vroegtijdig op te anticiperen. Zij stelt:

'We geloofden erin dat we volumes moesten halen om gespecialiseerde behandelingen te kunnen leveren. Maar het idee was ook: laten we het nu zelf gaan doen in plaats van dat het ons overkomt en we iets door de strot krijgen geduwd.'

4.2.3 Macht

Door de zorgverzekeraar en de NZa werd macht specifiek als één van de doelen van een regiomaatschap werd benoemd. De regiomaatschap vormt automatisch een grotere groep specialisten, deze groep levert zorg in meerdere ziekenhuizen en kan daardoor een machtsblok vormen. De verwachting is dat door deze sterkere positie een vuist gemaakt wordt naar bijvoorbeeld de overheid, zorgverzekeraar of ziekenhuisbestuur. De NZa benoemt dit doel als volgt:

'Kwaliteit wordt vaak benoemd door medisch specialisten, maar ze kunnen niet ontkennen dat het vergroten van macht ook een rol speelt.'

De urologen benoemen ook dat de vorming van de regiomaatschap heeft bijgedragen tot het voor elkaar krijgen van bepaalde zaken, zoals de aanschaf van de DaVinci robot. De aanschaf van deze robot was een grote investering die voor een kleinere vakgroep waarschijnlijk niet zou zijn gedaan. De urologen hebben dankzij het vormen van de regiomaatschap een dusdanige positie weten te verwerven dat de aanschaf van de robot toch gerealiseerd kon worden. Een van de urologen zegt hierover:

'We zijn groot en daarom machtig. Daarom zijn we ook wel lastig in de onderhandeling. We hebben eindeloos onderhandeld over de aanschaf van de robot. Dat was ook een grote investering. Dat is mede gelukt dankzij het feit dat we een grote maatschap zijn. De raad van bestuur moest wel over de brug komen.'

De externe adviseur die de oprichting van de regiomaatschap heeft begeleid, geeft echter het gevaar aan van het 'vormen van een vuist'. Volgens hem zijn regiomaatschappen die gericht zijn op het versterken van hun positie om bepaalde zaken af te dwingen gedoemd te mislukken. Hij formuleert het als volgt:

'Als je een regiomaatschap vormt om een vuist te vormen naar de zorgverzekeraar en naar de directies om een zo hoog mogelijk inkomen te creëren. Of om een vuist te maken met betrekking tot tarieven of inkoop, dan gaat het niet goedkomen. Je kunt het ene moment namelijk wel iets afdwingen, maar het volgende moment krijg je daar de rekening van gepresenteerd. Een goede basis is juist dat je het werk onderling goed verdeelt en dit in samenspraak doet met de betrokken partijen.'

Hieruit blijkt dat een mogelijke focus van de maatschap op het verkrijgen en gebruiken van macht door de externe adviseur wordt afgeraden. De urologen lijken hier tot op heden ook gehoor aan te geven. De voorzitter van de maatschap is zich bewust van de positie die de maatschap in zou kunnen nemen, maar kiest ervoor de samenwerking te zoeken. Hij verwoordt de samenwerking tussen partijen als volgt:

'Nou, het zou natuurlijk makkelijker moeten zijn als regiomaatschap als je hard kunt onderhandelen. Ik zoek vaak het midden. Je kunt in principe keihard onderhandelen. Zo van 'Als jullie het niet willen, dan gaan we toch ergens anders heen.' Maar zo zit ik niet in elkaar. Ik wil onze positie niet op die manier uitbuiten. Ik wil een betrouwbare partner zijn en mijn woord houden. Dat verwacht ik ook van de raad van bestuur.'

4.2.4 Financiën

Volgens de zorgverzekeraar en de NZa heeft een regiomaatschap ook financiële motieven. Op dit moment worden de inkomens van de specialisten nog gereguleerd door de overheid, waardoor de regiomaatschappen er op dit moment financieel niet op vooruitgaan. Dit kan anders worden na de invoering van de integrale tarieven. De zorgverzekeraar en de NZa stellen:

'In de huidige situatie worden de mogelijke financiële consequenties van regiomaatschappen gemitigeerd door de regulering van de overheid. Vanaf 2015 kan dat anders worden. Als regiomaatschappen veel macht hebben en zij moeten onderhandelen met het ziekenhuis over hun inkomen, dan wordt dat in ieder geval erg complex.'

De urologen spreken dit tegen en verklaren dat het absoluut niet om geld gaat, maar om kwaliteit en reputatie. Daarnaast stellen ze open boek te willen spelen met het ziekenhuis, door transparant te zijn over hun plannen en bijvoorbeeld de financiële situatie. Een van de urologen stelt:

'Het draait niet om geld. Kijk maar naar de lijsten van het AD en de Elsevier. Het draait om kwaliteit en reputatie. Niet alleen de poen. We hebben eindeloos gesproken met partijen hierover en willen alles eerlijk verdelen. We hebben daarom alles op schrift opgesteld en gezegd dat we daar ook transparant over willen zijn. Volledig open boek spelen.'

Over financiën wordt niet graag gesproken door de betrokken partijen. De zorgverzekeraar stelt dat er ook financiële drijfveren moeten zijn om tot een regiomaatschap te komen. Men wil tenslotte als ondernemer een zeker inkomen behouden en op zijn minst enige mate van financiële zekerheid. De urologen hebben dit consequent tegengesproken. Duidelijk is dat de urologen stellen dat kwaliteit leidend is geweest voor de vorming van de regiomaatschap. De andere partijen stellen dat financiële doelstellingen en op zijn minst tactische en strategische overwegingen wel degelijk een belangrijke rol spelen.

Samenvattend kan worden gesteld dat de medisch specialisten met de vorming van een regiomaatschap diverse doelstellingen nastreven. De medisch specialisten en maatschapmanager zeggen dat het gaat om kwaliteit van zorg, de mogelijkheid tot subspecialisatie en innovatie. Dit draagt weer bij aan de arbeidssatisfactie van de medisch specialisten. Ook de mogelijkheid tot het sturen van patiëntenstromen is een belangrijke meerwaarde van de regiomaatschap, aldus de respondenten. Vervolgens valt het op dat de stakeholders, met wie gesproken is in dit onderzoek, de regiomaatschap ook bepaalde doelen toedichten, zoals macht en financiële doelstellingen. In de analyse zal meer betekenis worden gegeven aan de hierboven genoemde doelstellingen. Er kan wel worden gesteld dat alle doelen een flinke impact kunnen hebben op het huidige zorgstelsel, maar vooral ook op de onderhandelingsrelatie met het ziekenhuis.

4.3 Stakeholders

Vanuit de stakeholder-analyse (Bijlage 2) blijkt dat de belangrijkste stakeholders bij de vorming van de regiomaatschap urologie de directies van de ziekenhuizen, het stafbestuur en de zorgverzekeraar zijn. Van elk van deze groep wordt geïdentificeerd hoe de machtspositie en het belang van deze partij invloed heeft op de vorming van de regiomaatschap en welke strategie er is gevolgd door de maatschap om de stakeholders te betrekken bij de vorming van de regiomaatschap.

4.3.1 Raden van bestuur

Stakeholders bij de vorming van de regiomaatschap zijn de raden van bestuur uit de betrokken ziekenhuizen.

4.3.1.1 Belang en bestuurlijke betrokkenheid

De vorming van een regiomaatschap heeft veel impact op de strategie van het ziekenhuis. Door het sturen van patiëntenstromen vindt er een financiële verschuiving plaats en zijn er consequenties voor investeringen. Daarnaast heeft het weghalen of intensiveren van een bepaalde behandeling op een locatie impact op aangrenzende specialismen. Een voorbeeld hiervan is dat door het concentreren van de oncologie in het St. Antonius ziekenhuis de intensive care van het Diakonessen ziekenhuis geen complexe urologische chirurgische patiënten meer heeft op de afdeling. Dit heeft effect op zowel de specialisten die daar werken als op het ondersteunend en verplegend personeel. De raden van bestuur van de verschillende ziekenhuizen hebben een groot belang bij de vorming van deze regiomaatschap, daarom werden de ontwikkelingen met argwaan bekeken. De raden van bestuur kunnen de vorming van een regiomaatschap echter niet verbieden. Ze hebben wel mogelijkheden om zaken te blokkeren of te bemoeilijken, zoals het uitstellen van ondertekening van contracten. Een voorbeeld hiervan is het moeizame traject van de aanschaf van een niersteenvergruizer. Voor de vorming van de regiomaatschap was met het St. Antonius ziekenhuis afgesproken dat er een niersteenvergruizer aangeschaft zou

worden. Door de differentiatie van zorg in de ziekenhuizen is ervoor gekozen om de complexe steenbehandelingen naar het Diakonessen ziekenhuis te verplaatsen, aangezien het St. Antonius ziekenhuis de complexe oncologie kreeg. Er werd toen ook al gesproken over het aanschaffen van de DaVinci robot. Hiermee werd het onlogisch voor het St. Antonius ziekenhuis om nog een niersteenvergruizer aan te schaffen. Het heeft vervolgens erg veel moeite en tijd gekost voordat het bestuur van het Diakonessenziekenhuis bereid was om een handtekening te zetten voor de aanschaf van een niersteenvergruizer (Jaarverslag 2011-2012). De raad van bestuur heeft dus een groot belang bij de vorming van een regiomaatschap in het ziekenhuis. Wil een stakeholder een ontwikkeling daadwerkelijk beïnvloeden dan is het ook van belang dat de stakeholder over een bepaalde mate van macht beschikt.

4.3.1.2 Macht van de raad van bestuur

De ziekenhuizen hebben echter beperkte macht om zich te verzetten tegen de vorming van regiomaatschappen. De raad van bestuur van het Diakonessen ziekenhuis heeft een brief gestuurd naar een van de medisch specialisten en daarin de vorming van de regiomaatschap verboden. De regiomaatschap heeft naar aanleiding van dit verbod de juridische positie van de regiomaatschap laten uitzoeken en zei het volgende:

'We zijn duizenden euro's kwijt geweest aan mensen die ons moesten ondersteunen op juridisch gebied. Zij zeiden tegen ons: jullie kunnen gewoon samenvoegen, het is niet mogelijk om dit te verbieden. Juridisch sta je sterk.'

Juridisch staat een regiomaatschap sterk ten opzichte van het ziekenhuis, omdat er voor een maatschapsfusie geen officiële toestemming van het ziekenhuisbestuur is vereist. Een ziekenhuis kan de vorming van een regiomaatschap niet verbieden. Opgemerkt dient te worden dat de raad van bestuur het voor een regiomaatschap wel bijzonder moeilijk kan maken om goed te functioneren bijvoorbeeld door het vertragen van besluitvormingsprocessen of het niet ondertekenen van de toelatingsovereenkomst.

4.3.1.3 Strategie

Per ziekenhuisbestuur moest de maatschap een strategische keuze maken hoe de omgang met de raad van bestuur vormgegeven diende te worden. Dit hebben zij gedaan door in gesprek te gaan met elk van de directies uit de betrokken ziekenhuizen. De urologen geven aan uitgebreid te hebben gesproken met betrokken partijen en transparant te willen zijn over hun intenties. Uit de stakeholder matrix (Bijlage 2) blijkt dat dit een strategie is die kan worden toegepast bij stakeholders die veel belang hebben, maar beperkte macht. Ondanks de intenties van de regiomaatschap om de betrokken partijen goed te informeren heeft de regiomaatschap in alle ziekenhuizen veel weerstand ondervonden. Vooral in het Diakonessen ziekenhuis was men niet bereid om mee te werken aan de noodzakelijke stappen die gezet moesten worden om een regiomaatschap te vormen. Een van de urologen zegt het volgende hierover:

'Onze plannen zorgden hier voor heftige problemen. We hebben daarom met bestuur en staf uitgebreid gesproken. De boodschap was: als we met onze armen over elkaar blijven zitten dan raken we bepaalde behandelingen toch kwijt. We moeten nu actie ondernemen, toen is er schoorvoetend toegegeven.'

Een lid van de raad van bestuur van het St. Antonius ziekenhuis is niet tevreden over de gang van zaken tijdens het vormen van de regiomaatschap. Zijn belangrijkste argument is dat de raden van bestuur teveel achteraf zijn betrokken in plaats van vooraf om in onderling overleg tot een goed model te komen. Hij stelt:

'Alles was al rond voordat wij daarin echt gekend werden. Dat vonden wij wel een probleem. Zo'n proces zou in nauw overleg moeten gaan. Zoiets moet namelijk ook een bepaald voordeel opleveren voor het ziekenhuis en moet organisatorisch goed geborgd worden. Dit is achteraf wel geregeld, maar van te voren niet goed genoeg besproken. Het kwam achteraf dus allemaal wel goed, maar dit was meer geluk dan wijsheid.'

Opvallend is dat de urologen het gevoel hebben het ziekenhuis uitgebreid betrokken te hebben in het proces. Zij hebben andere argumenten om te verklaren waarom de ziekenhuizen niet enthousiast reageerden op hun plannen. Een van de urologen zegt het volgende hierover:

'We hebben uitgebreid met de besturen van de ziekenhuizen gesproken en die waren zeer terughoudend, argwanend en in een geval zelfs tegenwerkend. Ze waren bang om het zicht op patiëntenstromen kwijt te raken. Dat wij als urologen maar wat deden en dat zij dan de dure behandelingen zouden krijgen en de rendabele zaken naar een ander ziekenhuis zouden gaan.'

Uiteindelijk ontstond de situatie dat de directie van het St. Antonius ziekenhuis tweeslachtig tegenover de vorming van de regiomaatschap stond, maar akkoord ging onder de voorwaarde goed op de hoogte te worden gehouden van ontwikkelingen. Er werd in het St. Antonius ziekenhuis getracht zoveel mogelijk te zoeken naar een goede samenwerking met de regiomaatschap. Daarbij wilden beide partijen kansen aangrijpen als het ten gunste was van zowel de maatschap als het ziekenhuis. De directie van het Diaconessen ziekenhuis zag aldus de extern adviseur 'overall spoken', maar ging uiteindelijk akkoord. Ook in het Zuwe Hofpoort was men niet direct enthousiast, maar ook hier ging men akkoord. Ondanks de argwaan van de directies betreffende de vorming van de regiomaatschap is het de urologen dus gelukt om de regiomaatschap te vormen. Daarbij heeft de regiomaatschap tot nu toe veel belangrijke zaken, zoals apparatuur, OK-tijd, ruimte en ondersteunend personeel door het ziekenhuis beschikbaar gesteld gekregen. Het ziekenhuis is daarmee faciliterend aan de regiomaatschap.

4.3.2 Medische staf

De tweede stakeholder die al kort is genoemd is de medische staf. Deze ziekenhuis overkoepelende maatschap heeft in eerste instantie niet veel belang bij de vorming van de regiomaatschap, aangezien de vakgroep urologie relatief klein is binnen het hele ziekenhuis. De medische staf heeft veel macht om de vorming van een regiomaatschap te blokkeren. Deze macht komt voort uit de mogelijkheid van de medische staf om de andere maatschappen in het ziekenhuis te beïnvloeden. Dit blijkt ook uit de volgende uitspraak van de extern adviseur:

'Als de medische staf tegen is dan is echt de vraag of de fusie van de grond komt. De stafmaatschap kan stemming maken en dan sta je alleen. Als de staf echter voor is, dan heeft het ziekenhuis weinig mogelijkheden om de fusie tegen te houden.'

Hieruit blijkt dat het van groot belang is om deze partij tevreden te houden en gunstig te stemmen. Indien de medische staf namelijk wel belang krijgt in de ontwikkeling, kan het een 'key player' worden. De medisch specialisten hebben daarom uitgebreid gesproken met de leden van de medische staf en zij hebben daarop ingestemd met de vorming van de regiomaatschap.

4.3.3 Zorgverzekeraar

Tenslotte is de zorgverzekeraar een stakeholder bij de vorming van een regiomaatschap. Van oudsher onderhandelt de zorgverzekeraar primair met het ziekenhuis. Het ziekenhuis onderhandelt vervolgens met de specialisten over de uitwerking van de afspraken die met de zorgverzekeraar zijn gemaakt. De zorgverzekeraar vindt de ontwikkeling van regionale samenwerking niet bezwaarlijk als de focus ligt op het vergroten van de kwaliteit van zorg en ziet op zekere punten zeker voordelen van regionaal georganiseerde zorg. Zeker hoog-complexe zorg kan goed binnen de kaders van een regiomaatschap worden georganiseerd, aldus de zorgverzekeraar. De zorgverzekeraar wil alleen niet direct met de regiomaatschap onderhandelen. Dit zou de onderhandelingen, volgens de zorgverzekeraar, extra complex maken. Daarbij zou die vorm van onderhandelen het principe van selectief inkopen door de zorgverzekeraar kunnen verhinderen. De zorgverzekeraar ziet dus naast de voordelen van de regiomaatschap, wel degelijk een aantal nadelen. De zorgverzekeraar stelt:

'Op het moment dat de doelstelling is om kwaliteit van zorg te verbeteren dan vinden we dat positief. Maar als het vanuit het machtsdenken wordt geïnitieerd dan wordt het ingewikkelder voor ons. Het wordt sowieso ingewikkeld als de maatschap zelf met ons wil onderhandelen. Wij doen primair zaken met het ziekenhuis, we onderhandelen niet met specialisten. Dat is de manier waarop ons stelsel in elkaar zit.'

Het huidige stelsel gaat ervan uit dat je veel aanbieders hebt en dat de grote verzekeraars, met een bepaalde mate van inkoopmacht, de mogelijkheid hebben om patiëntenstromen te sturen. De zorgverzekeraars zouden de zorgaanbieders tegen elkaar uit kunnen spelen. Als regiomaatschappen zich vormen dan beperkt dit de keuzemogelijkheden van de zorgverzekeraar. Normaliter zou de zorgverzekeraar met twee ziekenhuizen in een regio onderhandelen en zijn die twee partijen concurrenten van elkaar. Heb je te maken met een regiomaatschap dan kom je als zorgverzekeraar uiteindelijk bij dezelfde aanbieder terecht. Er wordt gesteld:

'Het stelsel zou in gevaar kunnen komen als er teveel regiomaatschappen zijn. Het wordt in ieder geval een stuk complexer, terwijl het al behoorlijk complex is.'

De zorgverzekeraar heeft veel belang bij de vorming van regiomaatschappen, gezien de mogelijke gevolgen voor de inkoop van zorg. De macht van de zorgverzekeraar wordt op dit moment echter beperkt doordat zij enkel via het ziekenhuis zorg inkopen bij een regiomaatschap. In principe laten zij de raad van bestuur dit soort zaken regelen. Ten tijde van de vorming van de regiomaatschap urologie was de zorgverzekeraar een 'slappende reus', die voldoende geïnformeerd diende te worden om niet 'aan te slaan' op de ontwikkeling. Tijdens het interview met de zorgverzekeraar bleek dat door de toename van de vorming van regiomaatschappen de zorgverzekeraar steeds alerter wordt en de ontwikkelingen goed volgt.

Samenvattend kan gesteld worden dat er een aantal belangrijke stakeholders betrokken is bij de vorming van de maatschap. De directies van de ziekenhuizen hebben bij de vorming de meeste weerstand geboden, maar hebben uiteindelijk allemaal ingestemd. Dit geldt ook voor de medische staf uit de ziekenhuizen. De zorgverzekeraars hadden in de tijd dat regiomaatschap werd gevormd nog niet veel belang bij de ontwikkeling. Wellicht dat het anders zou zijn als men op dit moment zou willen starten met de vorming van een regiomaatschap.

4.4. Portfolio verdeling

Een van de belangrijkste gevolgen van het vormen van een regiomaatschap is het verdelen van de portfolio over de ziekenhuizen. Dit betekent dat niet alle urologische zorg meer in elk ziekenhuis zal worden geleverd, maar dat er een verdeling van zorg moet plaatsvinden. Een verdeling van behandelingen of patiëntgroepen over de ziekenhuizen heeft grote impact op de positionering van het betreffende ziekenhuis, maar ook op de verdeling van taken binnen de maatschap en de fysieke locaties van specialisten.

4.4.1 Historie, ruilhandel en verloop van tijd

Het tot stand komen van de portfolioverdeling is in de loop van de tijd tot stand gekomen. Daarin speelde de historie van de ziekenhuizen een bepalende rol. Het St. Antonius ziekenhuis en het Diakonessen ziekenhuis waren in het verleden vlak bij elkaar gesitueerd in de stad Utrecht. Het St. Antonius ziekenhuis is van oudsher een ambitieus ziekenhuis, waar innovatie hoog in het vaandel staat. Andere ziekenhuizen en met name het Diakonessen ziekenhuis zien het St. Antonius ziekenhuis als geducht concurrent. Een van de urologen formuleert de relatie tussen de beide ziekenhuizen als volgt:

‘Tussen het Diakonessen ziekenhuis en het St. Antonius ziekenhuis is historisch gezien niet een al te goede relatie. Van oudsher kijken die elkaar liever in de nek dan in de ogen.’

De angst heerste onder de andere twee betrokken ziekenhuizen dat het St. Antonius ziekenhuis zou gaan bepalen wat er in de andere ziekenhuizen zou gaan gebeuren. Na veel overleg en onderhandelingen is het gelukt om een portfolio verdeling te maken waarin de ziekenhuizen zich min of meer konden vinden. Een belangrijk onderdeel hiervan is het eerlijk verdelen van behandelingen zodat alle ziekenhuizen zich ergens op konden profileren en het ook financieel te verantwoorden was. De verdeling van het portfolio bleek ook een kwestie van ‘ruilhandel’. ‘Feeders en bleeders’ werd dit door de urologen genoemd. Zo kreeg het St. Antonius de complexe urologie, maar dan moesten de complexe steenbehandelingen naar het Diakonessen ziekenhuis. Hier is echter ook wel wat discussie aan vooraf gegaan omdat de oncologie vaak meer geld kost. Er moest dus wel iets tegenover staan. Het feit dat de maatschap in staat was om te schuiven in de locatie van behandelingen maakte dat zij, in zekere mate, flexibel kon inspelen op de wensen van de ziekenhuizen. Daarnaast speelde het verloop van de tijd ook een belangrijke rol om de verdeling te verankeren in de structuur van de ziekenhuizen. Een voorbeeld hiervan is dat in het St. Antonius ziekenhuis een nieuw raad van bestuur kwam die de oncologie in het ziekenhuis wilde uitbreiden. De relatie met de leden van de raad van bestuur was dusdanig dat gezocht kon worden naar opbouwende oplossingen waarin beide partijen zich konden vinden. Het feit dat de urologie de oncologie al in het St. Antonius had geconcentreerd en de verbeterde relatie met de raad van bestuur

zorgden voor een snelle ontwikkeling van de oncologische zorg in het St. Antonius ziekenhuis. De maatschapmanager zegt het volgende hierover:

‘We kwamen in een gunstige wind terecht toen de nieuwe raad van bestuur oncologie wilde introduceren als speerpunt. Toen werden we ineens omarmd. Tijd heeft dus het dus zeker positief beïnvloed.’

4.4.2 Beschikbare faciliteiten

Naast de historische en sociale verbanden speelde ook een meer praktische reden een aanleiding om behandelingen te verdelen. De beschikbare faciliteiten per ziekenhuis bleken namelijk in grote mate te verschillen. Het St. Antonius ziekenhuis heeft een Intensive Care van het hoogste niveau (level 3), terwijl de andere ziekenhuizen dat niet hebben. Het was daarom goed te beargumenteren waarom zeer complexe en grote oncologische chirurgische ingrepen in het St. Antonius ziekenhuis werden gedaan. Daarnaast werden complexe steenbehandelingen al veel gedaan in het Diakonessen ziekenhuis en werd de afspraak gemaakt om in dit ziekenhuis een niersteenvergruizer aan te schaffen. In het Zuwe Hofpoort werkte een uroloog die zich had gespecialiseerd in male-chirurgie, op dat gebied was al apparatuur en kennis in beschikbaar. De verdeling van de portfolio is daarom ook in hoge mate gebaseerd op de reeds beschikbare faciliteiten, zowel materieel (o.a. apparatuur) als immaterieel (kennis en kunde). De maatschapsmanager zegt het volgende hierover:

‘We hebben ook gekeken wat logisch was in de verdeling. Sommige onderdelen van de zorg waren er al in het Diakonessen ziekenhuis of in het St. Antonius, dan is het niet nodig om dat ook nog ergens anders te willen doen. Het lag ook wel voor de hand om de oncologische urologie in het St. Antonius te concentreren vanwege de IC en een goed georganiseerd MDO. Het ziekenhuis met de beste faciliteiten voor dat specifieke stukje zorg ligt natuurlijk het meest voor de hand.’

4.4.3 Voorkeur specialist

Naast de beschikbaarheid van faciliteiten speelde ook de persoonlijke voorkeur van de specialisten en belangrijke rol. Men vond het van belang om de specialisten de mogelijkheid te geven te subspecialiseren in dat stuk van het vakgebied waar hun interesse het meest naar uit ging. Dit draagt ook bij aan de arbeidssatisfactie van de medisch specialisten. Men haalt als specialist voldoening uit de mogelijkheid om te subspecialiseren. Een gevolg hiervan was echter wel dat specialisten ook in de andere ziekenhuizen gingen opereren als hun subspecialisatie daar was gesitueerd vanwege de aanwezige faciliteiten op die locatie. De maatschapmanager vertelt:

‘We hebben eerst geïnventariseerd bij de specialisten waar hun hart lag, zo van: wat zou je over 10 jaar willen doen? Zo ontstond een verdeling van jij daar en jij hier.’

4.4.4 Angst, argwaan en afstemming

Hoewel bovenstaande factoren de indruk kunnen geven dat het verdelen van de behandelportfolio gemakkelijk ging, is het tegendeel het geval. Het feit dat bepaalde behandelingen niet meer uitgevoerd zouden gaan worden in de ziekenhuizen zorgde bij de raden van bestuur voor veel onrust, argwaan en in het Diakonessen ziekenhuis zelfs actieve tegenwerking. Een lid van de raad van bestuur uit het St. Antonius ziekenhuis ziet bij de vorming van een regiomaatschap vooral het risico van tegenstrijdige belangen tussen het

ziekenhuis en de maatschap. Door het vormen van de regiomaatschap maakt het voor de specialist niet uit op welke locatie welke zorg wordt verleend, alle inkomsten komen uiteindelijk op dezelfde plek terecht. Voor de ziekenhuizen is dit echter niet het geval. Een lid van de raad van bestuur van het St. Antonius ziekenhuis verwoordt het als volgt:

'In de praktijk schuren die belangenconflicten natuurlijk wel. Als het ziekenhuis links wil en de regiomaatschap rechts, dan kan dat tot issues leiden. De niersteenvergruizer is een goed voorbeeld daarvan en die situatie had ook zeker financiële consequenties voor het ziekenhuis. Voor ons als bestuurders is de verdeling van de zorg dus een financieel thema, voor de urologen maakt het financieel geen barst uit.'

'Voor een ziekenhuis is een aantal dingen relevant. Eén, de fit met de ziekenhuis strategie en daarbij een passend portfolio, maar daarbij is het ook relevant wat je aan die zorg verdient. Oncologie bijvoorbeeld is verlieslatend, de nierstenen zijn winstgevend. Dus de vraag is ook: ga ik marge derven op de oncologie en positieve marge laten verplaatsen naar een ander ziekenhuis dat mijn concurrent is?. Daar is te weinig over gesproken vind ik. Maar uiteindelijk hebben we ingestemd. Maar het proces verdient in ieder geval niet de schoonheidsprijs.'

Hieruit blijkt dat er veel belangen meespeelden bij de verdeling van de zorg. Daarnaast blijkt dat de bestuursleden zich te weinig betrokken voelden bij de verdeling van de zorg. Dit gebrek aan controle en zeggenschap over de koers van de maatschap zorgde voor verminderde medewerking van de bestuursleden. De maatschapmanager geeft echter aan de leden van de raad van bestuur er altijd bij te hebben betrokken en geeft aan dat de maatschap altijd volledig open kaart heeft gespeeld wat betreft de intenties en de (financiële) consequenties.

'We zijn ook altijd duidelijk geweest over de kant waar we op gingen in de overleggen met de raad van bestuur en stafbestuur. Zo kan je namelijk in je meer-jaren (investerings)plannen en portfolioverdeling per ziekenhuis bepalen wat daar in ieder geval moet gebeuren om onder de streep goed uit te komen. We zijn er niet bij gebaat dat een ziekenhuis omvalt op basis van wat wij willen.'

Wantrouwen en argwaan speelde een rol in de relatie tussen de raad van bestuur en de regiomaatschap. De verdeling van het portfolio heeft een grote impact op de interne processen van het ziekenhuis, maar ook op de externe positionering. De voorzitter van de maatschap erkent dit ook:

'Ik zou wel meer vertrouwen willen krijgen van de raad van bestuur. Zij moeten wel meewerken. Maar daar speelt dus ook aanzien of reputatie en hoe je je ziekenhuis in de markt wil zetten een grote rol. De raad van bestuur heeft er dus moeite mee dat wij daar ook een grote beslissende rol in hebben.'

De regiomaatschap kon zich na de officiële vorming en de portfolioverdeling richten op het verder ontwikkelen en stabiliseren van de eigen organisatie. Na de opstartfase bleek namelijk dat er ook in de interne organisatie nog winst te behalen viel.

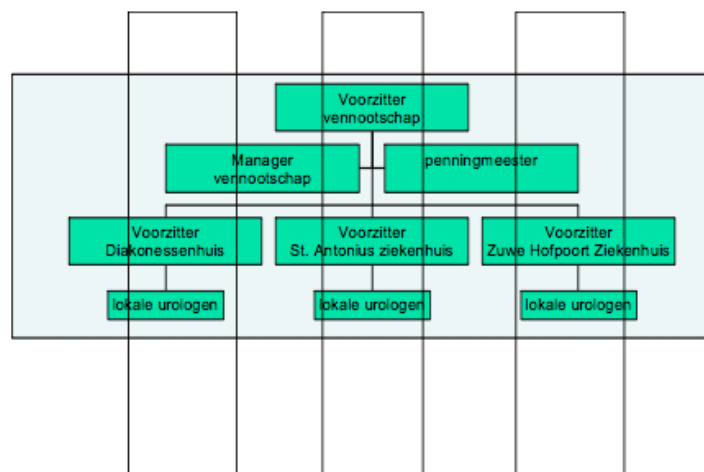
4.5 Interne organisatie

4.5.1 Formele organisatie van de regiomaatschap

Door de toename van het aantal maten binnen de regiomaatschap werd de noodzaak van een formele inrichting van het bedrijf groter. Een van de urologen beschrijft de situatie die ontstond vlak na oprichting als volgt:

'We werden groter en kregen het allemaal niet meer gemanaged. Bij vergaderingen notuleerde niemand, we hadden geen bestuur, iedereen had wel een taak, maar niks was geformaliseerd of op papier gezet. Maar als je gaat werken met zo'n grote groep, dan werkt dat niet. We konden het alleen niet zelf, daar hadden we geen zin in en geen tijd voor. Dus toen hebben we een maatschapmanager aangenomen die de boel kon gaan coördineren.'

De organisatie van een maatschap begint dus als een echte ondernemersorganisatie, waarin nog weinig geformaliseerd is. De maatschapmanager (bedrijfskundige) en de maatschapvoorzitter (uroloog) zijn aangesteld om orde op zaken te stellen. Het opgestelde organogram geeft inzicht in de verhoudingen in de maatschap. De maatschapmanager en de maatschapvoorzitter staan bovenin het organogram. Vervolgens heeft elk van de ziekenhuizen een eigen locatievoorzitter. De maatschapmanager onderhoudt contact met de locatievoorzitters. Zij vormen gezamenlijk het dagelijks bestuur. De urologen op de locaties hebben de locatievoorzitter als eerste aanspreekpunt. De locatievoorzitter is ook degene die contact onderhoudt met de raad van bestuur uit het eigen ziekenhuis. De opbouw van het organogram is weergegeven in figuur 4.



Figuur 4: Organogram maatschap 'Urologen voor U' Bron: Jaarverslag 2010.

Hoewel het organogram op papier een hiërarchische opbouw heeft, blijkt dit in de praktijk niet het geval. De urologen in de maatschap zijn niet op een hiërarchische manier met elkaar verbonden. Dit maakt het maken van beslissingen moeilijk in dergelijke professionele organisaties. Er is een mandaat nodig om mensen de autoriteit te geven om binnen bepaalde kaders besluiten te nemen. De voorzitter van de maatschap omschrijft dit probleem als volgt:

'Het lastige is dat het lijkt alsof we een hiërarchie hebben, maar we zijn natuurlijk allemaal gelijk. We zijn 13 maten met evenveel zeggenschap. Dat maakt het ook wel lastig, want als bestuur van de maatschap kunnen wij geen besluiten nemen, alleen voorstellen doen. Eigenlijk zouden we een groter mandaat willen geven aan de mensen in het organogram om beslissingen te nemen binnen een bepaald kader.'

De rol van de maatschapmanager wordt door de meeste partijen benoemd als essentieel voor het professionaliseren van de maatschap. De maatschapmanager is degene die de bedrijfskundige regie voert binnen de maatschap. Alle taken die niet met directe zorgverlening aan de patiënt te maken hebben worden door de maatschapmanager ondervangen. Daarnaast speelt de maatschapmanager een belangrijke rol in de onderlinge afstemming tussen alle partijen, waar het contact met de raad van bestuur een belangrijk onderdeel van is.

Het contact tussen de maatschap en de raad van bestuur en de maatschap is de laatste jaren sterk geformaliseerd. Een van de urologen die al lange tijd in het ziekenhuis werkt vertelt het volgende:

'Vroeger ging ik naar de directeur zelf, degene die beslissingsbevoegdheid heeft. Nu heb je allemaal schakels ertussen zitten en daar kan ook tussen heen en weer geschoven worden. Het is allemaal formeler en zakelijk geworden.'

Door deze ontwikkeling is het inzetten van een maatschapmanager volgens de urologen een investering die zich terug verdient. De maatschapmanager kan de belangen van de maatschap behartigen en 'spreekt de taal van de managers'.

'De managers moeten dezelfde taal spreken. Ik heb een tijd gekend dat ik zei wat ik nodig dacht te hebben en dan besloten we gewoon 'ach laten we het doen'. Dan stond zo'n apparaat te verstoffen op de OK. Die tijd is gelukkig voorbij. We denken nu na over investeringen en of het past in het profiel. Dus wat gaat het kosten en wat levert het op niet alleen financieel maar ook qua impact op het totale palet aan zorg en de uitstraling van het ziekenhuis. Die stap zetten kan ik alleen als specialist niet, daar heb je en bedrijfskundig iemand voor nodig.'

De kracht van de maatschap zit volgens de urologen in de een toegenomen professionaliteit van de organisatie. Die stap hebben ze gemaakt -mede- door het aanstellen van een manager. Zaken worden door de manager op een bedrijfsmatige manier aangepakt. De raad van bestuur zou van de maatschapmanager gebruik kunnen maken als aanspreekpunt. Op die manier zouden de communicatielijnen effectiever kunnen verlopen. Toch is de rol van de maatschapmanager in ziekenhuis niet onomstreden. Dit lijkt voort te komen uit de relatieve onbekendheid van een maatschapmanager in de ziekenhuisorganisatie. De voorzitter van de maatschap stelt:

'Regiomaatschappen zoals wij zijn en dan ook nog een manager erbij, daar waren de ziekenhuizen niet perse van gecharmeerd en ze zijn het ook niet gewend. Ze zagen de meerwaarde er niet zo van in. Ziekenhuizen waren gewend om direct met de specialist te overleggen, dus wat moesten ze met een manager? Wij wilden professionaliseren, maar daar liepen de ziekenhuizen voor mijn gevoel enorm in achter en nog steeds eigenlijk.'

Naast de formele invulling van de interne organisatie speelt ook nog een aantal informele aspecten een grote rol bij het functioneren van een (grote) maatschap, deze aspecten worden in het volgende gedeelte toegelicht.

4.5.2 Informele organisatie van de regiomaatschap

Een belangrijk aspect van de informele organisatie van de regiomaatschap urologie is het onderlinge vertrouwen en respect. Hoewel er verschillende karakters bij elkaar in de maatschap zitten wordt er getracht constructief met elkaar om te gaan. Er wordt ook bij een botsing geprobeerd om er met elkaar uit te komen. De maatschapmanager zegt het volgende daarover:

'Je hebt natuurlijk wel een paar karakteristieken in je maatschap zitten en dat kan wel botsen. Maar eigenlijk vinden we elkaar wel weer na een goede discussie. We hebben een prettige maatschap, men gaat op een positieve manier met elkaar om.'

Een belangrijke rol hierin is dus weggelegd voor de maatschapmanager. Waar zij formeel structuur heeft aangebracht in de organisatie, blijkt zij ook informeel de 'spin in het web' te zijn. Door haar positie als bedrijfskundig manager heeft zij een faciliterende rol binnen de maatschap, bij haar kan ieder lid van de maatschap terecht. Door die rol kan zij de sfeer binnen de maatschap goed aanvoelen, maar ook bepaalde zaken voor zijn. Dit betekent dat zij eventuele issues kan oppakken en bespreken voordat ze tot problemen leiden.

Daarnaast zijn de lijnen binnen de maatschap kort en men hecht er veel waarde aan om dit te behouden. Volgens een van de urologen wordt er regelmatig met elkaar gebeld en kortgesloten wat men van bepaalde zaken vindt. Wat hierbij wordt opgemerkt is dat het partij-vormen zoveel mogelijk wordt tegengegaan door continu met elkaar in gesprek te blijven. Veel besluiten worden informeel al besproken en hoeven dan formeel alleen nog maar te worden bevestigd.

Dat het ondanks dat moeilijk is om dertien man tot overeenstemming te laten komen blijkt wel uit de volgende uitspraak van de maatschapmanager:

'Belangrijke besluiten worden goed voorbereid, want anders is het een kakafonie van 'ik vind dit'. Dertien eigen meningen. Ik ben degene die dat dan bij elkaar probeert te brengen, ik ben natuurlijk onpartijdig. Dus als ik iets zeg dan doet dat meer in de groep dan als iemand anders iets zegt. Zo word ik ook gezien. Ik hoor wel bij de groep, maar heb een andere positie. Van die positie maak ik gebruik om alle kikkers in de kruiwagen te houden.'

Gesteld wordt door de voorzitter van de maatschap dat het draait om het creëren van één maatschap, waarbij alle maten dezelfde missie en visie heeft. Binnen deze samenwerking is het van belang om te kunnen geven en nemen. De maatschapvoorzitter beschreef de informele structuur van de maatschap als volgt:

'Er moet onderling vertrouwen zijn, je moet elkaar kennen en elkaar wat gunnen. Begrip hebben voor elkaar. Dat zijn voorwaarden voor een goede samenwerking. Het is als het ware een financieel huwelijk, dat is enorm kwetsbaar want er is geen intimiteit'

De bovenstaande (proces)beschrijving van de vorming van de regiomaatschap is een eerste stap om zicht te krijgen op de consequenties van een regiomaatschap voor de

(onderhandelings)relatie met het ziekenhuis. Hoe die onderhandelingsrelatie eruit ziet wordt in de volgende paragraaf verder omschreven.

4.6 Onderhandelingsrelatie

De vorming van de regiomaatschap heeft consequenties voor de organisatie van de maatschap, maar heeft zeker ook consequenties voor de manier waarop de onderhandelingsrelatie met de betrokken ziekenhuizen wordt vormgegeven. De formele inrichting van de (onderhandelings)relatie zal hier beschreven worden. Daarna wordt ook de wijze beschreven waarop de betrokken partijen vorm geven aan de onderhandelingsrelatie.

4.6.1 Formele inrichting van de onderhandelingsrelatie

In het St. Antonius ziekenhuis wordt de raad van bestuur voorzien van de benodigde stuurinformatie via de lijn, dat wil zeggen dat de zorgmanager tijdens de kwartaalrapportages rapporteert over de ontwikkelingen op het gebied van financiën, productie, personeel, kwaliteit, de klant en de markt. De zorgmanager verkrijgt die informatie via de financiële administratie van het ziekenhuis en krijgt input vanuit de managers die onder haar werken. Het proces wordt ondersteund door beleidsmedewerkers.

Er is sprake van een planning en control cyclus waar de regiomaatschap, net als de andere maatschappen verantwoording af moet leggen bij de raad van bestuur. De maatschap heeft in het najaar een productiebespreking met de raad van bestuur, waarin de productie wordt besproken en geëvalueerd en targets worden gezet voor het volgende jaar. Deze bijeenkomst is vooral gericht op de bedrijfsmatige processen. De productieparameters worden besproken zoals de eerste polibezoeken en opnames. Indien de productie achterloopt, wordt gelijk gevraagd naar de acties die uitgezet moeten worden. In het voorjaar vindt een jaargesprek plaats met de raad van bestuur en de medische staf, hierin wordt minder gericht op de productie, maar ligt de focus op de toekomst. Er vindt een uitwisseling van ideeën plaats en er wordt besproken welke mogelijkheden er zijn om de geformuleerde ambities voor het komende jaar te realiseren. Hier wordt bijvoorbeeld een business-case besproken voor een nieuwe behandeling of programma's voor het verbeteren van de kwaliteit van zorg die geïntroduceerd gaan worden.

Omdat de maatschap in drie verschillende ziekenhuizen werkt, moet zij in elk van de ziekenhuizen deze cyclus doorlopen. De opbouw van deze cyclus is in de drie ziekenhuizen vrijwel hetzelfde. Aan het begin van de cyclus worden de plannen gemaakt, vervolgens wordt er naar de gerealiseerde productie gekeken en daarna vindt de terugkoppeling plaats. Ieder ziekenhuis geeft hieraan een eigen specifieke invulling. In het Zuwe Hofpoort ziekenhuis vindt net als in het St. Antonius ziekenhuis in het voorjaar een gesprek plaats waarin het jaarplan wordt geformuleerd en in het najaar een productiegesprek waarin de cijfers worden besproken.

Het Diakonessen ziekenhuis heeft vier keer per jaar een kwartaaloverleg. In dit overleg worden alle aspecten besproken, dus zowel productie gerelateerde items als de aspecten van kwaliteit, personeel en klant (patiënt). De gesprekken met de raden van bestuur worden in alle ziekenhuizen steeds meer geüniformeerd. Elk raad van bestuur heeft haar eigen methode en ideeën over hoe de formele inrichting plaats zou moeten vinden, de maatschap moet zich hiernaar schikken. Door de aanwezigheid van de maatschapmanager verlopen deze gesprekken steeds beter, zij kan de gesprekken voorbereiden en de managers spreken met elkaar dezelfde taal. Door de toenemende mate van standaardisatie in de

planning en control cyclus is het steeds duidelijker wat er wordt verwacht door de raad van bestuur van het betreffende ziekenhuis. Toch is het coördineren van deze processen, door de diversiteit van de ziekenhuizen, veel werk voor de maatschapmanager.

Daarnaast is er nog de mogelijkheid om in speciale gevallen een overleg aan te vragen met de raad van bestuur. De huidige raad van bestuur van het St. Antonius ziekenhuis wil het contact echter vooral via de lijn laten lopen, daardoor komt ad hoc overleg met de raad van bestuur weinig voor. De raad van bestuur wil meer gaan decentraliseren om de bestuurbaarheid van de organisatie te vergroten. De maatschap moet via de zorgmanager en de medisch manager schakelen met de raad van bestuur. De zorgmanager is verantwoordelijk voor de bedrijfsmatige kant van de zorgeenheid waar de specialisten onder vallen. De medisch manager is verantwoordelijk voor de medisch inhoudelijke kwesties. De medisch specialist is echter gewend om directe toegang te hebben tot de raad van bestuur. Dit levert de nodige problemen op. De maatschapmanager zegt het volgende daarover:

‘Vroeger kon je veel sneller en gemakkelijker schakelen met je eigen portefeuillehouder uit de raad van bestuur. Nu moeten we alles via de lijn communiceren, maar de zorgmanager heeft het ook altijd druk. Dit maakt het soms wel moeilijk om snel en flexibel ergens op te kunnen reageren.’

De zorgmanager en medisch manager uit het St. Antoniusziekenhuis hebben onder leiding van de huidige raad van bestuur een verschuiving van functie ondervonden. Zij hebben een grotere verantwoordelijkheid gekregen om namens de maatschap te onderhandelen met de raad van bestuur. De zorgmanager verwoordt het als volgt:

‘De raad van bestuur wil eigenlijk voornamelijk de oplossingsmogelijkheden horen, ze hebben minder belangstelling voor het probleem.’

Dit duidt erop dat de functie van de zorgmanager en medisch manager door het huidige bestuur van het St. Antoniusziekenhuis zwaarder wordt aangezet om als buffer te fungeren. Via de zorgmanager en de medisch manager wil de raad van bestuur taken delegeren en de inkomende informatie juist kanaliseren. Dit zorgt voor een andere dynamiek in de onderhandeling tussen de maatschap en de raad van bestuur. Er is door de inzet van de zorgmanager en de medisch manager een extra schakel tussen de maatschap en de raad van bestuur gekomen.

4.6.2 Functioneren van de onderhandelingsrelatie

De vorming van de regiomaatschap heeft gevolgen voor de onderhandelingsrelatie met het ziekenhuis. Duidelijk is dat door de vorming van een regiomaatschap de maatschap enkele tools in handen heeft om voor zichzelf een sterkere positie te verwerven. Soms is deze sterkere positie ook ten gunste van het ziekenhuis en in andere gevallen moet er flink over gediscussieerd worden. Uitgangspunt is wel dat beide partijen elkaar nodig hebben. Deze wederzijdse afhankelijkheid maakt dat beide partijen gebaat zijn bij een uitkomst die voor beide partijen acceptabel zijn. De maatschapmanager zegt het volgende daarover:

‘Het Antonius vaart wel bij ons imago, maar wij varen ook wel bij de naam van het St. Antonius ziekenhuis. We hebben elkaar nodig en zo hoort het ook.’

Bij de vorming van de regiomaatschap bleek echter dat de raad van bestuur pas betrokken werd bij het proces toen de grootste stappen al waren gezet. Hiermee confronteert de maatschap de raad van bestuur met een ontwikkeling waarin zij nauwelijks tot geen inspraak meer hadden. Dit is een voorbeeld van een situatie waarin de regiomaatschap een voorsprong heeft genomen op de raad van bestuur. De raad van bestuur kon niet veel anders dan, na tegenstribbelen, alsnog toestemming geven. Ook bij de aanschaf van de DaVinci bleek dat de urologen hun positie in konden zetten om iets voor elkaar te krijgen. Een van de urologen benoemde dat er in de onderhandeling over de aanschaf van de DaVinci robot veel 'gemasseerd' moest worden in combinatie met het aandragen van de juiste argumenten. Hij omschreef het als volgt:

'In het kader van de wens van de raad van bestuur voor een oncologiecentrum, gaven wij natuurlijk aan dat wij dan ook iets voor de urologie hierin wilden. Dus toen hebben wij ook onze eisen opgesteld, dat begrijp je. Daarom hebben we ook voor elkaar gekregen dat urologen uit andere ziekenhuizen hier konden werken. Maar hier moesten we dus veel voor masseren en natuurlijk met goede argumenten komen.'

Wat uit deze uitspraak blijkt is dat de verworven positie meer mogelijkheden geeft voor de regiomaatschap om in de onderhandeling bepaalde eisen te stellen. De DaVinci robot was een van de eisen die de regiomaatschap stelde voor volledige ontwikkeling van de urologische oncologie in het St. Antonius ziekenhuis.. Een lid van de raad van bestuur zegt het volgende hierover:

'Een grotere maatschap heeft natuurlijk meer ambities en kan dan ook meer gedaan krijgen. Het risico van grote ambitie en een sterkere positie is dat het samen gaat met harde eisen. Is het belang van het ziekenhuis bij een specialisme groot, dan moet je er ook meer naar luisteren.'

Hieruit blijkt dat de regiomaatschap, door het toegenomen aantal specialisten, de betere mogelijkheden voor subspecialisatie en het creëren van een regionale netwerk, van groter belang is geworden voor het ziekenhuis en daarmee een sterkere positie heeft verworven. Toch heeft de Raad van bestuur ook tegenwicht gegeven aan de eisen van de maatschap. De maatschapmanager verwoordt het zo:

'Bijvoorbeeld de investering van de DaVinci, dat was voor een relatief kleine maatschap echt een forse investering. Wij waren eigenlijk niet zwaar important voor het ziekenhuis. Dus dat zijn wel echt dingen die we voor elkaar hebben gekregen. Maar daar zaten ook wel forse opdrachten aan verbonden hoor. We hebben toen wel over die voorwaardes gesproken zodat we weer vooruit konden, maar toch.'

Zowel de maatschapmanager als de zorgmanager geven daarbij aan dat het contact met de raad van bestuur formeler en zakelijker is geworden. Men zegt:

'De raad van bestuur stelt zich afstandelijker en defensiever op. Zo van 'kom maar op'.'

Ook de voorzitter van de maatschap geeft aan dat hij een bedrijfskundige insteek van het onderhandelingsproces belangrijk vindt en hier ook meer aandacht aan wil besteden. Hij verwoordt dit als volgt:

'We willen een heel bedrijfsmatige aanpak hanteren. Dat is volgens mij ook onze kracht en ook de reden dat we een maatschapmanager hebben. De managers moeten elkaar zien te vinden en dezelfde taal spreken.'

Dit is eerste indicatie van de grotere afstand die er heerst tussen de regiomaatschap en de directie van het ziekenhuis. Deze consequentie van de vorming van de regiomaatschap kan voor de onderhandelingsrelatie grote gevolgen hebben.

5. Discussie

In dit hoofdstuk worden aan de hand van de deelvragen, de resultaten van het kwalitatieve onderzoek gekoppeld aan het theoretisch kader. Door een link te leggen tussen de theorie en de praktijk worden de resultaten geanalyseerd, zodat meer inzicht in het onderwerp wordt verkregen.

5.1 Theoretische discussie

Vanuit de beschrijving van de algemene omgeving, de taakomgeving en de lokale omgeving blijkt dat de druk op de medisch specialisten de afgelopen jaren toegenomen is. Het vormen van een regiomaatschap is een strategische beslissing om aan deze druk te ontkomen en controle en zeggenschap te behouden over het eigen vakgebied. Bij de vorming van de regiomaatschap werd een aantal forse doelen nagestreefd. Er bestaan echter verschillen tussen deze doelstellingen. De wijze waarop de doelen geïnterpreteerd moeten worden, wordt hier beschreven. De inzichten van Van der Krogt en Vroom (1995) zijn hierbij leidend. Vervolgens wordt de machtsbalans opgemaakt, waarbij gekeken wordt naar de machtsbronnen die ingezet kunnen worden door de beide partijen aan de hand van de theorie van Porter (1979). Hierna worden de gevolgen van de regiomaatschap voor enkele relevante beleidsthema's uiteengezet. Tot slot volgt een beschrijving van de wijze waarop de onderhandelingsrelatie tussen het ziekenhuis en de regiomaatschap er in de toekomst wellicht uit kan zien.

5.1.1 Strategische doelen

De toenemende druk vanuit de omgeving heeft ertoe geleid dat medisch specialisten geforceerd werden om in de richting van regionale samenwerking te bewegen. Het oprichten van een regiomaatschap is het strategisch positioneren van de organisatie. Gesteld kan worden dat de maatschappen verwachten dat samenwerking meer op zal leveren dan individuele inspanningen. Het is dus mede het mogelijke resultaat van gezamenlijke activiteiten dat de medisch specialisten ertoe heeft gezet om zich aan elkaar te binden. Wat een organisatie dient op te leveren, wordt gewoonlijk vastgelegd in de doelen van een samenwerkingsverband (Van der Krogt & Vroom 1995). Er moet volgens Van der Krogt en Vroom (1995) onderscheid gemaakt worden in het totaal aantal doelen die voor een organisatie relevant zijn. Volgens Van der Krogt en Vroom (1995) zijn er meerdere soorten doelen. De doelen die de organisatie rechtvaardigen zijn de formele doelen. Dit zijn de doelen die in de statuten staan vermeld. De inrichting van de organisatie wordt gelegitimeerd door de vermeende relatie tussen de formele doelen en de organisatie. De interpretatie en de concretisering van de formele doelen zijn volgens Van der Krogt en Vroom (1995) veel interessanter. Dan blijkt namelijk dat er nog meer doelen aanwezig zijn in de organisatie, zoals informele doelen. Informele doelen zijn de doelen die de partij in werkelijkheid nastreeft, maar die niet perse overeen hoeven te komen met de formele doelen. Meestal is er in een organisatie genoeg ruimte om deze doelen ook na te streven. Het komt ook voor dat partijen hun doelen opzettelijk vaag houden. Ze kunnen er in het kader van hun eigen strategie belang bij hebben dat hun doelstellingen niet bekend zijn bij andere partijen. Van der Krogt en Vroom (1995) geven hierbij het voorbeeld dat artsen zullen stellen dat het gaat om de patiënt, maar dat zij daarnaast ook een goed inkomen en maatschappelijke positie willen garanderen, daar is men minder expliciet over. In sommige gevallen zullen dit zelfs geheime doelen zijn en wordt er helemaal niet over gesproken.

In dit onderzoek zijn de antwoorden van de respondenten leidend geweest bij de keuze van de doelstellingen. Enkele doelstellingen en middelen werden door de urologen en de maatschapmanager zelf benoemd. Er waren ook doelstellingen die door de betrokken stakeholders aan de maatschap werden toegedicht, waarbij iedere stakeholder zijn eigen accent legde. In dit speelveld van doelstellingen heeft de onderzoeker een keuze gemaakt in doelstellingen benoemd door de medisch specialisten zelf en doelstellingen benoemd door de belangrijkste stakeholders.

Zo is een belangrijk doel van de regiomaatschap, volgens de medisch specialisten, het leveren van kwalitatief hoogstaande urologische zorg. Dit is ook het formele doel van de regiomaatschap en wordt om die reden ook als voornaamste doel gecommuniceerd naar de omgeving. Dit doel wordt gerealiseerd door te streven naar het behoud van het volledige portfolio van urologische behandelingen. Ook de mogelijkheid tot subspecialisatie en het vergroten van het adherentiegebied -en daarmee volume- zijn middelen die tot deze doelstelling bijdragen. Tot slot heeft de regiomaatschap de mogelijkheid om patiëntenstromen te sturen en kunnen zij ervoor kiezen om behandelingen te verdelen over de ziekenhuizen en zo de complexere behandelingen te concentreren op een plek.

De vraag die hierbij gesteld kan worden is of kwaliteit van zorg echter wel het belangrijkste doel van de regiomaatschap is. Volgens Goffman (1959) kan 'front stage' onderscheiden worden van de 'back stage'. Met 'front stage' wordt de formele, ideologische taal die wordt gesproken, bedoeld. Goffman (1959) maakt hier gebruik van de metafoer van een acteur die acteert op het podium en zo zijn publiek geeft wat het wil. Met 'back stage' refereert Goffman (1959) naar de wijze waarop men echt denkt. De belangen en informele doelen van de verschillende partijen spelen zich voornamelijk 'back stage' af. Kwaliteit van zorg kan in dit kader gezien worden als een ideologie van de medisch specialisten, hetgeen als legitimering van handelen dient, vaak omdat de buitenwereld dit prettig vindt. Ook Groenewegen (2007) stelt dat fusies vaak aangekondigd worden in het kader van het verhogen van de kwaliteit van zorg, maar worden ingegeven door heel andere denkbeelden, zoals het vergroten van marktsegmenten of de machtspositie. In termen van Goffman (1959) spreken de medisch specialisten wellicht 'front stage' over kwaliteit van zorg, terwijl 'back stage' andere doelen een rol kunnen spelen. Deze informele en soms zelfs geheime doelen van een organisatie kunnen van veel groter belang zijn voor een organisatie dan het formele doel (Van der Krogt & Vroom 1995).

Een informeel doel van de regiomaatschap is het behoud van de autonomie en zeggenschap over het eigen vakgebied. Het aangaan van een regionaal samenwerkingsverband, een regiomaatschap, zorgt voor een sterkere positie in het krachtenveld en geeft de medisch specialist meer mogelijkheden om actief te anticiperen op externe ontwikkelingen en de toekomst. Gekoppeld aan dit informele doel is een geheim doel, namelijk het verkrijgen van macht. Het verkrijgen van macht is gewoonlijk geen uitgesproken doel van een organisatie. Volgens Perrow (1961) is het een gevolg van het duale systeem van ziekenhuizen dat medisch specialisten het verkrijgen van macht nastreven. Volgens hem is er in een ziekenhuis sprake van 'meervoudig leiderschap', waarbij geen van de beide partijen de uiteindelijke macht heeft. Dit heeft als gevolg dat bij conflicterende doelen veel energie moet worden gestoken in onderhandelingen tussen de beide partijen. Ook Light (1991) stelt dat professionals een tegenkracht vormen tegen de bestuurders van een ziekenhuis. De partijen dagen elkaar daarbij voortdurend uit, waarbij een evenwicht niet, of slechts moeizaam wordt gevonden. Dit sluit aan bij de visie van Mintzberg (2006) die stelt dat in een professionele bureaucratie de professionals de dienst

uitmaken. De stafdiensten en strategische top worden slechts gewaardeerd voor zover zij het werk van de professionals vergemakkelijken. Vanuit de resultaten lijkt dit ook zo te werken in de onderzochte casus. De medisch specialisten hebben, onder andere, het doel gesteld om hun machtspositie te behouden en hebben met de vorming van de regiomaatschap een strategische keuze gemaakt in de positionering van de organisatie in het krachtenveld.

En ander onuitgesproken doel is de financiële doelstelling. Een maatschap zal geen regiomaatschap gaan vormen als er niet is nagedacht over de financiële consequenties en het behoud van een zeker inkomen. De medisch specialisten hebben in de interviews aangegeven dat ze bij het vormen van een regiomaatschap geen financiële doelstellingen nastreefden. Er werd wel toegegeven dat de 'cijfers moesten kloppen', maar 'het gaat niet om het geld' aldus de medisch specialisten. De andere respondenten, die geen onderdeel uitmaakten van de maatschap, gaven aan dat er wel degelijk financiële doelstellingen aanwezig moesten zijn. Wellicht is hier sprake van een geheim doel. Spreken over geld is in de gezondheidszorg niet gebruikelijk. Ook hier zou kunnen gelden dat, naast het streven naar kwaliteit van zorg, wel degelijk nagedacht is over de financiële consequenties van het vormen van een regiomaatschap. Hoewel medisch specialisten op dit moment, door de huidige regulering, minder financiële voordelen zullen ervaren, is het mogelijk dat het strategisch positioneren van de maatschap in de toekomst, bijvoorbeeld bij de invoering van integrale tarieven, wel degelijk -financieel- aantrekkelijke mogelijkheden biedt.

5.1.2 Machtsbronnen en machtsbalans

In dit onderzoek is het belangrijk om te analyseren welke machtsbronnen een rol spelen in de empirie. Vanuit de empirie blijkt dat een heel aantal machtsbronnen belangrijk zijn in de onderhandelingsrelatie tussen het ziekenhuis en de regiomaatschap. Deze machtsbronnen worden niet direct benoemd door de respondenten, maar de antwoorden van de respondenten worden door de onderzoeker geplaatst binnen de theorie over de machtsbronnen (Porter 1979, Van der Krogt & Vroom 1995). De machtsbronnen worden in deze paragraaf benoemd en geanalyseerd. Tevens wordt gesteld hoe de machtsbalans tussen leverancier (regiomaatschap) en afnemer (ziekenhuis) bij die betreffende machtsbron is veranderd.

5.1.2.1 Concentratie en mededinging

Een leverancier beschikt volgens Porter (1979) over een sterke onderhandelingspositie indien er weinig vergelijkbare bedrijven of organisaties zijn die dezelfde diensten of producten leveren. Het is voor de afnemer dan moeilijk om bij dreiging over te stappen naar een andere leverancier. Daarnaast hebben leveranciers die schaars zijn op de markt meer invloed op ontwikkelingen in de markt.

Het eerste wat de urologen door het vormen van een regiomaatschap hebben gedaan is het versterken van hun positie door het vergroten van het aantal leden van de groep. Naast de voordelen van deze sterkere positie, door schaalvergroting, heeft de regiomaatschap door hun regionale samenwerking ook de concurrentie in de regio vermindert. Waar de urologen voorheen met elkaar moesten concurreren, werken ze nu met elkaar samen. Daar tegenover staat het feit dat de ziekenhuizen wel concurrenten van elkaar zijn. Dit zorgt voor tegengestelde belangen, waarbij bepaalde zaken voor de -positie van- ziekenhuizen van groot belang zijn, maar de urologen voor hun eigen organisatie geen, of juist een tegengestelde, voorkeur hebben. Dit kan zorgen voor wrijving tussen de partijen. De NZa heeft op dit punt bezwaren tegen de vorming van regiomaatschappen. Het huidige stelsel is, volgens de NZa, niet gebaat bij een hogere concentratie van leveranciers. Het

principe van een regiomaatschap in de huidige vorm lijkt daarom haaks te staan op de ontwikkeling van marktwerking in de zorg, omdat dat stelsel juist uitgaat van meerdere aanbieders van zorg, zodat er selectief ingekocht kan worden en de regiomaatschap de positie van de zorgverzekeraar daarin ondermijnt. Dit betekent dat de door de overheid geanticipeerde kostenbesparing wellicht wordt belemmerd door de regiomaatschap.

Gesteld kan worden dat het ziekenhuis als afnemer, door toenemende concentratie van leveranciers, minder keuzemogelijkheden heeft voor alternatieve leveranciers. Dit zorgt ervoor dat de afnemer bijvoorbeeld minder gemakkelijk kan dreigen met het overstappen naar een andere leverancier. Deze machtsbalans is dus verschoven in de richting van de leverancier, in dit geval de regiomaatschap.

5.1.2.2 Omzet en belang

Volgens Porter (1979) neemt de macht van de afnemer toe als het belang en de bijdrage aan de totale omzet van de leverancier voor de afnemer niet groot is. De omzet van de urologie ten opzichte van de totale omzet van het ziekenhuis is zeer klein. De urologie is verantwoordelijk voor ongeveer 2% van de totale omzet. In dat opzicht is het belang van de urologie voor het ziekenhuis zeer gering en is de regiomaatschap in het nadeel. In de gezondheidszorg spelen behalve omzet echter ook nog andere factoren een rol.

Het St. Antonius ziekenhuis heeft recentelijk drie speerpunten geformuleerd. De urologie scoort op twee van die speerpunten, oncologie en basiszorg, erg hoog. Hiermee heeft de urologie voor het ziekenhuis een belangrijke rol gekregen. Daarnaast hebben de urologen regionaal een goede reputatie opgebouwd en bezitten zij kennis en vaardigheden die specifiek zijn in de regio. Het belang van de urologie is voor het ziekenhuis daardoor dus gegroeid.

Gesteld kan worden dat de urologie relatief gezien een kleine bijdrage levert aan de totale omzet van het ziekenhuis, het ziekenhuis ondervindt bedrijfseconomisch niet veel dreiging van de regiomaatschap. Hierdoor is de positie van de afnemer, het ziekenhuis, dus sterker. Het belang van het ziekenhuis bij de urologie is echter toegenomen de afgelopen jaren. Dit komt door de ontwikkeling die de maatschap heeft doorgemaakt op het gebied van (sub)specialisatie en de daaraan gekoppelde -landelijke- reputatie. Hieruit blijkt dat de regiomaatschap 'Urologen voor U' hun positie ten opzichte van het ziekenhuis heeft verstevigd, niet op basis van omzet, maar op basis van het belang dat de afnemer heeft bij deze specifieke leverancier.

5.1.2.3 Overstapmogelijkheden en kosten

Volgens Porter (1979) geeft de ruimte om al dan niet van leverancier te wisselen een belangrijke invulling aan de machtspositie van een van de partijen. Is het mogelijk voor het ziekenhuis om van maatschap te wisselen? Vanuit de interviews en documenten bleek dat het vrijwel onmogelijk is voor het ziekenhuis om van maatschap te wisselen, tenzij er sprake is van grove nalatigheid of onrechtmatig gedrag. Het ziekenhuis en de maatschap zijn met elkaar verbonden door de toelatingsovereenkomst. Dit contract wordt gesloten voor onbepaalde tijd en wordt niet verlengd op basis van prestaties. Het ziekenhuis heeft daarnaast nauwelijks overstapmogelijkheden door -juridische- beperkingen, de hoge kosten en de onrust die het zou kunnen veroorzaken onder de andere maatschappen in het ziekenhuis. Daarbij is het ziekenhuis afhankelijk van de specifieke kennis, kunde en reputatie van deze maatschap. Vervolgens bleek dat de maatschap een relatief sterke basis heeft om zelfstandig verder te gaan mochten zij door het ziekenhuis niet langer gecontracteerd worden. Hiermee zouden zij een zeer sterke concurrent worden van het ziekenhuis, aangezien patiënten loyaal zijn naar hun medisch specialist en minder naar het

ziekenhuis als zodanig. Hierbij moet wel aandacht worden besteed aan de wederzijdse afhankelijkheid die er op dit moment is. De regiomaatschap heeft het ziekenhuis wel degelijk nodig als 'facilitator' van ruimte, personeel en apparatuur. Mochten de regiomaatschap zelfstandig verder willen gaan dan hebben ze een investeerder nodig die dit kan bekostigen.

Samenvattend kan gesteld worden dat de mogelijkheid om te wisselen van leverancier zeer beperkt is. Mocht de situatie zich toch voordoen dan lijkt het erop dat de regiomaatschap in het voordeel is in de onderhandeling op het moment dat zij een partij vinden die de dienstverlening kan faciliteren. Daar staat tegenover dat indien het ziekenhuis in de toekomst besluit om de omgang met de medisch specialisten meer te verzakelijken, door op basis van contracten te sturen, het juridisch eenvoudiger wordt om van leverancier te wisselen. Om de rust en continuïteit in de organisatie te behouden zou er voor gekozen kunnen worden om contracten voor langere tijd af te spreken en daarna te evalueren. Het ziekenhuis zou op die manier een sterkere positie verkrijgen in de onderhandeling.

5.1.2.4 Substituten en gevaar van voor- of achterwaartse integratie

Porter (1979) stelt dat de aanwezigheid van substituten en de mogelijkheden van voor- of achterwaartse integratie de positie van de afnemer dan wel de leverancier kan versterken. Substituten zijn leveranciers die vergelijkbare voordelen bieden ten opzichte van de diensten van de huidige leverancier, maar een heel ander proces kennen (Johnson et al. 2011) De positie van de urologen (leveranciers) is in deze sterk. Wat betreft de urologische behandeling in een klinische setting zijn er namelijk geen substituten op de markt.

Achterwaartse integratie is een vorm van verticale integratie waarbij de afnemer eigenaar wordt van de leverancier of de middelen die de leverancier levert (Johnson et al. 2011). Het risico op achterwaartse integratie is gekoppeld aan de mogelijkheid van het ziekenhuis om de toelatingsovereenkomst van de maatschap op te zeggen en zelf urologische dienstverlening aan te gaan bieden. Zoals reeds is gebleken is dit zeer moeilijk te realiseren, gezien de juridische en organisatorische consequenties. Het feit dat er veel urologen moeilijk een baan kunnen vinden, wat blijkt uit een onderzoek van de Nederlandse Vereniging van Urologie (NVU 2012), zou echter kunnen betekenen dat het vinden van medisch specialisten die de dienstverlening van de maatschap over zouden kunnen nemen relatief eenvoudig zou zijn.

Voorwaartse integratie is een vorm van verticale integratie waarbij de leverancier zelf diensten gaat leveren verderop in de keten (Johnson et al. 2011). Het risico op voorwaartse integratie, namelijk dat de maatschap een eigen kliniek opent is, hoewel op dit moment niet aan de orde, wel aanwezig. De maatschap heeft veel specifieke kennis en vaardigheden in huis en beschikt over een groot netwerk. Het zou eventueel mogelijk zijn om een eigen kliniek te openen als de situatie daarom vraagt. De enorme investering die nodig zou zijn hierbij zorgt ervoor dat de regiomaatschap afhankelijk is van het ziekenhuis. Door de aanschaf van de DaVinci robot heeft het ziekenhuis die afhankelijkheidspositie van de regiomaatschap versterkt.

Hoewel de mogelijkheden voor voor- of achterwaartse integratie er voor beide partijen wel zijn, blijkt in de huidige situatie dat de kans dat een van de partijen hier, op de korte termijn, actief op inzet relatief klein is gezien de grote mate van wederzijdse afhankelijkheid. Het ziekenhuis is afhankelijk van de regiomaatschap vanwege de specifieke kennis en vaardigheden waarover zij beschikt en het feit dat patiënten vaak loyaal zijn aan hun arts en niet aan het ziekenhuis. Daarnaast is de maatschap voor alle faciliteiten, van polikliniekruimte tot aan de intensive care, afhankelijk van het ziekenhuis. De machtsverhouding blijft op dit punt, onder de huidige omstandigheden, in evenwicht.

5.1.2.5 Mate van differentiatie en specifieke kennis en kunde

Specifieke kennis en kunde van de leverancier zorgt volgens Porter (1979) voor een sterkere positie in de onderhandeling met de afnemer. In het geval van de regiomaatschap urologie is hier sprake van. De uroloog heeft namelijk specialistische kennis waar het ziekenhuis niet zonder kan. De maatschap heeft zich de afgelopen jaren steeds sterker kunnen profileren door differentiatie en subspecialisatie. Daaraan heeft de aanschaf van de DaVinci robot bijgedragen, waarbij specifieke operatietechnieken eigen zijn gemaakt door de maatschap. Daarnaast worden door het regionale bereik van de maatschap hoge aantallen van die specialistische behandelingen behaald waardoor de maatschap een speler is op landelijk niveau.

Het feit dat de maatschap groter is en zich meer heeft kunnen ontwikkelen gaat gepaard met meer ambitie. Deze ambitie kan samen gaan met het stellen van bepaalde eisen, waarin het ziekenhuis tegemoet zal moeten komen. Doordat subspecialisatie in steeds hogere mate mogelijk werd binnen de regiomaatschap heeft de maatschap zich gebaseerd op deze machtsbron een sterkere positie weten te verwerven ten opzichte van het ziekenhuis.

5.1.2.6 Uittredingsdrempels

Indien de leverancier de mogelijkheid heeft om te stoppen met het type product of dienst dat hij levert aan een bepaalde afnemer dan geeft dat een extra impuls aan de onderhandelingsrelatie (Porter 1979). De vraag hierbij is of de regiomaatschap in de trend van differentiatie en subspecialisatie ook zou kunnen besluiten om een bepaald type zorg niet meer te leveren. Volgens de urologen zou dit wel een mogelijkheid zijn, maar niet op de korte termijn. Het St. Antoniusziekenhuis heeft kort geleden gezegd het volledige zorgaanbod te willen blijven hanteren. De vraag is of dit op de lange termijn ook haalbaar is. Ook de zorgverzekeraar is een belangrijke tegenwerkende kracht hierin. De zorgverzekeraar heeft de plicht om alle zorg te leveren en de toegankelijkheid van zorg voor patiënten te waarborgen. Om dit te garanderen heeft de zorgverzekeraar een behoorlijk sterke positie om zaken af te dwingen. Zo hebben zij in het stelsel een regierol gekregen door de mogelijkheid om selectief in te kopen. Zij kunnen dus dreigen om een bepaald type zorg helemaal niet meer in te kopen in een bepaald ziekenhuis. Het interessante hiervan is echter dat, door de komst van de regiomaatschap, de alternatieven van de zorgverzekeraar beduidend minder zijn geworden. Dit dreigement van de zorgverzekeraar is dus veel minder bedreigend geworden voor zowel de regiomaatschap als ook, in bepaalde mate, voor het ziekenhuis.

Toch speelt er wel een vorm van uittreding, namelijk dat door de portfolio verdeling over de ziekenhuizen niet meer elke behandeling in elk ziekenhuis wordt uitgevoerd. Hier heeft de zorgverzekeraar echter geen bezwaren tegen mits dit om complexe zorg gaat waarbij hogere kwaliteit kan worden behaald indien er concentratie plaatsvindt.

Tot op heden kan worden gesteld dat er geen sprake is van de dreiging dat de leverancier helemaal stopt met het aanbieden van bepaalde urologische behandelingen. Daarentegen zijn de specifieke ziekenhuizen wel gestopt met het aanbieden van bepaalde typen zorg, door de verdeling van het portfolio. Deze worden echter wel in een ziekenhuis in de regio aangeboden. De consequenties van deze ontwikkeling worden dus voornamelijk door de ziekenhuizen gedragen, waardoor de positie van de medisch specialisten in de onderhandelingsrelatie is verstevigd.

Gesteld kan worden dat de regiomaatschap zijn positie in de machtsbalans heeft versterkt met name door de verminderde concurrentie in de regio, het belang dat het ziekenhuis bij de maatschap heeft, de beperkte overstapmogelijkheden die er voor het ziekenhuis zijn en de specifieke kennis en kunde van de medisch specialisten die sterk zijn toegenomen door de

hoge mate van differentiatie en subspecialisatie van de medisch specialisten. Het ziekenhuis daarentegen heeft door de wijze waarop de machtsbronnen ingezet kunnen worden een minder sterke positie in de machtsbalans gekregen. Dit betekent echter niet dat het ziekenhuis per definitie overgeleverd is aan de grillen van de regiomaatschap. Het ziekenhuis is nog altijd de eigenaar van alle ondersteunende middelen zoals verplegend personeel, het gebouw en dure apparatuur zoals de DaVinci robot. Het ziekenhuis heeft dus een faciliterende rol, maar kan wel wat eisen tegenover het gebruik van al die middelen stellen. Daarnaast heeft het ziekenhuis de toelatingsovereenkomst, het contract. Tot op heden maakt het ziekenhuis daar weinig gebruik van als middel om meer regie te houden over de gang van zaken binnen het ziekenhuis. Het gebruik van die contracten zou in de toekomst wellicht mogelijkheden geven om de machtsbalans weer meer in het voordeel van het ziekenhuis uit te laten vallen.

5.1.3 Consequenties van de regiomaatschap

De vorming van een regiomaatschap heeft gevolgen voor een aantal relevante beleidsthema's. De belangrijkste gevolgen van de vorming van de regiomaatschap 'Urologen voor U' voor enkele thema's worden hier verder toegelicht.

5.1.3.1 Consequenties voor praktijkvariatie

Een regiomaatschap biedt het ziekenhuis op een aantal gebieden een meerwaarde ten opzichte van een gewone maatschap urologie. Vanuit de empirie komen een aantal gevolgen voor kwaliteit naar voren zoals subspecialisatie en concentratie van zorg. Een andere belangrijke bijdrage aan de kwaliteit van zorg is de mogelijkheid tot bestrijding van zogenaamde 'praktijkvariatie'. In Nederland bestaan grote regionale verschillen in aantallen uitgevoerde medisch behandelingen per hoofd van de bevolking. Praktijkvariatie kan leiden tot over- of onderbehandeling wat in beide gevallen voor suboptimale behandeling zorgt. Naast een kwaliteitsdimensie is er ook een kostendimensie gekoppeld aan praktijkvariatie. Overbehandeling zorgt voor onnodige kosten, terwijl onderbehandeling uiteindelijk kan zorgen voor hogere kosten omdat mensen pas in een later stadium behandeld worden en dan mogelijk ernstigere klachten hebben (Beek & Lemmens 2010).

Doordat de medisch specialisten die in een regiomaatschap werken bij elkaar in de ziekenhuizen werken komen de verschillen in werkwijzen aan het licht. Er is een prikkel voor medisch specialisten om de werkwijzen binnen de regiomaatschap zoveel mogelijk gelijk te trekken. Door te monitoren of men de protocollen nakomt, worden resultaten van de verschillende ziekenhuizen zichtbaar gemaakt. Door de samenwerking in een regiomaatschap is er ook voldoende openheid en wederzijds vertrouwen om elkaar aan te spreken indien de protocollen of afspraken niet nagekomen worden.

5.1.3.2 Consequenties voor continuïteit van zorg en patiëntveiligheid

Waar de regiomaatschap een belangrijke bijdrage kan leveren aan de kwaliteit van zorg door het bestrijden van praktijkvariatie, kan de regiomaatschap de kwaliteit van zorg op een ander gebied ook weer in gevaar brengen. Deze bedreiging van de regiomaatschap voor de kwaliteit van zorg komt voort uit het feit dat er veel buitengewone lidmaatschappen zijn doordat de urologen uit de andere ziekenhuizen ook in staat moeten zijn om in bijvoorbeeld het St. Antonius ziekenhuis te opereren. Dit zorgt ervoor dat men elkaar soms niet kent en toch samen een operatie doet. Een lid van de raad van bestuur noemt deze ontwikkeling het 'duiventil effect'.

Het is belangrijk om hierbij op te merken dat medische zorg niet wordt geleverd door individuen, maar door een team van mensen. De complexiteit van medische zorg in

combinatie met de beperkingen van menselijke prestaties zorgt ervoor dat er fouten worden gemaakt (Leonard et al. 2004). Effectief teamwork en communicatie kunnen voorkomen dat deze onvermijdelijke fouten schade toebrengen aan patiënten en zorgverleners. Elk team zorgt gezamenlijk voor effectieve en veilige zorg (Vincent 2010). Maar wat is nu eigenlijk een team? Vincent (2010:341) omschrijft een team als volgt:

'A team in a formal sense is a group of individuals with a shared, common goal who, while they each have defined individual tasks, achieve their goal by working interdependently and cooperatively.'

Hiermee wordt duidelijk dat een team zowel een gezamenlijk doel, als ieder individuele taken heeft (Vincent 2010). Het gezamenlijk doel wordt echter pas bereikt door samen te werken waarbij onderlinge afhankelijkheid en coöperatie een belangrijke rol spelen.

Een team is herkenbaar aan duidelijke teamgrenzen, dat wil zeggen dat het voor iedereen duidelijk is wie in het team hoort. Daarnaast is het belangrijk dat er enige mate van stabiliteit is in het team. Een te groot verloop van mensen vermindert het onderlinge vertrouwen en beperkt de kracht van een team. In een dergelijk team zijn teamleden afhankelijk van elkaar. Dit betekent dat ieder teamlid bepaalde vaardigheden of kennis bezit waardoor het team enkel door samenwerking de zorg kan verlenen die een patiënt nodig heeft (Barrick 2007).

Gesteld kan worden dat het opereren van urologen binnen meerdere ziekenhuizen een bedreiging vormt voor het vormen van een team. Hiermee kan de continuïteit van zorg en daarmee de patiëntveiligheid in gevaar komen.

5.1.3.3 Consequenties voor de 'governance'

De vorming van een regiomaatschap heeft invloed op meerdere bestuurlijke facetten. Zo brengt de regiomaatschap een hogere mate van complexiteit met zich mee op het gebied van management. Het wordt voor de raad van bestuur van een ziekenhuis aanzienlijk complexer om de organisatie aan te sturen op het moment dat een regiomaatschap zich vormt. De voornaamste reden hiervoor is dat een regiomaatschap actief is in meerdere ziekenhuizen, waaronder ziekenhuizen waar het bestuur geen bestuurlijke banden mee heeft. Dit zorgt ervoor dat wanneer overleg noodzakelijk is, bijvoorbeeld voor de verdeling van de zorgportfolio over de ziekenhuizen of het doen van investeringen, de raden van bestuur die elkaar niet goed kennen –en elkaars concurrenten zijn– moeten samenwerken.

Daarnaast loopt een ziekenhuis het risico dat bepaalde zorg niet meer geleverd wordt in hun ziekenhuis door de portfolioverdeling waarvoor de maatschap heeft gekozen. Dit heeft gevolgen voor de wijze waarop het ziekenhuis zich positioneert in de markt.

Ook aangrenzende specialisten en afdelingen kunnen gevolgen ervaren van de verdeling van behandelingen over de drie ziekenhuizen. Het weghalen van bijvoorbeeld de complexe urologische chirurgie en de oncologie heeft grote gevolgen voor de intensive care, de pathologie en het ondersteunend personeel zoals (gespecialiseerde) verpleegkundigen en paramedici. Bepaalde behandelingen kunnen verdwijnen uit een ziekenhuis, deze vorm van uitholling van de zorg kan nadelig uitpakken voor een ziekenhuis.

Het is de taak van de raad van bestuur om de belangen van alle partijen bij elkaar te houden en overzicht te houden over alle factoren en actoren die een rol spelen. Deze toegenomen complexiteit van het managen van een ziekenhuis, met daarin regiomaatschappen, legitimeert de positie van de raad van bestuur. Zij zijn nodig om de regiomaatschap te faciliteren. Het concurrentievoordeel van een ziekenhuis is mede afhankelijk van de wijze waarop de onderdelen bij elkaar worden gehouden door de bestuurders van de organisatie. Indien er een regiomaatschap in de organisatie ontstaat

wordt die verbindende rol van de bestuurder nog belangrijker. Volgens Johnson et al. (2011) kan in dit kader gesproken worden over de raad van bestuur als de 'corporate parent'. De raad van bestuur kan een duidelijke meerwaarde bieden voor de organisatie door het inbrengen van een duidelijke strategische visie, het coachen en faciliteren van degenen die in de organisatie werken en het zorgdragen voor de aanwezigheid van centrale diensten en ondersteunende middelen.

5.1.4 Toekomst

Het vormen van een regiomaatschap heeft gevolgen voor de integratie van de medisch specialisten in het ziekenhuis. Volgens de commissie 'gezond belonen medisch specialisten' (Meurs 2012) is het van belang dat de belangen van de medisch specialist en het ziekenhuis zoveel mogelijk gelijk gericht zijn. De angst heerst dat door de vorming van de regiomaatschap een disbalans ontstaat in de machtsverhouding tussen ziekenhuis en maatschap en dat de belangen van maatschap en ziekenhuis daardoor verder divergeren. De commissie (Meurs 2012) ziet de integratie van medisch specialisten in het ziekenhuis als voorwaarde voor het behouden van een heldere structuur waarin het huidige beleid van marktwerking en de regierol van de zorgverzekeraar verwezenlijkt kan worden. Daarnaast is men ook van mening dat specialisten en ziekenhuis nauw met elkaar verweven zijn en wederzijds vertrouwen dusdanig belangrijk is, dat het verspreid werken van medisch specialisten over meerdere ziekenhuizen niet bijdraagt aan de continuïteit en kwaliteit van zorg. Om deze redenen noemt de commissie (Meurs 2012) de vorming van regiomaatschappen een onwenselijke ontwikkeling. Ook de overheid vindt dat de vorming van regiomaatschappen zoveel mogelijk ontmoedigd dient te worden.

De vraag rijst waarom de belangen van het ziekenhuis en de medisch specialist zoveel mogelijk gelijk gericht moeten worden. Is die preoccupatie met het willen integreren van de medisch specialisten in het ziekenhuis nog wel van deze tijd of kun je dit wellicht bestempelen als 'oud' beleid. Medisch specialisten in (regio)maatschappen maken namelijk al langere tijd de beweging waarbij zij zich losweken uit de organisatie van het ziekenhuis in de richting van een contract als toeleverancier (Groenewegen 2007). Maatschappen kunnen door het vormen van een regiomaatschap zichzelf als 'private detachingsorganisatie' verhuren aan een ziekenhuis.

Een maatschap moet dan verder professionaliseren en streven naar een meer zakelijke verhouding met een ziekenhuis. Volgens Mintzberg (2006) beginnen de meeste organisaties hun bestaan met iets wat veel weg heeft van de eenvoudige structuur. Organisaties kunnen echter snel overgaan naar een andere structuur afhankelijk van de complexiteit van de omgeving. De gezondheidszorg is een zeer complexe omgeving, waarin de druk op de medisch specialisten hoog is. Organisaties waarin experts werken ontwikkelen zich volgens Mintzberg (2006) dan ook vaak vrij snel in de richting van een professionele bureaucratie. Volgens Mintzberg (2006) kan een professionele bureaucratie, doordat zij groter en ouder wordt, meer behoefte hebben aan controle, waardoor zij overgaat in een machinebureaucratie. De regiomaatschap is in snel tempo aan het ontwikkelen. De medisch specialisten willen dan ook een professioneel medisch bedrijf worden, werken binnen de muren van verschillende ziekenhuizen, maar niet perse verbonden aan een van de ziekenhuizen net als andere leveranciers doen. Wat de medisch specialist dan wel moet opgeven is een stuk zeggenschap in het ziekenhuis. Ziekenhuizen worden dan bestuurd door de raad van bestuur en niet door de medisch specialist zoals in de huidige situatie, in de duale constructie met specialisten in (staf)maatschappen. Er moet een gezonde inkooprelatie tussen leverancier en afnemer ontstaan waarin gestuurd kan worden op basis

van service level agreements (SLA). Hierbij worden contracten niet elk jaar automatisch verlengd, maar vindt een beoordeling en evaluatie plaats op basis van de geleverde diensten. Uiteraard is de gezondheidszorg gebaat bij een zekere mate van continuïteit en rust in de organisatie, een mogelijkheid is om deze reden, contracten voor meerdere jaren af te sluiten.

Ziekenhuizen en hun bestuurders lijken nog niet zoveel aandacht te schenken aan deze mogelijke nieuwe vormen van samenwerking. Wellicht komt dit doordat de mogelijke gevolgen van de sterkere positie in de onderhandeling die regiomaatschappen kunnen innemen, nog niet zo sterk naar voren komen, als zou kunnen. Dit komt door de regulering van de overheid en vanwege de wederzijdse afhankelijkheid van de beide partijen. De regiomaatschap zoekt op dit moment vooral de samenwerking met het ziekenhuis en wil vanuit die onderhandeling voor beide partijen een positief resultaat boeken. Volgens Walton en Mckersie (1965) is er hier sprake van integratief onderhandelen, waarbij de partijen zo goed mogelijk en met zoveel mogelijk gecreëerde waarde uit willen komen. Bij deze manier van onderhandelen speelt de relatie tussen de beide partijen een belangrijke rol. Men is voor langere tijd aan elkaar verbonden en is van elkaar afhankelijk voor de beste uitkomst. Dit wil echter niet zeggen dat er binnen een meer zakelijke samenwerkingsrelatie geen sprake kan zijn van een vertrouwensbasis waarin men probeert een win-win situatie te creëren.

Hiemstra en Tilburg (1990) noemen een dergelijke relatie 'co-makership'. De meestal ondergeschikte positie van toeleveranciers in de uitbestedingsrelatie verandert daarbij in een gelijkwaardige relatie. Bij co-makership gaat het altijd om een relatief langdurige, intensieve samenwerkingsrelatie op basis van wederzijds vertrouwen, waarbij de specifieke kennis van de leverancier wordt benut bij de ontwikkeling en de realisatie van, in het geval van de regiomaatschap, een dienst. Een opvallend detail is dat er spanning bestaat bij de gedachte van co-makership tussen het bouwen aan een vertrouwrelatie en een zakelijk contract. Volgens Hiemstra en Tilburg (1990) gaat het bij uitbesteding uiteindelijk om een harde, zakelijke relatie, waarbij het totaal product dat de leverancier te bieden heeft, inclusief kwaliteit en logistiek, bepalend is. Er is dus sprake van een zekere afstand tussen de afnemer en de leverancier. De afnemer of in dit geval, de uitbesteder, krijgt in deze relatie meer zeggenschap. Uitgangspunt is wel dat er naast duidelijke sturing op contractafspraken, ook sprake is van de vertrouwensbasis en wederzijdse afhankelijkheid. Deze twee facetten hoeven elkaar, volgens Hiemstra en Tilburg (1990), in een co-makership relatie niet uit te sluiten, maar bieden juist een solide basis voor ontwikkeling en innovatie. De onderhandelingsrelatie tussen de regiomaatschap en het ziekenhuis zou door een insteek op co-makership opnieuw ingericht kunnen worden op dusdanige wijze dat er voor beide partijen voordelen zijn. Een relatie gebaseerd op co-makership biedt beide partijen nieuwe kansen. Een dergelijke relatie vraagt echter om gelijkwaardigheid tussen de beide partijen en professioneel contractbeheer. Het is de vraag of de gezondheidszorg in staat -en bereid- is om deze stap te zetten.

5.2 Methodologische discussie

Het uitvoeren van een kwalitatief onderzoek is een juiste keuze geweest om de probleemstelling van deze afstudeerscriptie te kunnen onderzoeken. De wijze waarop de regiomaatschap tot stand is gekomen alsmede de machtsbronnen en de gevolgen voor de onderhandelingsrelatie konden door middel van de semigestructureerde interviews achterhaald worden. Ook het verzamelen en analyseren van de documenten heeft hiertoe bijgedragen. Het voordeel van het gebruik van een dergelijke methode is dat zij de concepten uit het theoretisch kader konden bevestigen, ontkrachten en aanvullen. Door

middel van deze combinatie van methoden is de interne betrouwbaarheid van dit onderzoek verhoogd. Tevens is een cyclische manier van werken toegepast in dit onderzoek wat tot het aanscherpen van de deelvragen, theoretisch kader en methoden van onderzoek heeft geleid. Door middel van deze werkwijze is er getracht een zo volledig mogelijk antwoord te formuleren op de probleemstelling.

In de wetenschappelijke literatuur is nog weinig te vinden over regiomaatschappen en de gevolgen voor de onderhandelingsrelatie. Er is daarom gekozen om vanuit bestaande theorie een link te leggen naar de onderzochte fenomenen in deze studie. De onderzoeker heeft lang geworsteld met de complexiteit van het concept macht. Macht kent namelijk veel verschijningsvormen. De machtsbronnen die Porter (1979) benoemt in zijn theorie van de concurrerende krachten heeft in dit onderzoek als uitgangspunt gediend. Daarnaast is de toepasbaarheid van het model van Porter (1979) in de gezondheidszorg een punt ter discussie. Porter (1979) heeft zijn model ontwikkeld voor het analyseren van het potentieel binnen een bedrijfstak. Men kan stellen dat de gezondheidszorg niet vergeleken kan worden met de industrie, waar het model van Porter (1979) oorspronkelijk voor is opgesteld. In dit onderzoek heeft het model van Porter (1979) echter voornamelijk bijgedragen aan het positioneren van de regiomaatschap en het ziekenhuis als afnemer en leverancier. Deze zienswijze wordt ondersteund door andere auteurs zoals Hiemstra en Van Tilburg (1990). De sterke basis in deze theorie zou er wel toe kunnen leiden dat andere invalshoeken, bijvoorbeeld theorieën over macht en onderhandeling uit de sociale wetenschappen, onderbelicht zijn gebleven. Daar tegenover staat dat de bijdrage van Porter (1979) een vernieuwend inzicht heeft gegeven in de relatie tussen het ziekenhuis en de regiomaatschap en de beschikbare machtsbronnen die binnen die relatie een rol spelen.

Door de gekozen kaders van dit onderzoek, waarin de focus sterk lag op de relatie tussen de leverancier en de afnemer en de machtsbronnen die zich in een dergelijke relatie aanwezig manifesteren, zijn gerelateerde relevante onderwerpen minder diepgaand onderzocht. De daadwerkelijke uitwerking van de regiomaatschap op de kwaliteit en doelmatigheid van zorg en de financiële consequenties van een regiomaatschap zijn, hoewel beide zeer relevante discussiepunten gerelateerd aan een regiomaatschap, niet tot in de details uitgewerkt.

De interviews zijn gehouden onder tien respondenten die een sleutelrol gespeeld hebben in de vorming van de regiomaatschap en degene die vormgeven aan de onderhandelingsrelatie tussen de maatschap en de raad van bestuur. De keuze om naast een lid van de raad van bestuur uit het St. Antonius ziekenhuis, geen respondent uit de raad van bestuur van de andere ziekenhuizen te interviewen, heeft er wellicht voor gezorgd dat de generaliseerbaarheid van het onderzoek verder is beperkt. Bij nader inzien had een interview met een van de leden van de raad van bestuur uit andere ziekenhuizen de context van het onderzoek wellicht beter kunnen aanscherpen. De onderhandelingsrelatie tussen deze ziekenhuizen en de regiomaatschap is wellicht anders dan de onderhandelingsrelatie met het St. Antonius ziekenhuis. Daarnaast is er een relatief klein aantal respondenten geïnterviewd. Desondanks wordt de selectie van de respondenten dusdanig relevant gezien dat zij een mooie vertegenwoordiging vormden van de, bij de regiomaatschap betrokken, stakeholders. Alle benaderde personen hebben met het interview ingestemd. Daardoor is de eerste keus respondenten geïnterviewd.

De positie van de onderzoeker in het urologisch werkveld heeft toegang gegeven tot zeer

rijke data. Door de bekendheid met het werkterrein en de betrokken partijen kon de onderzoeker goed doorvragen en inzicht krijgen in dieperliggende motieven en gevoelens. De meeste respondenten waren bekenden van de onderzoeker en voelden zich vertrouwd om 'gevoelige' uitspraken te doen. Naast de voordelen die de positie van de onderzoeker met zich meebrachten, voelde de onderzoeker zich door haar persoonlijke relatie met de respondenten soms beperkt. Er is getracht om dicht bij de theorie te blijven en een juiste keus te maken in de tekstfragmenten die illustratief, soms scherp, maar nooit schadelijk voor de betreffende groep of persoon konden zijn. Deze houding heeft de uitkomsten van het onderzoek niet beïnvloed. Om zo weinig mogelijk de eigen interpretatie mee te nemen in de beschrijving van de resultaten heeft de onderzoeker, nadat de interviews waren gehouden en de transcripten gemaakt, deze voorgelegd aan de docent. Door deze onderzoekerstriangulatie is de validiteit van het onderzoek vergroot.

Bij het uitvoeren van een casestudie is de externe validiteit van het onderzoek vaak gering, vanwege het feit dat het onderzoek maar een case bevat. De kracht van de uitkomsten van dit onderzoek is daardoor in de maatschappelijke en/of wetenschappelijke discussie minder sterk. Mogelijk kunnen de bevindingen van dit onderzoek wel een aanknopingspunt bieden om de discussie rondom het thema aan te gaan en biedt het wellicht tegenwicht aan de algemeen heersende meningen, gedachtes en beleidsdocumenten rondom de regiomaatschap.

6. Conclusie en aanbevelingen

In dit hoofdstuk wordt allereerst een antwoord geformuleerd op de probleemstelling van dit onderzoek. De onderzoeksvraag van deze scriptie luidt:

Wat zijn de consequenties van de vorming van de regiomaatschap 'Urologen voor U' voor de onderhandelingsrelatie met het St. Antonius Ziekenhuis?

Deze onderzoeksvraag zal beantwoord worden aan de hand van de antwoorden op de geformuleerde deelvragen. Hierna worden nog aanbevelingen gegeven voor de praktijk en voor verder onderzoek.

6.1 Beantwoording deelvragen

6.1.1 Procesbeschrijving van de vorming van de regiomaatschap

De druk op de medisch specialisten vanuit de algemene omgeving en de taakomgeving, door overheid, zorgverzekeraar, beroepsvereniging en ziekenhuis is de afgelopen jaren toegenomen. De vorming van een regiomaatschap is voor de medisch specialisten een middel om, te midden van al die onrust, zeggenschap te houden over het eigen werkveld.

Dit geldt ook voor de urologen die zich verenigd hebben in de regiomaatschap 'Urologen voor U.' In deze maatschap werken de urologen uit drie ziekenhuizen, het St. Antonius ziekenhuis, Zuwe Hofpoort en Diakonessen ziekenhuis, samen om de urologische zorg in Midden-Nederland op hoog niveau -be-houden.

Bij de oprichting van regiomaatschap streefden zij een aantal forse doelen na. Het bleek in dit onderzoek van groot belang om verder te kijken dan de doelen die de respondenten aangaven. Er is daarom ook gekeken naar de middelen die ze inzetten en de doelen ze toegedicht kregen door de stakeholders. Daaruit bleek welke doelen echt belangrijk zijn (Van de Korgt en Vroom 1995, Selznick 1948). Volgens de urologen was een belangrijk doel het behoud van kwalitatief hoogwaardige urologische zorg. Om kwalitatief hoogwaardige urologische zorg te kunnen verlenen stelde men als voorwaarde dat het volledige portfolio van urologische behandelingen behouden moest worden. Het behouden van het totale portfolio van urologische zorg werd gerealiseerd door het vergroten van het adherentiegebied. Voor complexe behandelingen zijn, door de beroepsvereniging en de Inspectie voor de Gezondheidszorg, volumennormen gesteld. Door het vergroten van het adherentiegebied is het behalen van die volumennormen ook realiseerbaar geworden. Vervolgens konden de specialisten zich, naast de basiszorg, gaan toespitsen op bepaalde innovatieve specialistische behandelingen. Door deze innovatie en de snelle - technologische- ontwikkeling werd het voor een enkele specialist niet meer mogelijk om alle behandelingen te beheersen. Subspecialisatie werd hierdoor -nog meer- een vereiste. Vanuit de analyse blijkt echter dat kwaliteit van zorg een formeel doel is. Kwaliteit van zorg is een legitiem argument om aan de buitenwereld te verklaren waarom een bepaalde weg in wordt geslagen. Er blijken ook nog andere, informele doelstellingen een grote rol te spelen bij de vorming van een regiomaatschap. Deze doelstellingen worden meer op de achtergrond gehouden, men sprak daar liever niet over. Getracht is om ook inzicht te verkrijgen in deze doelstellingen, aangezien die doelstellingen volgens Van der Krogd en Vroom (1995) vaak veel belangrijker zijn.

Door op deze manier naar de empirie te kijken kwam een ander belangrijk, maar informeel, naar voren. Namelijk het doel van het behoud van autonomie en zeggenschap over de praktijkvoering. Men verwachtte dat in de toekomst de regulering van externe partijen verder

zou toenemen. Door zich als regiomaatschap te organiseren kon de positie van de maatschap worden verstevigd, waarbij men verwachtte zich beter te kunnen weren tegen de eisen van andere partijen. In het geval van de volumenormen heeft de regiomaatschap zich daar niet tegen afgezet, maar kon men met het toegenomen adherentie-gebied en daarmee het aantal patiënten, tegemoet komen aan de eisen van de beroepsvereniging en de inspectie van de gezondheidszorg. Door de volumenormen te behalen kon de regiomaatschap het volledige portfolio behouden. Hierdoor kon de regiomaatschap zich meten met de grootste urologische praktijken in Nederland.

Naast het behoud van zeggenschap over het eigen vakgebied speelde ook een ander geheim doel mee, namelijk het verkrijgen van een sterkere machtspositie in het krachtenveld van de gezondheidszorg. Dit doel werd voornamelijk door de respondenten aan de regiomaatschap toegedicht. Zij verwachtten dat een regiomaatschap meer eisen zou gaan stellen en zich ook harder kon gaan opstellen in de onderhandeling met de directie van het ziekenhuis, de zorgverzekeraar en de overheid. De urologen waren wat terughoudender in het doen van uitspraken hierover, maar gaven toe dat een grotere maatschap een sterkere positie in de onderhandeling oplevert.

Tot slot speelden er ook nog financiële motieven. Dit doel werd door de urologen ontkend, maar de stakeholders waren ervan overtuigd dat de regiomaatschap dit doel ook nastreefde. De vorming van de regiomaatschap heeft ook niet direct geleid tot een hoger inkomen, door de regulering door de overheid. De vorming van een regiomaatschap zorgt echter door de sterkere positie in de onderhandeling wel degelijk voor positieve resultaten. Die resultaten zijn op dit moment vooral zichtbaar in investeringen door de ziekenhuizen in apparatuur, personeel en ruimte. Vanaf 2015 worden de integrale tarieven geïntroduceerd. Het ziekenhuis en de regiomaatschap moeten dan met elkaar onderhandelen over de tarieven. Op dat moment zal het voor de maatschap gunstig zijn dat zij regionaal georganiseerd zijn. Zij kunnen de onderhandeling vanuit een sterkere positie ingaan dan hun collega's die zich niet hebben verenigd in een groter verband. Samen sta je nu eenmaal sterker.

Na de oprichting van de regiomaatschap vonden de urologen dat het voor de kwaliteit van zorg en voor de verantwoording van investeringen beter was sommige van de zeer gespecialiseerde urologische behandelingen niet in alle drie de ziekenhuizen aan te bieden. Het was voor de regiomaatschap een logische stap om behandelingen te verdelen over de ziekenhuizen. De complexe behandelingen kwamen daar, waar de faciliteiten voor de betreffende behandeling reeds aanwezig waren of waar de investering gedaan kon worden. Doordat de specialisten in een regiomaatschap werkten, maakte het voor de interne organisatie niet uit in welk ziekenhuis de zorg geleverd moest worden.

De verdeling van het portfolio heeft echter wel veel impact op de ziekenhuizen. Door de verschuiving van patiëntenstromen vindt er ook een verschuiving plaats van de financiële stromen. Dit heeft grote impact op de interne organisatie. Daarnaast heeft het ontbreken van bepaalde complexe behandelingen impact op de aangrenzende specialismen en op de positionering van het ziekenhuis op de markt.

Er waren verschillende stakeholders betrokken bij de vorming van de regiomaatschap. De eerste was de raad van bestuur, zij hadden veel belang bij de vorming van de regiomaatschap, maar beperkte macht om de vorming ervan tegen te houden. De regiomaatschap heeft geprobeerd om de raad van bestuur uit de verschillende ziekenhuizen goed te informeren. Hoewel hier veel weerstand werd ondervonden, zijn de raden van bestuur uiteindelijk allemaal akkoord gegaan. De medische staf is ook een belangrijke

stakeholder bij de vorming van de regiomaatschap. Zij hebben de macht om de vorming van een regiomaatschap tegen te houden. In het geval van de urologen hebben zij toegestemd. De urologen zijn een relatief kleine vakgroep binnen het ziekenhuis, dus het belang van de medische staf om de vorming te blokkeren was beperkt. Tot slot de zorgverzekeraars. Zij hebben relatief veel belang bij de vorming van regiomaatschappen, vanwege de consequenties die het kan hebben voor de inkoop van zorg. Toch blijkt dat de zorgverzekeraar beperkte mogelijkheden heeft om de vorming van de regiomaatschap tegen te gaan.

Een regiomaatschap heeft consequenties voor enkele relevante beleidsthema's in de gezondheidszorg. Zo draagt een regiomaatschap bij aan het verminderen van de praktijkvariatie doordat de medisch specialisten werkzaam zijn op verschillende locaties. Eventuele verschillen in werkwijze worden daardoor sneller herkend en geminimaliseerd door werkafspraken en protocollering. Daarnaast heeft een regiomaatschap ook invloed op de continuïteit van zorg en daarmee de patiëntveiligheid. Doordat de medisch specialisten rouleren over de verschillende ziekenhuizen komt het regelmatig voor dat zij moeten samenwerken met een team die zij niet kennen. Elkaar kennen blijkt juist in de gezondheidszorg van essentieel belang voor veiligheid en continuïteit. Tot slot zorgt de regiomaatschap voor extra bestuurlijke complexiteit. Dit komt doordat de samenwerkingsrelatie die een regiomaatschap heeft met de ziekenhuizen waar zij zorg leveren soms niet parallel loopt aan de bestuurlijke relaties van het betreffende ziekenhuis.

Door de vorming van de regiomaatschap is de complexiteit van de eigen, interne organisatie ook toegenomen doordat het aantal urologen is toegenomen. Zodra meer mensen met elkaar moeten samenwerken, neemt de complexiteit toe. De noodzaak van heldere communicatielijnen, formele besluitvormingsprocessen en het toebedelen van beslissingsbevoegdheid werd groter. Om deze reden moest de regiomaatschap een slag maken in de professionalisering van de organisatie. Hiertoe werd door de regiomaatschap een maatschapmanager aangesteld. De maatschapmanager is verantwoordelijk voor de bedrijfskundige aansturing van de organisatie. Ook is zij degene die namens de maatschap in gesprek gaat met externe partijen, waaronder het bestuur van het ziekenhuis. Ondanks het feit dat medisch specialisten in een maatschap geen hiërarchie kennen, werd er een organogram opgesteld waarin de functies van de specialisten in de organisatie werden vastgelegd. Deze formele inrichting van de regiomaatschap schept verduidelijking in de taken en verantwoordelijkheden. Toch moet bij elke beslissing gezocht worden naar een draagvlak onder alle medisch specialisten in de maatschap. Om deze reden worden veel besluiten informeel voorbereid door de maatschapmanager en de voorzitter van de maatschap. Dit doen zij door vooraf met alle medisch specialisten en betrokkenen te spreken en eventuele pijnpunten te inventariseren. Vervolgens hoeft een besluit alleen nog formeel vastgelegd te worden in een maatschapvergadering. Een belangrijke waarde die de regiomaatschap bij elkaar houdt, is het onderling vertrouwen en respect. Men tracht zoveel mogelijk open met elkaar te communiceren, er is ruimte voor eigen inbreng en men accepteert onderlinge verschillen. Deze houding kenmerkt deze regiomaatschap en is zichtbaar in de eigen interne organisatie, maar ook in de relatie met het ziekenhuis. Men probeert een betrouwbare samenwerkingspartner te zijn en zoekt naar constructieve samenwerking.

Gesteld kan worden dat de vorming van de regiomaatschap, ondanks de nodige obstakels, relatief vlot is doorlopen en met goed gevolg. Sinds 2009 functioneert de regiomaatschap in de huidige vorm en zijn de medisch specialisten tevreden over de keuze om zich te

verenigen in een regiomaatschap. De raad van bestuur van het St. Antonius ziekenhuis accepteert dat de regiomaatschap 'Urologen voor U' bestaat. Beide partijen zoeken de beste weg om, door goed onderhandelen en het zoeken van gezamenlijk draagvlak, zoveel mogelijk tot een win-win situatie te komen. De vorming van de regiomaatschap heeft de positie van de partijen ten opzichte van elkaar echter wel veranderd. Daarom volgt hierna een inventarisatie van de machtsbronnen en de mate waarin die machtsbronnen worden ingezet door een van de partijen.

6.1.2 Machtsbronnen en machtsbalans

Vanuit het onderzoek blijkt dat een aantal machtsbronnen van Porter (1979) een rol te spelen in de machtsbalans tussen de regiomaatschap en het ziekenhuis. De machtsbronnen die bijdragen tot de positie van de regiomaatschap zijn: verminderde concurrentie in de regio, belang dat het ziekenhuis bij de maatschap heeft, beperkte overstapmogelijkheden voor het ziekenhuis en kennis en kunde van medisch specialisten. De machtsbronnen die bijdragen aan de positie van het ziekenhuis zijn omzet en achterwaartse integratie.

Tabel 1: Uitwerking van de machtsbalans tussen regiomaatschap en ziekenhuis

| | A | B | C | D | E | F | G | H | I | J |
|-----------------------|---|---|---|-----|---|---|---|---|---|---|
| Ziekenhuis | - | + | - | +/- | - | - | + | - | - | - |
| Regiomaatschap | + | - | + | + | + | + | - | + | + | + |

A. Concentratie en mededinging

B. Omzet

C. Belang

D. Overstapmogelijkheden en kosten

E. Substituten

F. Voorwaartse integratie

G. Achterwaartse integratie

H. Differentiatie

I. Kennis en kunde

J. Uitredingsdrempels

Uit tabel 1 kan worden geconcludeerd dat op basis van de analyse van de machtsbronnen, de regiomaatschap een sterkere positie heeft verkregen in de machtsverhouding tussen regiomaatschap en ziekenhuis.

6.1.3 Gevolgen voor de onderhandelingsrelatie tussen regiomaatschap en ziekenhuis

De angst van commissie 'inkomens medisch specialisten' (Meurs 2012) is dat de vorming van regiomaatschappen leidt tot het divergeren van de belangen van de medisch specialist en het ziekenhuis. Met de conclusie van de veranderde machtsverhouding in het voordeel van de regiomaatschap, lijkt dit een logische stellingname. Toch blijkt uit dit onderzoek dat de vorming van regiomaatschap niet hoeft te leiden tot het divergeren van de belangen van de betrokken partijen.

Het risico op divergeren van belangen neemt alleen toe wanneer de maatschappen hun organisatie strategisch positioneren en 'voorsorteren' op de toekomst, terwijl de ziekenhuizen hier niet op anticiperen door het contractbeheer te professionaliseren. Het ziekenhuis maakt tot op heden weinig gebruik van zakelijke overeenkomsten om regie te krijgen over de relatie tussen ziekenhuis en regiomaatschap. Professioneel contractbeheer kan in de toekomst wellicht mogelijkheden bieden om de machtsverhouding in balans te krijgen. Door afstand te nemen van de wens tot verbondenheid van medische specialisten

met één ziekenhuis kan het ziekenhuis als afnemer de regiomaatschappen sturen op basis van de kwaliteit en prijs van de geleverde diensten. Wanneer de maatschap en het ziekenhuis een volwassen leverancier- en afnemerrelatie ontwikkelen, biedt het belang van de een (ziekenhuis), een mogelijkheid tot zakelijke dienstverlening door de ander (maatschap). Als de regiomaatschap dan ook diensten levert in andere ziekenhuizen is dat voor het desbetreffende ziekenhuis minder relevant.

De regiomaatschap brengt, naast mogelijkheden om de bestuurbaarheid te vergroten, nog meer voordelen met zich mee voor het ziekenhuis. Zo biedt de regiomaatschap mogelijkheden om praktijkvariatie tegen te gaan, maken ze verregaande subspecialisatie mogelijk en door verminderde angst voor concurrentie, gaat meer aandacht uit naar innovatie. Een ziekenhuis kan dus wel degelijk baat hebben bij een regiomaatschap.

De ziekenhuisorganisatie zal zich moeten voorbereiden op een toekomst waarin de regiomaatschap zich verder kan gaan ontwikkelen als een professioneel medisch bedrijf. Door deze toegenomen afstand in de relatie is er volgens Hiemstra en Tilburg (1990) juist meer ruimte voor vertrouwen en onderlinge samenwerking. Zij noemen dit 'co-makenschap'. In deze uitbestedingsrelatie kan de eindverantwoordelijkheid van de medische zorg meer bij het medisch bedrijf kan worden gelegd. De rol van de raad van bestuur is die van afnemer, waarin zij een sterkere positie inneemt en tegelijkertijd een verbindende rol heeft in de organisatie. Een relatie gebaseerd op het principe van 'co-makenschap' biedt de beide partijen meer vrijheid en mogelijkheden tot samenwerking ten opzichte van de positie waarin zij op dit moment zitten. Concluderend kan worden gesteld dat deze vorm van samenwerking ervoor zorgt dat de belangen van het ziekenhuis en de maatschap niet divergeren.

6.2 Aanbevelingen

6.2.1 Aanbevelingen voor de praktijk

De belangrijkste aanbeveling die voortkomt uit dit onderzoek is om het perspectief op medisch specialisten die moeten integreren in het ziekenhuizen los te laten. Integratie van medisch specialisten is niet per definitie nodig om op een opbouwende manier met elkaar samen te werken, zoals blijkt uit de conclusies van dit onderzoek. In de toekomst moet er door de regiomaatschap en het ziekenhuis gezocht worden naar een nieuwe positionering van de medisch specialist in het ziekenhuis. De organisatie kan op basis van modernere inzichten worden ingericht, waarbij de aloude strijd tussen management en medisch specialist wellicht voorkomen kan worden. De aanbeveling die voortkomt uit dit onderzoek is om de wijze waarop de relatie tussen (regio)maatschap en ziekenhuis op dit moment wordt vormgegeven te herzien en andere organisatievormen te onderzoeken. Daarin moet de onderlinge verhouding verduidelijkt worden.

In dit onderzoek is een eerste verkenning gedaan naar het concept 'co-makenschap', waarin een uitbestedingsrelatie tussen de beide partijen wordt verondersteld. Het ziekenhuis is de afnemer en de regiomaatschap de leverancier. Er is sprake van een puur zakelijk contract, waarin uitbesteder en leverancier op basis van wederzijds vertrouwen tot een samenwerking komen waar beide partijen baat bij hebben. Sommige mensen spreken hier over het ziekenhuis als het 'winkelcentrum', waarin de maatschap zijn eigen winkel runt. De maatschap wordt door het ziekenhuis afgerekend op prestaties. Mochten die prestaties niet voldoen aan de afspraken die zijn gemaakt tussen beide partijen, dan moet er de mogelijkheid zijn voor het ziekenhuis om andere partijen te contracteren. Dit concept kan in grote mate bijdragen aan de bestuurbaarheid van de huidige, zeer complexe,

ziekenhuisorganisaties. Opgemerkt dient te worden dat dit principe in het huidige stelsel, door onder andere wetgeving en cultuur, niet direct toe te passen is.

6.2.2 Aanbevelingen voor verder onderzoek

Aangezien regiomaatschappen pas sinds korte tijd onder de aandacht staan, ontbreekt wetenschappelijk onderzoek naar dit onderwerp. Om die reden is gekozen voor een explorerend kwalitatief onderzoek. De casestudie biedt een eerste inventarisatie van machtsbronnen die een rol spelen in de onderhandelingsrelatie tussen het ziekenhuis en de regiomaatschap. Naar aanleiding van dit onderzoek, komen een aantal onbeantwoorde vragen naar voren. Een interessante vraag die overblijft, is de omvang van de ontwikkeling. Hoeveel regiomaatschappen hebben zich reeds gevormd of zijn bezig zich te vormen? Daarnaast is het interessant om te analyseren of regiomaatschappen vooral binnen bepaalde specialismen voorkomen en om welke reden dat is. Hierbij sluit ook de vraag naar succes- en faalfactoren aan. Wat maakt dat de ene regiomaatschap succesvol is en de andere niet?

Tot slot is het zeer de moeite waard om het concept van 'co-makership' verder te onderzoeken. Hoe moet een ziekenhuisorganisatie, en wellicht zelfs het gehele zorgstelsel, veranderen voor het mogelijk is om maatschappen te sturen op basis van zakelijke afspraken? Welke randvoorwaarden zijn daarvoor nodig?

Er blijven, blijkt uit dit onderzoek, nog veel onbeantwoorde vragen over betreffende de consequenties van de regiomaatschap en de wijze waarop het ziekenhuis hierop kan anticiperen. Deze vragen vormen een aanleiding tot verder onderzoek.

Referenties

Baarda, D.B. Goede, de M.P.M. 2001. *Basisboek methoden en technieken*. Groningen/Houten: Wolters-Noordhoff BV.

Balogun, J. & Hope Hailey V. 2002. 'Devising context sensitive approaches to change: the example of Glaxo Wellcome.' *Long Range Planning* 35(2):153-178.

Barrick, M.R, Bradley, B.H. Kristof-Brown, A.L. Colbert, A.E. 2007. 'The Moderating Role of Top Management Team Interdependence: Implications for Real Teams and Working Groups.' *Academy of Management* 50(3):544-557.

Bedaf, A. 2009. 'Kwaliteit leidend bij vorming regiomaatschappen.' *Mednet publishers* 4(3):1-8.

Beek, E. Lemmens, K. Schooten, G. Vlieger, E. 2010. *Reduceren van praktijkvariatie: budgettaire effecten van scherpere indicatiestelling*. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport.

BCG 2010. 'Kiezen voor kwaliteit Amsterdam.' *Boston Consultancy Group*.

Blair, J.D. Buesseler, J.A. 1998. 'Competitive Forces in the medical Group Industry: A Stakeholder Perspective'. *Health Care Management Review* 23 (2):7-27.

Bowling, A. 2002. *Research methods*. London: Healthcare Buckingham.

Creswell, J.W. 2003. *Reserach Design. Qualitative, Quantitative and mixed methods approaches*. Thousand Oaks: Sage publications.

Crommentuyn, R. 2008. 'Samen Sterker.' *Medisch contact* 39(1):1585-1587.

Douma, S.W. 2004. *Ondernemingsstrategie*. Groningen: Noordhoff Uitgevers B.V.

Devos, C. 2006. *De kleermakers en de keizer. Inleiding tot politiek en politieke wetenschappen*. Gent: Academia Press.

Elias, S. 2008. 'Fifty years of influence in the workplace: The evolution of the French and Raven Power Taxonomy.' *Journal of Management History*: 14(3): 267-283.

French, J.R.P., Raven, B.H. 1959. 'The bases of social power.' *Ann Arbor. MI: Institute for Social Research* 8(31):150-167.

Goffman, E. 1959. *The presentation of self in everyday life*. New York: Doubleday, a division of Random House.

Glouberman, S. Mintzberg, H. 2001. 'Managing the Care of Health and the Cure of Disease Part I: Differentiation.' *Health Care Management Review* 26(1):56-69.

Grundy, T. 2006. 'Rethinking and reinventing Michael Porter's five forces model.' *Strategic Change* 15:213-229.

Halbersma, R. Manen, van J. Sauter, W. 2012. *Voldoen de verzekeraars in hun rol als motor van het zorgstelsel?* Utrecht: NZa Research Paper.

Harrison, F. 1990. *Organisatiediagnose*. Assen: Van Gorcum en Comp. B.V.

Hiemstra, R.G Tilburg, van R.J.J 1990. *Inzicht in uitbesteding: ondernemingsstrategie en besturing*. Assen: Van Gorcum.

Johnson, G. Whittington, R. Scholes, K. 2011. *Exploring Strategy*. Edinburgh: Prentice Hall.

Kanter R., 1974. 'Intimate Repression.' *Sociology Quarterly* 15(2):320-24.

Keuning, D. Eppink, D. 1996. *Management en organisatie: Theorie en Toepassing*. Houten: Educatieve Partners Nederland BV.

Kok, L. Houkes, A. Tempelman, C. 2010. *De relatie tussen medisch specialisten en het ziekenhuis*. Amsterdam: SEO Economisch onderzoek.

Koelwijn, W. Harten van, K. 2012. 'Ondernemerschap van ziekenhuizen en medisch specialisten' *Zorgmarkt* (1)2:24-25.

Krogt, van der P.W.M. Vroom, C.W. 1995. *Organisatie is beweging*. Utrecht: Uitgeverij Lemma BV.

Lax, D. A. Sebenius, J.K. 2006. *3-D Negotiation: powerful tools to change the game in your most important deals*. Boston: Harvard Business School Press.

Leonard, M. Graham, S. Bonacum, D. 2004. 'The human factor: the crucial importance of effective teamwork and communication in providing safe care.' *Quality safety health care* 13:85-90.

Lewicki, R. David, J. Saunders, M. Barry, B. 2006. *Negotiation*. New York: McGraw-Hill/Irwin.

Light, W.D. 1991. 'Professionalism as a Countervailing Power.' *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 16 (3): 499-506.

Maso, I. en Smaling, A. 1998. *kwalitatief onderzoek: praktijk en theorie*. Amsterdam: Boon

Mastenbroek, W.F.G. 2002. *Negotiating as Emotion Management*. Heemstede: Holland Business Publications.

Meurs, P.L. 2012. *Gezond belonen: beleidsopties voor de inkomens van medisch specialisten*. Den Haag: Ministerie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

Meijer, J. Gelderman, P. 2011. 'Maatschap gemanaged.' *JM Sourcing* 2(3):33-35.

Mortelmans, D. 2011. *Handboek kwalitatieve onderzoeksmethoden*. Leuven/den Haag: Uitgeverij Acco.

Mintzberg, H. 1983. *Power in and around organizations*. Enblewood Cliffs: NJ: Prentice-Hall.

Mintzberg, H. 2006. *Organisatiestructuren*. Amsterdam: Pearson Education Benelux bv.

(NVU) 2012. *Kwaliteitsbeleid*. [Internet]. Nederlandse vereniging voor Urologie. [Aangehaald op 25 december 2012]. Bereikbaar op <https://www.nvu.nl/en-us/kwaliteit/kwaliteitsbeleid.aspx>

(NZa) 2013. *Discussiememo Integrale tarieven medisch specialistische zorg in 2015*. [Internet] Nederlandse Zorgautoriteit. [Aangehaald op 12 mei 2013] Bereikbaar op <http://www.nza.nl/zorgonderwerpen/dossiers/prestatiebek-medisch-specialistische-zorg/actueel/NZa-start-onderzoek-naar-integrale-tarieven-in-ziekenhuizen/>

Pfeffer, J. 1992. *Managing with Power: Politics and influence in organizations*. Boston, Mass: Harvard Business school press.

Pfeffer, J. 1993. 'Understanding Power in Organizations.' *California Management Review* 34 (2):29-49.

Porter, M.E. 1979. 'How Competative Forces Shape strategy.' *Harvard business Review* 5 (7):137-156.

Roberts, N. 1983. 'Organizational Power Styles: Collective end Competative Power under Varying Organizational Conditions.' *Journal of applied Behavioral Science* 22(4):443-458.

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ). 2011. *Medisch-specialistische zorg in 20/20: dichtbij en ver weg*. Den Haag: Raad voor de volksgezondheid en Zorg.

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ). 2008. *Zorginkoop*. Den Haag: Raad voor de volksgezondheid en Zorg.

Salancik, G.R. Pfeffer J. 1974. 'The bases and use of power in organizational decision making: the case of a university.' *Administrative Science Quarterly*, 19(4):453-473.

Selznick, P. 1948. 'Foundations of the theory of organization'. *American Sociological Review* 13(1):25-35.

(St. Antonius Ziekenhuis) 2012. *Over het St. Antonius Ziekenhuis* [Internet]. Het St. Antonius ziekenhuis. [Aangehaald op 20 december 2012]. Bereikbaar op http://www.antoniusziekenhuis.nl/overstantonius/bedrijfsprofiel/topklinisch_ziekenhuis/

Swanborn, P. G. 2002. *Basisboek sociaal onderzoek*. Amsterdam: Boon.

Swayne, L. Duncan, J. Ginter, P.M. 2005. *Strategic Management of Health care organisations*. Oxford: Blackwell Publishing Ltd.

[Urologen voor U] 2012. *Visie [Internet]*. Website Urologen voor U. [Aangehaald op 20 december 2012] Bereikbaar op <http://www.urologenvooru.nl/visie/>

Vincent, C. 2010. *Patient Safety*. Oxford: John Wiley & Sons.

Varkevisser, M. Geest, van der S.A. Loozen, E.M. H. Mosca, I. Schut, F.T. *Instellingsoverstijgende maatschappen: Huidige ontwikkelingen, mogelijke gevolgen en de aanpak van eventuele mededingingsproblemen*. Rotterdam: Instituut Beleid & Management Gezondheidszorg (iBMG).

Volberda, H. 2009. 'Michaels Porter's vijf krachtenmodel blijft actueel.' [Internet] Aangehaald op 22 december. Bereikbaar op <http://www.mt.nl/1/5552/home/micheal-porter-s-vijfkrachtenmodel-blijft-acuteel.html>.

VWS. 2011. *Bestuurlijk Hoofdlijnenakkoord 2012-2015*. Den Haag: Ministerie van volksgezondheid, welzijn en sport.

Walton, R. E. McKersie, R. B. 1965. *A Behavioral Theory of Labor Negotiation*. New York: McGraw-Hill.

Wilensky, H. 1967. *Organizational Intellegence: knowledge and policy in Government and industry*, New York: Basic Books.

Wijnsma P. 2012. '*Regiomaatschappen revisited*' [Internet] Artsennet. [Aangehaald op 14 december 2012]. Bereikbaar op <http://www.artsennet.nl/opinie/Gastblogs/Pieter-Wijnsma/Blogbericht-Pieter-Wijnsma/122273/Regiomaatschappen-revisited.htm>

Bijlage

Bijlage 1. Topiclijsten

Topiclijst

Interview medisch specialist en maatschapmanager

| | |
|--|--|
| <p>Doel interview</p> <ul style="list-style-type: none"> - beschrijving ontstaan regiomaatschap - beschikbare machtsbronnen - wijziging machtsbronnen tgv vorming regiomaatschap - invloed op onderhandelingsrelatie met het ziekenhuis | <p>Centrale thema's</p> <ul style="list-style-type: none"> • Portfolioverdeling • Organisatie en inrichting (interne structuur) • Besturing en relatie achterban • Strategie (strategische keuzes) |
| <p>Topic</p> | <p>Mogelijke Vragen (Operationalisatie)</p> |
| <p>Introductie</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Erasmus Universiteit Masterscriptie • Duur: +/- 60 min • Toestemming opname • Membercheck – e-mail? |
| <p>Ontstaan regiomaatschap</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Wat was de aanleiding om te gaan praten over de vorming van een regiomaatschap? • Welke doelen hadden jullie voor ogen? (Kwaliteit, patiëntenstromen, financiële doelen, adherentie, volumes) • Welke partijen speelden een belangrijke rol bij de vorming van een regiomaatschap (stakeholders) • Welke barrières/drempels waren er bij het vormen van een regiomaatschap? |
| <p>Hoe past de portfolioverdeling van de regiomaatschap binnen de trend van concentratie en spreiding?</p> <p>Wat zijn de voordelen/nadelen van een regiomaatschap voor:</p> <ul style="list-style-type: none"> - positie ziekenhuis - positie regiomaatschap - positie zorgverzekeraar | |
| <p>Is de positie van de maatschap verandert ten opzichte van het ziekenhuis door de vorming van een regiomaatschap?</p> <p>Hoe loopt de onderhandelen/besluitvorming met het ziekenhuis?</p> <ul style="list-style-type: none"> - wat is daarin makkelijker geworden? | |

| | |
|---|--|
| - Zijn er ook aspecten die moeilijker zijn geworden? | |
| Interne organisatie (basis documentstudie) - hoe verloopt de beïnvloeding van de achterban (maten) en het ziekenhuis (stakeholders)? - hoe en door wie wordt de onderhandeling ingezet? - hoe en door wie wordt de doelstelling bepaald waarmee de onderhandeling in wordt gegaan, zodat de achterban zich vertegenwoordigt voelt? - Wat gebeurt er als een van de maten minder goed functioneert? (hoe wordt dit gecorrigeerd?) Hoe liggen de (individuele) verantwoordelijkheden? - Speelt het ziekenhuis nog een rol daarin? | |
| Concentratie | <ul style="list-style-type: none"> Jullie zijn de maatschap Urologie voor midden-Nederland. Wat zijn de mogelijkheden voor het St. Antonius Ziekenhuis om andere urologen (concurrentie?) aan te trekken wanneer ze dit willen? (en wat als contract afloopt?) In welke mate is jullie omzet afhankelijk van de hoeveelheid (macht ziekenhuis) diensten die het St. Antonius van de maatschap 'afneemt' in de vorm van zorg aan de patiënten? |
| Beschikbaarheid substituten | <ul style="list-style-type: none"> Zijn er nog alternatieve vormen van urologische zorg beschikbaar in de regio? Waar kan een patiënt nog meer heen? (Huisarts, ZBC?) |
| Omzet | <ul style="list-style-type: none"> Kunt u iets vertellen over de verdeling van diensten (portfolio) die jullie leveren aan de drie ziekenhuizen. Waar ligt het zwaartepunt? Wat is het belang van het ziekenhuis bij de urologische zorg? <ul style="list-style-type: none"> -Demografische context -Populariteit specialisme -Speerpunten ziekenhuis Wat is het plan van het ziekenhuis met het specialisme? Hoe ziet de toekomst van de maatschap eruit (innovatie)? Wat heeft het vormen van een regiomaatschap gedaan met jullie financiële positie/bedrijfseconomische doelstellingen? (onderdeel van functioneren) |
| Mate van differentiatie | <ul style="list-style-type: none"> In hoeverre leveren jullie |

| | |
|---|---|
| | <p>specialistische diensten (portfolioverdeling) aan het ziekenhuis?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Zou het ziekenhuis jullie kunnen vervangen voor andere urologen? (Concurrentie onder dokters/specialisten zelf) |
| Belang van de dienst | <ul style="list-style-type: none"> • Hoeveel belang schat u in dat het ziekenhuis heeft bij jullie diensten? |
| Overstap kosten | <ul style="list-style-type: none"> • Hoe makkelijk of moeilijk zou het zijn voor het ziekenhuis om te wisselen van maatschap of om urologen in loondienst te nemen? |
| Gevaar van voor- of achterwaartse integratie | <ul style="list-style-type: none"> • Zouden jullie zorg kunnen leveren zonder het ziekenhuis? (afhankelijkheid) • Wat is het (juridische) vooruitzicht van de regiomaatschap? Staan jullie juridisch sterk? |
| Uittredingsdrempels | <ul style="list-style-type: none"> • Jullie leveren in principe alle vormen van urologische zorg, maar niet meer alles in elk ziekenhuis. Hoe is deze portfolio-verdeling tot stand gekomen, wie zijn hierbij betrokken? • Wat vinden de betrokken partijen hiervan? • Zouden jullie ervoor kunnen kiezen om bepaalde urologische zorg helemaal niet meer te verlenen? |
| Beschikbare Informatie (macht van de expert) | <ul style="list-style-type: none"> • Als specialist hebben jullie de specifieke medische kennis en kennen jullie de patiënten, heeft dat voordelen in het gesprek met bestuurders van het ziekenhuis? Gebruiken jullie dat? |
| Hulpbronnen (financiën, mankracht) | <ul style="list-style-type: none"> • Welke bedrijfseconomische doelstellingen hebben jullie als maatschap? |
| Collectieve macht | <ul style="list-style-type: none"> • Jullie zijn met 13 urologen, dat is een flinke groep. Is het makkelijk of juist lastig om met elkaar tot overeenstemming te komen. • Hoe ziet de interne overleg structuur eruit, is er vooral formeel overleg of worden er ook informeel besluiten genomen? • Hoe ziet de formele overlegstructuur met de RvB eruit? |
| Onderling vertrouwen en relaties | <ul style="list-style-type: none"> • Op welke manier vindt er |

| | |
|--|---|
| | informeel overleg plaats? |
| Vergeten of onderbelichte onderwerpen | <ul style="list-style-type: none"> • Heeft u nog aanvullingen die belangrijk zouden kunnen zijn? |
| Bedanken en afscheid | <ul style="list-style-type: none"> • Aanbieden eindverslag. |

Topiclijst

Interview RvB, divisie manager en extern adviseur

| | |
|--|--|
| Doel interview | Centrale thema's |
| <ul style="list-style-type: none"> - beschrijving ontstaan regiomaatschap - beschikbare machtsbronnen - wijziging machtsbronnen tgv vorming regiomaatschap - invloed op onderhandelingsrelatie met het ziekenhuis | <ul style="list-style-type: none"> • Portfolioverdeling • Organisatie en inrichting (interne structuur) • Besturing en relatie achterban • Strategie (strategische keuzes) |
| Topic | Mogelijke Vragen (Operationalisatie) |
| Introductie | <ul style="list-style-type: none"> • Erasmus Universiteit Masterscriptie • Duur: +/- 60 min • Toestemming opname • Membercheck – e-mail? |
| Ontstaan regiomaatschap | <ul style="list-style-type: none"> • Wat was de aanleiding om te gaan praten over de vorming van een regiomaatschap? • Welke doelen had de regiomaatschap voor ogen? (Kwaliteit, patiëntenstromen, financiële doelen, adherentie, volumes) Kwam dat overeen met jullie doelen? • Welke partijen speelden een belangrijke rol bij de vorming van een regiomaatschap (stakeholders) • Welke barrières/drempels waren er bij het vormen van een regiomaatschap? |
| <p>Hoe past de portfolioverdeling van de regiomaatschap binnen de trend van concentratie en spreiding?</p> <p>Wat zijn de voordelen/nadelen van een regiomaatschap voor:</p> <ul style="list-style-type: none"> - positie ziekenhuis - positie regiomaatschap - positie zorgverzekeraar | |
| <p>Is de positie van de maatschap verandert ten opzichte van het ziekenhuis door de vorming van een regiomaatschap?</p> | |

| | |
|---|---|
| <p>Hoe loopt de onderhandelen/besluitvorming met het ziekenhuis? - wat is daarin makkelijker geworden? - Zijn er ook aspecten die moeilijker zijn geworden?</p> | |
| <p>Interne organisatie (basis documentstudie, alleen vragen indien ter sprake) - hoe verloopt de beïnvloeding van de maatschap (leverancier) en het ziekenhuis? - hoe en door wie wordt de onderhandeling ingezet door het ziekenhuis? - hoe en door wie wordt de inzet bepaald? - Wat gebeurt er als een van de maten minder goed functioneert? (hoe wordt dit gecorrigeerd?) Hoe liggen de (individuele) verantwoordelijkheden? - Speelt het ziekenhuis nog een rol daarin?</p> | |
| <p>Concentratie</p> | <ul style="list-style-type: none"> • De maatschap Urologie voor U richt zich op midden-Nederland. Waar moet een ziekenhuis heen als ze andere urologen (concurrentie) aan zouden willen trekken? • Zou u van andere partijen (macht ziekenhuis) urologische diensten kunnen betrekken? • In welke mate is het ziekenhuis afhankelijk van de regiomaatschap voor de diensten die jullie als ziekenhuis 'afnemen'? |
| <p>Beschikbaarheid substituten</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Zijn er nog alternatieve vormen van urologische zorg beschikbaar in de regio? Waar kan een patiënt nog meer heen? (Huisarts, ZBC?) |
| <p>Omzet</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Kunt u iets vertellen over de verdeling van diensten (portfolio) die jullie leveren aan de drie ziekenhuizen. Waar ligt het zwaartepunt? • Wat is het belang van het ziekenhuis bij de urologische zorg? -Demografische context -Populariteit specialisme -Speerpunten ziekenhuis • Wat is het plan van het ziekenhuis met het specialisme? Hoe ziet de toekomst van de maatschap eruit (innovatie)? • Wat heeft het vormen van een regiomaatschap gedaan met de financiële positie van de regiomaatschap? Welke (financiële) consequenties heeft |

| | |
|---|--|
| | <p>het vormen van een regiomaatschap? (onderdeel van functioneren)</p> |
| Mate van differentiatie | <ul style="list-style-type: none"> • In hoeverre leveren de urologen specialistische diensten aan het ziekenhuis? • Zou het ziekenhuis de maatschap kunnen vervangen voor andere urologen? Hoe zou dat gaan? |
| Belang van de dienst | <ul style="list-style-type: none"> • Hoeveel belang heeft het ziekenhuis bij de diensten van de urologen? |
| Overstap kosten | <ul style="list-style-type: none"> • Hoe makkelijk of moeilijk zou het zijn voor het ziekenhuis om te wisselen van maatschap of om urologen in loondienst te nemen? |
| Gevaar van voor- of achterwaartse integratie | <ul style="list-style-type: none"> • Zouden jullie zorg kunnen leveren zonder het ziekenhuis? (afhankelijkheid) • Wat is het (juridische) vooruitzicht van de regiomaatschap? Zijn er andere juridische figuren bedenken? |
| Uittredingsdrempels | <ul style="list-style-type: none"> • De maatschap levert in principe alle vormen van urologische zorg, maar verschuiven de accenten naar de verschillende ziekenhuizen. Hoe is deze portfolio-verdeling tot stand gekomen, wie zijn hierbij betrokken? • Wat vinden de betrokken partijen hiervan? • Is het mogelijk dat het St. Antonius ervoor kiest om bepaalde urologische zorg helemaal niet meer te verlenen? |
| Beschikbare Informatie (macht van de expert) | <ul style="list-style-type: none"> • Specialisten hebben de specifieke medische kennis en kennen de patiënten, hoe ervaren jullie als bestuurders dat? • Wat doet dat in het onderhandelingsproces? |
| Hulpbronnen (financiën, mankracht) | <ul style="list-style-type: none"> • Welke bedrijfseconomische doelstellingen heeft de regiomaatschap? Hoe staat die in verhouding tot de bedrijfseconomische doelstellingen van het ziekenhuis? |
| Collectieve macht | <ul style="list-style-type: none"> • De maatschap bestaat uit 13 urologen, dat is een flinke groep. Merkt u dat ze intern gemakkelijk of moeilijk tot overeenstemming |

| | |
|---|--|
| | <p>komen?</p> <ul style="list-style-type: none"> Hoe ziet de overleg structuur met het ziekenhuis eruit, is er vooral formeel overleg of worden er ook informeel besluiten genomen? |
| Onderling vertrouwen en relaties | <ul style="list-style-type: none"> Op welke manier vindt er informeel overleg plaats? |
| Vergeeten of onderbelichte onderwerpen | <ul style="list-style-type: none"> Heeft u nog aanvullingen die belangrijk zouden kunnen zijn? |
| Bedanken en afscheid | <ul style="list-style-type: none"> Aanbieden eindverslag. |

Topiclijst Interview Achmea

| | |
|---|---|
| Doel interview | Centrale thema's |
| <ul style="list-style-type: none"> - beschrijving ontstaan regiomaatschap - beschikbare machtsbronnen - wijziging machtsbronnen tgv vorming regiomaatschap - invloed op onderhandelingsrelatie met het ziekenhuis | <ul style="list-style-type: none"> • Portfolioverdeling • Organisatie en inrichting (interne structuur) • Besturing en relatie achterban <p>Strategie (strategische keuzes)</p> |
| Topic | Mogelijke Vragen (Operationalisatie) |
| Introductie | <ul style="list-style-type: none"> • Erasmus Universiteit Masterscriptie • Duur: +/- 60 min • Toestemming opname • Membercheck – e-mail? |
| Ontstaan regiomaatschap | <ul style="list-style-type: none"> • Wordt u als zorgverzekeraar betrokken bij (de vorming van) regiomaatschappen? • Welke doelen heeft de regiomaatschap voor ogen? (Kwaliteit, patiëntenstromen, financiële doelen, adherentie, volumes) Kwam dat overeen met jullie doelen? • Welke partijen speelden een belangrijke rol bij de vorming van een regiomaatschap (stakeholders) Wat is de rol van de zorgverzekeraar? • Heeft de zorgverzekeraar belang bij het al dan niet ontstaan van regiomaatschappen? • Welke barrières/drempels zijn er bij het vormen van een regiomaatschap? |
| Hoe past de portfolioverdeling van de regiomaatschap binnen de trend van | |

| | |
|--|--|
| <p>concentratie en spreiding?</p> <p>Wat zijn de voordelen/nadelen van een regiomaatschap voor:</p> <ul style="list-style-type: none"> - positie ziekenhuis - positie regiomaatschap - positie zorgverzekeraar | |
| <p>Is de positie van de maatschap verandert ten opzichte van het ziekenhuis en de zorgverzekeraar door de vorming van een regiomaatschap?</p> <p>Hoe loopt de onderhandelen/besluitvorming van de zorgverzekeraar met het ziekenhuis met betrekking tot zorg die wordt geleverd door een regiomaatschap?</p> <ul style="list-style-type: none"> - wat is daarin makkelijker geworden? - Zijn er ook aspecten die moeilijker zijn geworden? | |
| <p>Interne organisatie (basis documentstudie)</p> <p>- hoe en door wie wordt de onderhandeling ingezet door het ziekenhuis met de zorgverzekeraar?</p> | |
| <p>Concentratie</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Er wordt gesteld dat de regiomaatschap zorgt voor een hogere concentratie en dat dit zorgt voor een sterke positie van de regiomaatschap. Wat vind u daarvan? |
| <p>Beschikbaarheid substituten</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Zijn er nog alternatieve vormen van urologische zorg beschikbaar in de regio? |
| <p>Omzet</p> | <ul style="list-style-type: none"> • In hoeverre zijn de prioriteiten van de maatschap en de prioriteiten van het ziekenhuis/zorgverzekeraar gelijk? • Wat is het belang van het ziekenhuis bij de urologische zorg? <ul style="list-style-type: none"> -Demografische context -Populariteit specialisme -Speerpunten ziekenhuis • Welke (financiële) consequenties heeft het vormen van een regiomaatschap? • Hoe belangrijk zijn de diensten van de urologen voor het ziekenhuis en de zorgverzekeraar? |
| <p>Mate van differentiatie</p> | <ul style="list-style-type: none"> • In hoeverre levert de maatschap zulk specialistische diensten aan het ziekenhuis dan ze niet zonder ze kunnen? • Zou het ziekenhuis de maatschap |

| | |
|---|--|
| | kunnen vervangen voor andere urologen? |
| Belang van de dienst | <ul style="list-style-type: none"> Hoeveel belang heeft het ziekenhuis/de zorgverzekeraar bij de geleverde urologische diensten? |
| Overstap kosten | <ul style="list-style-type: none"> Hoe makkelijk of moeilijk zou het zijn voor het ziekenhuis om te wisselen van maatschap of om urologen in loondienst te nemen? |
| Gevaar van voor- of achterwaartse integratie | <ul style="list-style-type: none"> Hoe schat u het risico in voor voorwaartse of achterwaartse integratie? (maatschap zelf ziekenhuis zijn (ZBC) of ziekenhuis die op andere manier urologische zorg gaat verlenen) Wat is het (juridische) vooruitzicht van de regiomaatschap? Staan ze juridisch sterk? |
| Uittredingsdrempels | <ul style="list-style-type: none"> De maatschap levert in principe alle vormen van urologische zorg, maar verschuiven de accenten naar de verschillende ziekenhuizen. Hoe is deze portfolio-verdeling tot stand gekomen, wie zijn hierbij betrokken? Wat vinden de betrokken partijen hiervan? Is het mogelijk dat het St. Antonius ervoor kiest om bepaalde urologische zorg helemaal niet meer te verlenen? |
| Beschikbare Informatie (macht van de expert) | <ul style="list-style-type: none"> Specialisten hebben de specifieke medische kennis en kennen de patiënten, hoe ervaren jullie als bestuurders dat? Wat doet dat verschil in kennis/informatie in het onderhandelingsproces? |
| Hulpbronnen (financiën, mankracht) | <ul style="list-style-type: none"> Welke bedrijfseconomische doelstellingen heeft de regiomaatschap? Hoe staat die in verhouding tot de bedrijfseconomische doelstellingen van het ziekenhuis en de zorgverzekeraar? |
| Funciemacht | <ul style="list-style-type: none"> Jullie nemen een bepaalde rol in als zorgverzekeraar. Hebben jullie het idee dat jullie positie in de onderhandeling is veranderd door de komst van de regiomaatschap? |
| Collectieve macht | <ul style="list-style-type: none"> De regiomaatschap bestaat uit 13 |

| | |
|---|--|
| | <p>urologen, dat is een flinke groep. Wat is effect van deze groepsvorming op de relatie met het ziekenhuis en de zorgverzekeraar?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hoe ziet de overleg structuur met het ziekenhuis (of direct met de maatschap?) eruit, is er vooral formeel overleg of worden er ook informeel besluiten genomen? |
| Onderling vertrouwen en relaties | <ul style="list-style-type: none"> • Op welke manier vindt er informeel overleg plaats? |
| Vergeeten of onderbelichte onderwerpen | <ul style="list-style-type: none"> • Heeft u nog aanvullingen die belangrijk zouden kunnen zijn? |
| Bedanken en afscheid | <ul style="list-style-type: none"> • Aanbieden eindverslag. |

Bijlage 2. Stakeholder analyse

Voordat met de analyse van de stakeholders kan worden begonnen is het van belang om de centrale actor vast te stellen. In dit onderzoek is de regiomaatschap, als coalitie van urologen, de centrale actor. Voor de analyse van de stakeholders die bij de vorming van de regiomaatschap betrokken zijn is eerst een inventarisatie gedaan van alle mogelijke stakeholders. Uiteindelijk bleken de volgende stakeholders relevant:

- Raad van bestuur: Zij hebben veel belang bij de verandering aangezien het vormen van een regiomaatschap veel impact heeft op de organisatie. Zij hebben echter beperkte macht. Ze kunnen het vormen van een regiomaatschap niet verbieden. Ze vormen echter wel een belangrijke partner in de dagelijkse praktijkvoering van de maatschap. Er is sprake van wederzijdse afhankelijkheid tussen beide partijen. Het is daarom voor beide partijen belangrijk om de relatie goed te houden.
- Medische staf: De medische staf heeft niet veel belang bij de vorming van de regiomaatschap urologie gezien de relatief beperkte impact van de urologie op de kern van het medisch bedrijf. Desalniettemin heeft de medische staf veel –informele- macht binnen het ziekenhuis. Indien de medische staf tegen de vorming van de regiomaatschap is, dan is het de vraag of de regiomaatschap gerealiseerd zou kunnen worden. Hiermee wordt ook duidelijk dat de medische staf indien zij belang krijgt bij de ontwikkeling, kan veranderen in een ‘key player’.
- Zorgverzekeraar: Ten tijde van de oprichting van de regiomaatschap had de zorgverzekeraar niet veel belang bij de ontwikkeling. Ze vonden de wens voor meer kwaliteit een goed uitgangspunt en hadden alleen wat bezwaren als de regiomaatschap ook een rol zou willen krijgen in de onderhandeling. De zorgverzekeraar heeft echter zeer beperkte macht om de vorming van de regiomaatschap te beïnvloeden.
- Nza: De Nza is een machtige instantie, maar kan in principe weinig doen tegen de vorming van een regiomaatschap. Ook is de Nza niet erg geïnteresseerd in een lokale regiomaatschap. Daarmee is de Nza een voorbeeld van een ‘slappende reus’.
- Wetenschappelijke vereniging: De wetenschappelijke vereniging heeft interesse in de vorming van de regiomaatschap aangezien zij het vergroten van de patiënten volumes verschrijven en daarmee regionale samenwerking in de hand werken. De wetenschappelijke vereniging heeft echter nauwelijks macht om de vorming te beïnvloeden. Wel zijn zij zeer belangrijk voor het netwerk van de urologen binnen het eigen vakgebied.
- Patiënten: De patiënten hebben weinig belang bij de vorming van een regiomaatschap. Zij zullen wellicht naar een ander ziekenhuis moeten voor een bepaalde behandeling. Maar gezien de beperkte afstand zal dit geen problemen opleveren. Daarnaast hebben de patiënten nauwelijks macht in de besluitvorming, ze spelen echter wel een grote rol in de markt. Ook zijn patiënten vaak loyaal aan hun specialist en zullen zij de specialist volgen. Daarnaast is het voor de patiënten gunstig als de regiomaatschap de beloftes van hogere kwaliteit van zorg nakomt.
- Overheid: De overheid heeft in zekere zin belangstelling voor de vorming van regiomaatschappen gezien het feit dat zij in hun beleid maatregelen neemt om de vorming van regiomaatschappen te ontmoedigen. Toch zijn zij niet geheel tegen indien de regionale samenwerking gebaseerd is op het vergroten van de kwaliteit van

zorg. De interesse van de overheid in individuele gevallen is echter zeer beperkt. Ook de macht die zij hebben over individuele gevallen is beperkt.

Zodra de verschillende stakeholders in de matrix worden geplaatst ziet dat er als volgt uit:

Stakeholder power / interest matrix



Stakeholder matrix Bron: Johnson, Whittington and Scholes. Exploring Strategy 2011.

De belangrijkste stakeholders in het geval van de vorming van de regiomaatschap zijn de raad van bestuur, de zorgverzekeraar en de medische staf. Opvallend is dat er, in de huidige situatie, geen 'key players' aanwezig zijn in deze matrix. De drie belangrijkste stakeholders zijn geïnterviewd voor dit onderzoek. Daarnaast zijn ook een groot gedeelte van de hierboven beschreven stakeholders alsnog betrokken in het onderzoek doordat ook zij geïnterviewd zijn. Hierdoor zijn de meningen van de verschillende stakeholders vertegenwoordigd in dit onderzoek, wat een breed beeld geeft van de problematiek.