

# Bestuurlijke samenwerking in de ziekenhuiszorg: Bestuurlijke fusie of coöperatie?



J.J.M.M. (Jaap) van Baal - 303529

Afstudeeronderzoek Bestuurskunde (Publiek Management)  
Erasmus Universiteit Rotterdam  
Eerste lezer: Prof. Dr. M.J.W. van Twist  
Tweede lezer: Dr. Ir. M.B. Kort

Februari 2014

## Voorwoord

Met trots presenteer ik hierbij mijn scriptie, geschreven ter afronding van de master Publiek Management aan de Erasmus Universiteit Rotterdam. Ruim 7 jaar lang heb ik in het Rotterdamsche een fantastische studententijd beleefd en vanaf nu begint het ‘echte’ leven. De scriptie is af, de vakken zijn afgerond, kortom: de studententijd is voorbij!

Het schrijven van een scriptie gaat niet zonder slag of stoot. Het was niet altijd even makkelijk om gemotiveerd te blijven, zeker niet op het moment dat je vast komt te zitten in je scriptie en je even niet meer zo goed weet hoe je nu verder moet. Toch kan ik terugkijken op een zeer leerzame periode, waarin ik naast de vele stress momenten ook hele leuke en interessante momenten heb beleefd.

Gedurende het schrijven van de scriptie heb ik stage gelopen bij Twynstra Gudde. Op de afdeling Strategie & Samenwerken Zorg heb ik de mogelijkheid gekregen om naast de interessante werkzaamheden op kantoor een onderzoek uit te voeren ten behoeve van mijn afstuderen. De keuze voor het onderzoeksonderwerp is samen met de collega’s van het ‘SENS’-groepje besproken en ik heb dan ook veel aan hen gehad gedurende het schrijven van mijn scriptie. In het bijzonder wil ik daarom Janneke Steijns bedanken. Meerdere malen heeft zij mij van nieuwe inzichten voorzien en door haar is het proces van schrijven nooit gestagneerd. Vele interessante gesprekken hebben we gehad, alwaar ik haar zeer dankbaar voor ben. Naast Janneke, ook nog een speciaal dankwoord aan Hein Abeln. Door hem heb ik de mogelijkheid gekregen om met verschillende bestuurders in gesprek te gaan. Zonder hem was het schrijven van deze scriptie onmogelijk geweest. Uiteraard doe ik nu veel andere collega’s van Twynstra Gudde tekort. Door jullie heb ik een waanzinnige tijd gehad en heb ik met succes mijn studie kunnen afronden. Allen, dank daarvoor! Tevens een dankwoord aan alle respondenten. Zonder hun medewerking had dit onderzoek niet uitgevoerd kunnen worden. Ik heb de gesprekken als zeer prettig en leerzaam ervaren. Ook wil ik mijn beide scriptiebegeleiders, Mark van Twist en Michiel Kort, bedanken voor hun begeleiding en feedback. Beiden wisten mij te helpen met het verscherpen van de scriptie. Tevens wisten zij me richting te geven als ik het overzicht even kwijt was. Mede door hen heb ik deze scriptie met succes kunnen afronden en daarvoor ben ik hen zeer erkentelijk.

Tot slot een woord van dank aan mijn familie en mijn vriendin. Mijn broers, mijn zussen en in het bijzonder mijn ouders hebben mijn geklaag, gesteun en gekreun met alle liefde aangehoord, mijn excuses daarvoor! Ook stonden ze klaar op de momenten dat ik weer eens een weekendje ondergedoken was in Almelo; niets is fijner dan even niet aan je scriptie te hoeven denken gedurende een weekendje ‘weg’. Allen, vele malen dank!

Pam, uiteraard nog een speciaal woordje aan jou. Dank voor je lieve woorden, steun en geduld. Het zal niet makkelijk geweest zijn om met een scriptie schrijvende student te wonen, maar hij is nu toch echt af.....

## Samenvatting

Door de fase waarin de Nederlandse zorgsector zich bevindt en door verschillende ontwikkelingen in de samenleving staan de Nederlandse ziekenhuizen voor een grote uitdaging: de kwaliteit van zorg op een hoger peil brengen en tegelijkertijd de behandelingen betaalbaar houden. Een belangrijke ontwikkeling hierbij is dat veel Nederlandse ziekenhuizen momenteel de mogelijkheden voor bestuurlijke samenwerking aan het verkennen zijn, of al een bestuurlijke samenwerking hebben gerealiseerd. In Nederland is er op 297 verschillende plekken ziekenhuiszorg beschikbaar. Het aantal plekken waar ziekenhuiszorg beschikbaar is neemt per jaar af, mede door het feit dat het aantal bestuurlijke samenwerkingen tussen ziekenhuizen sterk toeneemt.

In dit onderzoek ligt de focus op twee vormen van bestuurlijke samenwerking: de bestuurlijke fusie en de coöperatie. Met bestuurlijke samenwerking wordt in dit onderzoek bedoeld dat de samenwerking wordt aangegaan door Raden van Bestuur van ziekenhuizen. Dit onderzoek zoomt in op het 'hoe' en 'waarom' van bestuurlijke samenwerking in de ziekenhuissector. Het 'waarom van samenwerking' gaat in op de vraag waarom bestuurders op zoek gaan naar vormen van bestuurlijke samenwerking. Het 'hoe van samenwerking' staat voor de vorm van bestuurlijke samenwerking: hoe kan de vorm van bestuurlijke samenwerking verklaard worden? De doelstelling van dit onderzoek is om inzicht te krijgen in de beweegredenen van ziekenhuisbestuurders om te gaan samenwerken in de vorm van een bestuurlijke fusie of coöperatie. Uit de doelstelling volgt de centrale vraag van het onderzoek:

***Welke (combinatie van) beweegredenen gebruiken ziekenhuisbestuurders, gegeven de veranderingen in het Nederlandse zorglandschap, bij de toelichting op het 'waarom' van bestuurlijke samenwerking en hoe kan de keuze voor een bestuurlijke fusie en een coöperatie verklaard worden?***

De door de bestuurders gebruikte beweegredenen zijn geordend op basis van 3 niveaus: beweegredenen die refereren aan (1) de 'omgeving van ziekenhuizen', beweegredenen die refereren aan (2) de 'organisatie van ziekenhuizen' en beweegredenen die refereren aan (3) 'de persoon van de bestuurder'. De eerste twee niveaus betreffen inhoudelijke beweegredenen: het gaat hierbij vooral om rationele overwegingen die betiteld kunnen worden als argumenten. Die overwegingen worden dikwijls ontleend aan een rationele analyse van een betreffende situatie. Het derde niveau betreft persoonlijke beweegredenen: hierbij gaat het vooral om overwegingen die bestuurders ontlene aan persoonlijke overtuigingen en drijfveren, zoals macht, autonomie, engagement, angst, etc. Teneinde de beweegredenen van bestuurders te kunnen meten, ordenen en analyseren, is gebruik gemaakt van een kwalitatief onderzoek. 6 Verschillende casussen staan daarbij centraal: 3 bestuurlijke fusiecasussen en 3 coöperatiecasussen. Door middel van het afnemen van 13 interviews met bestuurders van ziekenhuizen is data verzameld. Aan de hand van bestaande literatuur omtrent het thema 'samenwerking' is een analysekader opgesteld, waarin mogelijke beweegredenen voor bestuurlijke samenwerking zijn opgenomen. Door op zoek te gaan naar

indicatoren voor die mogelijke beweegredenen wordt duidelijk welke beweegredenen bestuurders gebruiken bij de toelichting op vormen van bestuurlijke samenwerking.

### **Waarom gaan ziekenhuizen op zoek naar bestuurlijke samenwerking?**

Bestuurders van zowel bestuurlijke fusies als ook van coöperaties gebruiken dezelfde inhoudelijke en persoonlijke beweegredenen bij de toelichting op het 'waarom' van bestuurlijke samenwerking. De inhoudelijke beweegredenen refereren vooral aan de omgeving van ziekenhuizen, de persoonlijke beweegredenen aan de persoon van de bestuurder:

- Veranderingen in de omgeving van ziekenhuizen (spreiding en concentratie, selectief inkoopgedrag zorgverzekeraar, concurrentie op de markt) hebben invloed op de marktpositie van ziekenhuizen
- Het maatschappelijk doel van ziekenhuizen: ziekenhuizen voelen een maatschappelijke verantwoordelijkheid om een bijdrage te leveren aan het verbeteren van de kwaliteit van de zorg en het garanderen van de toegankelijkheid tot die zorg voor iedereen in Nederland
- Persoonlijke doelen: Bestuurders willen het ziekenhuis beter maken en bij eventueel vertrek 'goed' achterlaten

### **Waarom een bestuurlijke fusie?**

Bestuurders van een bestuurlijke fusie gebruiken vooral inhoudelijke beweegredenen om de keuze voor de vorm van bestuurlijke samenwerking toe te lichten. Bestuurders van een bestuurlijke fusie zetten bij de toelichting op het 'hoe' van bestuurlijke samenwerking een samenhangend verhaal neer rondom twee zogenoemde kern beweegredenen:

- veranderingen in de omgeving van ziekenhuizen: door meer concurrentie in de markt is de rol van de mededingingsautoriteit en de daarmee gepaard gaande wetgeving van groot belang voor de te kiezen vorm van bestuurlijke samenwerking
- structuur van de vorm van bestuurlijke samenwerking: uit de strategie van het ziekenhuis vloeit de keuze voor de vorm van bestuurlijke samenwerking voort

### **Waarom een coöperatie?**

Bestuurders van een coöperatie gebruiken, in tegenstelling tot bestuurders van een bestuurlijke fusie, met name persoonlijke beweegredenen om de keuze voor de vorm van bestuurlijke samenwerking toe te lichten:

- interne spanningen binnen de organisatie: politieke grenzen en identiteitsgrenzen hebben invloed op de te kiezen vorm van bestuurlijke samenwerking

Naast persoonlijke beweegredenen blijken bestuurders ook inhoudelijke beweegredenen te gebruiken bij de toelichting op het 'hoe' van bestuurlijke samenwerking. Echter, in iedere casus blijken andere inhoudelijke beweegredenen een rol te spelen, waardoor er geen uitspraken gedaan kunnen worden over de rol en aanwezigheid van inhoudelijke beweegredenen omtrent de keuze om te gaan samenwerken in de vorm van een coöperatie. De beweegredenen zijn casusafhankelijk en dus niet representatief voor andere casus:

- veranderingen in de omgeving van ziekenhuizen: door meer concurrentie in de markt is de rol van de mededingingsautoriteit en de daarmee gepaard gaande wetgeving van groot belang voor de te kiezen vorm van bestuurlijke samenwerking
- structuur van de vorm van bestuurlijke samenwerking: uit de strategie van het ziekenhuis vloeit de keuze voor de vorm van bestuurlijke samenwerking voort

### **Opbrengsten van het onderzoek**

De resultaten van dit onderzoek bieden inzicht in de beweegredenen van bestuurders in de ziekenhuiszorg omtrent bestuurlijke samenwerking. Vragen als ‘waarom gaan ziekenhuizen op zoek naar bestuurlijke samenwerking?’ en ‘wat verklaart de vorm van bestuurlijke samenwerking in de Nederlandse ziekenhuiszorg?’ kunnen naar aanleiding van dit onderzoek beantwoord worden. Tevens levert dit onderzoek een bijdrage aan de publieke discussie; het biedt een feitelijke onderbouwing bij vragen als ‘wat gebeurt er nu eigenlijk?’, ‘waarom wordt er samengewerkt in een specifiek vorm?’, ‘hoe wordt er samengewerkt?’. Vanuit verschillende theoretische invalshoeken zijn verklaringen te vinden voor de totstandkoming van vormen van bestuurlijke samenwerking. Echter, dit onderzoek laat zien dat theoretische invalshoeken slechts voor een beperkt deel in staat zijn om de totstandkoming van vormen van bestuurlijke samenwerking in de Nederlandse ziekenhuiszorg te kunnen verklaren. Mogelijkerwijs heeft dat te maken met het feit dat er in de afgelopen jaren zeer veel veranderingen hebben plaatsgevonden binnen de zorgsector, waardoor de praktijk nauwelijks meer in modellen en theorieën is weer te geven. Externe factoren hebben een te grote invloed op de totstandkoming van vormen van bestuurlijke samenwerking waardoor bestaande theorieën te kort schieten in het volledig verklaren, uiteenzetten en ondersteunen van de totstandkoming van vormen van bestuurlijke samenwerking in de Nederlandse ziekenhuissector. Wanneer vanuit de wetenschap wordt gekeken naar bestuurlijke samenwerking in de Nederlandse ziekenhuiszorg, zal rekening gehouden moeten worden met die verschillende externe factoren. Met andere woorden, bij het onderzoeken van bestuurlijke samenwerking in de Nederlandse ziekenhuiszorg zijn de ‘huidige omstandigheden’ van groot belang. Een ‘open-systems view’ helpt daarbij: door de omgeving van ziekenhuizen grondig in kaart te brengen is men in staat om belangrijke externe factoren mee te nemen in het onderzoek. Immers, dit onderzoek toont aan dat externe factoren in de omgeving van ziekenhuizen voor een groot deel kunnen verklaren waarom ziekenhuizen op zoek gaan naar vormen van bestuurlijke samenwerking.

## Inhoudsopgave

Voorwoord.....	2
Samenvatting.....	3
<b>Hoofdstuk 1 Inleiding .....</b>	<b>8</b>
1.1 Aanleiding.....	8
1.1.1 Focus van het onderzoek.....	8
1.1.2 Bestuurlijke veranderingen: fusie en coöperatievorming.....	9
1.2 Probleemstelling.....	10
1.3 Relevantie.....	11
1.3.1 Maatschappelijke relevantie.....	11
1.3.2 Wetenschappelijke relevantie.....	11
1.4 De opbouw van het onderzoek.....	12
<b>Hoofdstuk 2 Kiezen voor bestuurlijke samenwerking, een terreinverkenning .....</b>	<b>13</b>
2.1 Bestuurlijke samenwerking.....	13
2.1.1 Positionering bestaande literatuur.....	13
2.1.2 Wat wordt verstaan onder bestuurlijke samenwerking? .....	14
2.1.3 Vormen van bestuurlijke samenwerking in theorie .....	15
2.1.4 Vormen van bestuurlijke samenwerking in de ziekenhuissector.....	16
2.1.5 Focus van het onderzoek: coöperatie en bestuurlijke fusie.....	19
2.2 Beweegredenen .....	20
2.3 Beweegredenen voor (vormen van) bestuurlijke samenwerking.....	20
2.3.1 De omgeving van ziekenhuizen.....	21
2.3.2 De organisatie van ziekenhuizen .....	27
2.3.3 De persoon van de bestuurder.....	31
2.3.4 Analyse kader .....	37
<b>Hoofdstuk 3 Opzet van het onderzoek.....</b>	<b>39</b>
3.1 Onderzoeksstrategie, -methoden en -technieken.....	39
3.2 Onderzoekspopulatie .....	40
3.3 Betrouwbaarheid en validiteit .....	41
3.3.1 Storingsbronnen voor validiteit en betrouwbaarheid.....	41
3.4 Data analyse .....	42
<b>Hoofdstuk 4 Context van onderzoek: de Nederlandse zorgsector .....</b>	<b>47</b>
4.1 De Nederlandse zorgsector.....	47
4.2 Stijgende zorgkosten in de zorgsector.....	48
4.3 Impact ontwikkelingen op de ziekenhuiszorg.....	51
4.3.1 Spreiding en concentratie van ziekenhuisfuncties.....	52
4.3.2 Selectief inkoopgedrag zorgverzekeraar .....	53
4.3.3 Concurrentie op de markt: steeds meer samenwerkende ziekenhuizen.....	53
<b>Hoofdstuk 5 Welke beweegredenen zijn voor bestuurders van betekenis bij samenwerkingsverbanden?.....</b>	<b>56</b>

5.1 Samenwerking in de ziekenhuiszorg: de bestuurlijke fusie .....	56
5.1.1 Casus 1.....	56
5.1.2 Casus 2.....	60
5.1.3 Casus 3.....	63
5.1.4 Overzicht beweegredenen bestuurlijke fusie.....	66
5.2 Samenwerking in de ziekenhuiszorg: de coöperatie .....	67
5.2.1 Casus 1.....	67
5.2.2 Casus 2.....	71
5.2.3 Casus 3.....	76
5.2.4 Overzicht beweegredenen coöperatie.....	79
5.2 Overzicht beweegredenen: waarom bestuurlijke samenwerking?.....	80
5.3 Overzicht beweegredenen: bestuurlijke fusie of coöperatie? .....	84
5.3.1 Waarom een bestuurlijke fusie? .....	84
5.3.2 Waarom een coöperatie? .....	85
<b>Hoofdstuk 6 Conclusie .....</b>	<b>88</b>
6.1 Beantwoording deelvragen .....	88
6.1.1 Het Nederlandse zorglandschap.....	88
6.1.2 Ontwikkelingen in het Nederlandse zorglandschap .....	89
6.1.3 Wat is bestuurlijke samenwerking? .....	89
6.1.4 Wat zijn mogelijke beweegredenen voor bestuurlijke samenwerking in de ziekenhuissector? .....	91
6.2 Beantwoording hoofdvraag.....	91
6.2.1 Waarom gaan ziekenhuizen op zoek naar bestuurlijke samenwerking? .....	92
6.2.2 Hoe kan de vorm van bestuurlijke samenwerking verklaard worden? .....	94
6.3 Opbrengsten van het onderzoek .....	98
6.3.1 Het ‘waarom’ van bestuurlijke samenwerking .....	98
6.3.2 Het ‘hoe’ van bestuurlijke samenwerking.....	100
<b>Hoofdstuk 7 Reflectie op het onderzoek .....</b>	<b>103</b>
7.1 Reflectie op onderzoeksonderwerp en methodologie.....	103
7.2 Reflectie op theoretisch kader.....	104
7.3 Reflectie op onderzoeksresultaten: suggesties voor vervolgonderzoek .....	104
7.4 Discussie .....	105
<b>Literatuurlijst .....</b>	<b>107</b>
<b>Bijlage 1 Lijst met respondenten .....</b>	<b>112</b>
<b>Bijlage 2 Interview leidraad .....</b>	<b>114</b>

# Hoofdstuk 1 Inleiding

## 1.1 Aanleiding

De zorgsector is in beweging en bevindt zich momenteel in een fase waarin betrokken partijen gezamenlijk proberen de collectieve uitgaven te beheersen. Met de invoering van de zorgverzekeringswet in 2006 laat de overheid steeds meer marktmechanismen in de zorg toe. Het doel hiervan is om de gezondheidszorg doelmatiger en efficiënter te maken. Het proces van marktwerking in de gezondheidszorg is dan ook in volle gang en het biedt mogelijkwerijs weerstand tegen de grote veranderingen waaraan de zorgsector onderhevig is (Varkevisser & Schut, 2012; Bal, 2008; Heemskerk et al., 2010). Met name demografische, sociaal economische en technologische ontwikkelingen in de Nederlandse samenleving zorgen ervoor dat de huidige sector onhoudbaar is en dat een transitie van de sector noodzakelijk is. De verschillende factoren leiden in de komende jaren tot een verwachte stijging van de zorgkosten, welke een groeipercentage heeft die ver boven het nationaal inkomen ligt. De verwachting daarbij is dat die groeiende zorgkosten een grote impact zullen hebben op beperkt beschikbare middelen in de sector, te noemen geld en arbeidskrachten (RvZ, 2011: 3). Nieuwe financieringsvormen zullen hun intrede doen, verschillende partijen zullen nieuwe verantwoordelijkheden krijgen en de machtsposities binnen de sector gaan verschuiven: er dient zich een nieuwe werkelijkheid aan binnen de zorgsector, waarin nieuwe samenwerkingsverbanden zullen ontstaan tussen verschillende partijen. Zo valt te lezen in het regeerakkoord 'Bruggen Slaan' van kabinet Rutte-II dat het kabinet zich gedurende de regeerperiode zal inzetten voor het leggen van accenten op meer samenwerking binnen de zorgsector, waarbij de beheersing van de kosten en het verhogen van de kwaliteit als prioriteit wordt gezien.

### 1.1.1 Focus van het onderzoek

Door de fase waarin de zorgsector zich momenteel bevindt en door de verschillende ontwikkelingen in de samenleving staan de Nederlandse ziekenhuizen voor een grote uitdaging. Ze staan voor de opgave om de kwaliteit van zorg op een hoger peil te brengen en tegelijkertijd de behandelingen betaalbaar te houden. Een belangrijke ontwikkeling daarbij is dat veel ziekenhuizen de mogelijkheden voor bestuurlijke samenwerking aan het verkennen zijn.

In dit onderzoek ligt de focus op die bestuurlijke samenwerking tussen ziekenhuizen: samenwerking die wordt aangegaan door Raden van Bestuur van ziekenhuizen.

Bestuurlijke samenwerking in de ziekenhuiszorg veroorzaakt momenteel veel discussie in het land en in het nieuws zijn dikwijls fragmenten te vinden die gaan over de samenwerking tussen ziekenhuizen. Veel onderzoek wordt er daarom gedaan naar de specifieke rol van bestuurlijke samenwerking tussen ziekenhuizen binnen de veranderende zorgsector (in hoofdstuk 4 staat 'de Nederlandse zorgsector' centraal). Zo voert adviesbureau KPMG Plexus



een jaarlijks terugkerend onderzoek uit, waarin de veranderingen in de zorgsector als gevolg van bestuurlijke samenwerking centraal staan. In hun eerste rapport ‘Wie doet het met wie in de zorg?’ is ingegaan op de invloed van bestuurlijke samenwerking tussen ziekenhuizen op de veranderende zorgsector. Uit het onderzoek blijkt dat bestuurlijke samenwerking tussen ziekenhuizen onverminderd hoog op de bestuurlijke agenda staat en dat in de toekomst het aantal zelfstandige ziekenhuizen flink zal afnemen.

**Figuur 1: (Verwachte) afname aantal zelfstandige ziekenhuizen**

<b>Aantal ziekenhuislocaties (2013)</b>	<b>297</b>
Aantal zelfstandige ziekenhuizen, begin 2009	116
Aantal zelfstandige ziekenhuizen, begin 2012	111
Aantal zelfstandige ziekenhuizen, mei 2013	107
Aantal zelfstandige ziekenhuizen, in de toekomst op korte termijn	95
Mogelijk aantal zelfstandige ziekenhuizen, na verdere consolidatie	89

*Bron: KPMG Plexus, 2013*

### 1.1.2 Bestuurlijke veranderingen: fusie en coöperatievorming

In Nederland is op veel verschillende plekken ziekenhuiszorg beschikbaar. Met ziekenhuiszorg wordt bedoeld de medisch-specialistische hulp aan patiënten en de daarmee samenhangende verpleging en verzorging (Zorgatlas, 2013). Momenteel is er in Nederland op 297 verschillende plekken ziekenhuiszorg beschikbaar. Wat opvalt in figuur 1 is dat het aantal zelfstandige ziekenhuizen per jaar afneemt. Een reden hiervoor is dat in de afgelopen jaren het aantal bestuurlijke samenwerkingen tussen ziekenhuizen is toegenomen.

De onderzoekers Opheij en Kaats (2008) hebben in hun proefschrift “Bestuurders zijn van betekenis” onderzoek gedaan naar de beweegredenen van bestuurders om te gaan samenwerken (Kaats en Opheij, 2008: 325). Het onderzoek van Kaats en Opheij is echter niet ingegaan op de verschillende vormen waarin de bestuurlijke samenwerking kan plaatsvinden, bestuurders kiezen immers uiteindelijk voor een bepaalde vorm van bestuurlijke samenwerking en zullen daarbij verschillende vormen tegen elkaar afwegen.

Dit onderzoek zoomt in op het ‘hoe’ en ‘waarom’ van bestuurlijke samenwerking in de ziekenhuissector. Het ‘waarom van bestuurlijke samenwerking’ gaat in op de vraag waarom bestuurders op zoek gaan naar vormen van bestuurlijke samenwerking. Het ‘hoe van bestuurlijke samenwerking’ staat voor de vorm ervan: hoe kan de vorm van bestuurlijke samenwerking verklaard worden? In dit onderzoek staan twee vormen van bestuurlijke samenwerking centraal: de bestuurlijke fusie en de coöperatie. Reden hiervoor is het feit dat de bestuurlijke fusie en coöperatie momenteel de meest voorkomende vormen van bestuurlijke samenwerking zijn in de ziekenhuissector (bestuurlijke samenwerking, zoals gedefinieerd in hoofdstuk 2). Beide vormen dragen ertoe bij dat binnen de ziekenhuizen bestuurlijke veranderingen plaatsvinden. In de ene vorm zullen die veranderingen drastischer zijn dan in andere vormen, in het navolgend hoofdstuk zal hierop verder worden ingegaan.

## 1.2 Probleemstelling

In dit onderzoek staan de beweegredenen van ziekenhuisbestuurders om te gaan samenwerken in een specifieke vorm centraal. Daarbij wordt ‘bestuurlijke samenwerking’ afgebakend door in te zoomen op twee specifieke vormen van bestuurlijke samenwerking: de bestuurlijke fusie en de coöperatie. Het onderzoek tracht een antwoord te geven op de vraag welke beweegredenen voor ziekenhuisbestuurders van belang zijn bij het aangaan van een samenwerkingsrelatie en het kiezen van een specifieke vorm daarvoor.

De doelstelling van dit onderzoek is:

***Inzicht verkrijgen in de beweegredenen van ziekenhuisbestuurders om te gaan samenwerken in de vorm van bestuurlijke fusie of coöperatie, door bestuurders van fusie en coöperatie ziekenhuizen te vragen naar hun beweegredenen voor de gekozen vorm van bestuurlijke samenwerking.***

Uit de doelstelling volgt de centrale vraag van het onderzoek:

***Welke (combinatie van) beweegredenen gebruiken ziekenhuisbestuurders, gegeven de veranderingen in het Nederlandse zorglandschap, bij de toelichting op het ‘waarom’ van bestuurlijke samenwerking en hoe kan de keuze voor een bestuurlijke fusie en een coöperatie verklaard worden?***

De centrale vraagstelling kan uiteen worden gezet in verschillende deelvragen. De eerste twee deelvragen gaan in op de context van het onderzoek. De eerste deelvraag geeft antwoord op de vraag hoe de Nederlandse zorgsector eruit ziet, het biedt een korte schets van de sector en het maakt duidelijk welke positie de ziekenhuissector inneemt in de zorgsector.

### ***1. Hoe ziet het Nederlandse zorglandschap eruit?***

De tweede deelvraag gaat in op de verschillende ontwikkelingen in de zorgsector en welke invloed die verschillende ontwikkelingen hebben op de ziekenhuissector; het gaat in op de uitdaging waarvoor ziekenhuizen staan, namelijk de kwaliteit van zorg op een hoger peil brengen en tegelijkertijd de behandelingen betaalbaar houden.

### ***2. Wat zijn de huidige ontwikkelingen in het zorglandschap en welke invloed hebben die ontwikkelingen op de ziekenhuissector?***

De derde en vierde deelvraag van dit onderzoek gaan in op de twee centrale thema's van dit onderzoek: ‘bestuurlijke samenwerking’ en ‘beweegredenen’. Er wordt antwoord gegeven op de vraag wat er verstaan wordt onder bestuurlijke samenwerking en welke vormen van bestuurlijke samenwerking er in de ziekenhuissector bestaan. Tevens wordt antwoord gegeven op de vraag wat ‘beweegredenen’ zijn en hoe je ze kunt ordenen.

Vanuit verschillende theoretische invalshoeken wordt gezocht naar antwoorden op de twee deelvragen. Het navolgend hoofdstuk biedt daar de handvatten voor.

- 3. *Wat wordt er verstaan onder bestuurlijke samenwerking en welke vormen van bestuurlijke samenwerking kent de ziekenhuissector?***
- 4. *Wat zijn mogelijke beweegredenen voor bestuurlijke samenwerking in de ziekenhuissector en hoe kunnen die geordend worden?***

In de laatste deelvraag van dit onderzoek worden de twee centrale thema's van dit onderzoek met elkaar gekoppeld. Er wordt ingegaan op de vraag wat beweegredenen zijn voor ziekenhuizen om op zoek te gaan naar vormen van bestuurlijke samenwerking. Op basis van bestaande theorie wordt een kader opgesteld waarbinnen beweegredenen van bestuurders om te gaan samenwerken geordend kunnen worden.

- 5. *Wat zijn beweegredenen van ziekenhuisbestuurders om op zoek te gaan naar vormen van bestuurlijke samenwerking?***

## **1.3 Relevantie**

### **1.3.1 Maatschappelijke relevantie**

Ziekenhuizen staan voor een grote uitdaging, zij dienen de kwaliteit van zorg naar een hoger peil te brengen en tegelijkertijd de behandelingen betaalbaar te houden.

Een belangrijke ontwikkeling in de ziekenhuissector is dat veel ziekenhuizen de mogelijkheden voor bestuurlijke samenwerking aan het verkennen zijn. Het veroorzaakt veel discussie en in het nieuws zijn dikwijls fragmenten te vinden die gaan over de bestuurlijke samenwerking tussen twee of meer ziekenhuizen. Enkele voorbeelden hiervan zijn: "Slotervaart, AvL gaan samenwerken", "Fusiegolf ziekenhuizen omstreden", "Kostenbesparing door samenwerking ziekenhuizen" (NOS, 2013; Intermediair, 2013; NOS, 2011). Met de uitkomsten van dit onderzoek kan een bijdrage worden geleverd aan de publieke discussie: dit onderzoek biedt een feitelijke onderbouwing bij vragen als 'wat gebeurt er nu eigenlijk?', 'waarom wordt er samengewerkt in een specifiek vorm?', 'hoe wordt er samengewerkt?'.

### **1.3.2 Wetenschappelijke relevantie**

Dit onderzoek tracht bij te dragen aan de praktijk, maar ook aan de wetenschap. Door gebruik te maken van bestaande theorie rondom samenwerkingsvraagstukken tracht dit onderzoek een theoretisch framework te bouwen voor bestuurlijke samenwerking in de ziekenhuiszorg. Belangrijk hierbij is dat door het gebruik van bestaande theorie er een zekere mate van consensus wordt verondersteld, waardoor dit onderzoek vergelijkbaar is met andere wetenschappelijke onderzoeken en daardoor ook mogelijk kan bijdragen aan de kennis rondom bestuurlijke samenwerking in het algemeen. Dit onderzoek tracht tevens relevante en

toepasbare (praktische) kennis te produceren. Daarvoor is van belang dat interesses en behoeften van professionals geïncorporeerd zijn in het onderzoek. Door de medewerking te vragen van professionals en te allen tijde de maatschappelijke relevantie van dit onderzoek in ogenschouw te nemen, tracht dit onderzoek een bijdrage te leveren aan zowel de praktijk, als de wetenschap. Met andere woorden, de verworven kennis zal in staat zijn om professionals te voorzien van relevante en toepasbare kennis.

#### **1.4 De opbouw van het onderzoek**

Hoofdstuk 2 biedt de theoretische basis voor het onderzoek. Het geeft een overzicht van bestaande theorie omtrent de twee centrale thema's in dit onderzoek 'bestuurlijke samenwerking' en 'beweegredenen'. Op basis van bestaande theorie wordt een kader opgesteld waarbinnen mogelijke beweegredenen van bestuurders om te gaan samenwerken geordend en geanalyseerd kunnen worden. In hoofdstuk 3 wordt de onderzoeksopzet uiteengezet, waarbij ook aandacht is voor de betrouwbaarheid en validiteit van dit onderzoek. Hoofdstuk 4 biedt een beschrijving van de Nederlandse zorgsector. Het hoofdstuk gaat in op de indeling van de zorgsector, alsmede op de verschillende ontwikkelingen in de directe en ruimere omgeving van ziekenhuizen. Hoofdstuk 5 presenteert de resultaten van het onderzoek. Op basis van die resultaten geeft hoofdstuk 6 antwoord op de verschillende onderzoeksvragen. Tot slot biedt hoofdstuk 7 een reflectie op dit onderzoek.

## Hoofdstuk 2 Kiezen voor bestuurlijke samenwerking, een terreinverkenning

Dit hoofdstuk biedt de theoretische basis voor het onderzoek. In het eerste gedeelte staat het begrip ‘bestuurlijke samenwerking’ centraal; vanuit bestaande theorie rondom het thema ‘samenwerking’ is een definitie opgesteld voor ‘bestuurlijke samenwerking’, die voor het gehele onderzoek zal volstaan. Tevens geeft dit gedeelte van het hoofdstuk inzicht in de verschillende vormen van bestuurlijke samenwerking die in de ziekenhuissector voorkomen. Het tweede gedeelte gaat in op het begrip ‘beweegredenen’. Het laatste gedeelte van dit hoofdstuk koppelt de twee centrale thema’s van het onderzoek. De vraag wat mogelijke beweegredenen kunnen zijn voor ziekenhuizen om op zoek te gaan naar vormen van bestuurlijke samenwerking staat hierbij centraal. Op basis van bestaande theorie is een kader opgesteld waarbinnen die mogelijke beweegredenen geordend en geanalyseerd kunnen worden.

### 2.1 Bestuurlijke samenwerking

#### 2.1.1 Positionering bestaande literatuur

In de literatuur zijn er veel publicaties te vinden rondom het thema ‘samenwerking’; verschillende pogingen zijn ondernomen om samenwerkingsvraagstukken te belichten en op te lossen. Zo hebben Kaats, Van Klaveren en Opheij (2005) beschreven welke bedrijfskundige principes van toepassing zijn bij het kiezen van positie in samenwerkingsverbanden, bij het aangaan van samenwerkingsrelaties en bij het ontwikkelen van samenwerkingsvaardigheid. Opheij, Broekema en Van Essen (2006), alsmede Bremekamp et al. (2010) hebben onderzoek gedaan naar het proces van samenwerking en hebben daarbij getracht de daarmee gepaard gaande complexiteit te belichten. De Bruijn en Ten Heuvelhof (2008) hebben onderzoek gedaan naar het management in netwerken, daar waar De Man (2006) onderzoek heeft gedaan naar het management in allianties. Echter, niet alleen in de Nederlandse literatuur is er veel te vinden rondom het thema ‘samenwerking’, ook in de internationale tijdschriften is er veel bekend over samenwerkingsvraagstukken (Child et al., 2005; Huxham en Vangen, 2005; Reuer en Arino, 2000). Wood en Gray (1991) hebben in hun artikel “Toward a Comprehensive Theory of Collaboration” een overzicht gegeven van de meest belangrijke publicaties omtrent samenwerkingsvraagstukken, zoals ook Cropper dat heeft gedaan in “The Oxford Handbook of Inter-Organizational Relations” (Cropper et al., 2008). Beiden komen tot de conclusie dat de vele publicaties tezamen zorgen voor een namen- en onderwerpenindex rondom het thema ‘samenwerken’, waardoor het onderzoeksveld versnipperd.

Wat opvalt is dat er binnen die wetenschappelijke literatuur omtrent het thema ‘samenwerking’ weinig tot geen aandacht is voor de rol van bestuurders binnen samenwerkingsvraagstukken. Dikwijls gaan de wetenschappelijke artikelen in op de meer

bedrijfskundige of organisatiekundige aspecten van de samenwerking, zoals de ‘vorm van de samenwerking’, de ‘strategie van de samenwerking’, de ‘inrichting van het proces van samenwerking’, de ‘faal- en succesfactoren van samenwerking’, etc. De bestuurders (zowel op topmanagement niveau, als ook op afdelingsniveau) blijken vaak buiten het veld van onderzoek te vallen. Om die reden hebben Kaats en Opheij (2008) onderzoek gedaan naar de rol van bestuurders in samenwerkingstrajecten (Kaats en Opheij, 2008: 18-21). In het onderzoek hebben de onderzoekers getracht antwoord te zoeken op vragen als “welke spelregels zijn voor bestuurders van betekenis in samenwerkingsverbanden?”, “wat vertellen bestuurders over hun persoonlijke betekenis in samenwerkingsverbanden?”, “wat is de betekenis van de context voor de opstelling van bestuurders in samenwerkingsverbanden?”. Ook dit onderzoek gaat in op de rol van de bestuurder en tracht antwoord te geven op de vraag waarom bestuurders van ziekenhuizen op zoek gaan naar specifieke vormen van samenwerking.

### **2.1.2 Wat wordt verstaan onder bestuurlijke samenwerking?**

Het veld rondom het thema ‘samenwerking’ is al vele malen onderzocht en daarom zijn er veel verschillende definities te vinden van het woord ‘samenwerking’. Een eenduidige definitie is zeer van belang om een bijdrage te kunnen leveren aan de bestaande theorie. De Man (2006) deed onderzoek naar allianties en definieerde allianties als: een privaat samenwerkingsverband tussen een of meer onafhankelijke ondernemingen dat voldoet aan bepaalde criteria. De definitie is een duidelijke weergave van wat samenwerking tussen organisaties betekent en belangrijker nog, de definitie van De Man geeft aan onder welke omstandigheden men al dan niet kan spreken van samenwerking; er is sprake van een duidelijke afbakening van vormen van samenwerking binnen zijn definitie van samenwerking. Om die reden zal de definitie van De Man gebruikt worden om betekenis te geven aan het begrip ‘bestuurlijke samenwerking’:

***Onder bestuurlijke samenwerking wordt verstaan een samenwerkingsverband tussen een of meer onafhankelijke organisaties, dat voldoet aan de volgende criteria:***

#### Doelen

Gezamenlijke doelen liggen ten grondslag aan de beoogde samenwerking. Met andere woorden, organisaties werken samen om een bepaald doel te bereiken waarbij de organisaties elkaar nodig hebben. daarbij is van belang dat de samenwerkende organisaties een overlappende doelstellingen hebben. Ook kan er sprake zijn van complementariteit en synergie, in dat geval kan de ene organisatie niet (tijdig) het doel bereiken zonder hulp van de andere organisatie (De Man, 2006: 13).

#### Risico's, kosten en opbrengsten

Binnen de samenwerking zijn er gezamenlijke risico's, kosten en opbrengsten. Met het woord ‘gezamenlijk’ wordt niet bedoeld dat er per definitie één winst- en verliesrekening aanwezig hoeft te zijn binnen het samenwerkingsverband. Het gaat er vooral om dat iedere organisatie

binnen de samenwerking risico's, kosten en opbrengsten heeft die zonder het samenwerkingsverband niet aan de orde zouden zijn geweest (De Man, 2006: 13).

#### Gezamenlijke besluitvorming

Binnen de samenwerking moet er sprake zijn van gezamenlijke besluitvorming. Hierbij hoeft er geen sprake te zijn van een volmaakte democratie, maar enige vorm van eenzijdige besluitvorming dient afwezig te zijn.

#### Regelmatige samenwerking

Tussen organisaties vindt regelmatige samenwerking plaats, waarbij input van alle samenwerkende partijen van belang is; een licentieovereenkomst waarbij eenmalige uitwisseling van gegevens en informatie plaatsvindt en waarbij organisatie vervolgens hun eigen weg gaan voldoet niet aan deze eis (De Man, 2006: 13).

#### Samenwerking tussen organisaties

De beoogde samenwerking wordt aangegaan door de Raden van Bestuur van organisaties. Hiermee wordt bedoeld dat het gaat om samenwerking tussen organisaties en niet zo zeer samenwerking tussen individuen in afdelingen, teams of projecten. Dit neemt niet weg dat het bij samenwerking te allen tijde gaat om samenwerking tussen mensen.

### **2.1.3 Vormen van bestuurlijke samenwerking in theorie**

Hoewel de hiervoor besproken definitie van bestuurlijke samenwerking een zekere mate van afbakening kent, komen er in de praktijk veel verschillende vormen van bestuurlijke samenwerking voor. Door de verscheidenheid aan onderzoeken en daaruit voortvloeiende typen samenwerkingsverbanden, worden er verschillende criteria gebruikt om samenwerkingsvormen te duiden. Zo stellen Zajac & D'anno (1993: 274-293) dat de mate van autonomie de vorm van samenwerking bepaalt, daar waar Gomes-Casseres (2003) stelt dat de mate van gemeenschappelijke besluitvorming en de lengte van de relatie bepalend is voor de vorm van samenwerking.

Op basis van de hiervoor besproken definitie van bestuurlijke samenwerking biedt het schema van zowel Murray (1998: 1192-1196) als De Man (2006: 14-15) een heldere weergave van veelvoorkomende vormen van bestuurlijke samenwerking. Zij stellen dat de mate van afhankelijkheid tussen de samenwerkende partijen de vorm van samenwerking bepaalt. Figuur 2 geeft een overzicht van veelvoorkomende vormen van bestuurlijke samenwerking. Het betreft een overzicht op basis van de criteria van De Man (2006) en Murray (1998). Aan de linkerkant van de pijl staat de markttransactie en de rechterkant van de pijl staat de fusie/overname. Alle vormen, behalve de markttransactie en de algehele fusie/overname, worden door De Man (2006) gezien als vormen van samenwerking. In het licht van de definitie van het begrip 'samenwerking', zoals gedefinieerd in de vorige paragraaf, is figuur 2 zeer goed te gebruiken voor dit onderzoek. De pijl van links naar rechts geeft dan de mate van duurzame intentie aan; bij een eenmalige markttransactie tussen twee partijen is er daarom geen sprake van samenwerking, omdat er geen sprake is van een 'duurzame intentie'. Aan de andere kant geldt ook dat wanneer een organisatie besluit om een andere organisatie over te nemen, er wederom geen sprake kan zijn van een samenwerkingsrelatie. De reden hiervoor is

het feit dat de overgenomen organisatie haar volledige autonomie opgeeft en dat daarmee de intentie om samen te werken een permanent karakter krijgt. Eenvoudige vormen van uitbesteding liggen dicht tegen de markttransactie aan. In deze vorm van bestuurlijke samenwerking is er sprake van een uitbesteder en een uitvoerder. In veel gevallen leidt een uitbesteding tot een contractuele alliantie, waarbinnen middels een contract bepaalde afspraken worden gemaakt. In sommige gevallen kunnen dergelijke afspraken in een aparte rechtsvorm worden ondergebracht en uitgevoerd, zoals bij joint ventures het geval is. In joint ventures zetten partners gezamenlijk een nieuwe rechtspersoon op, waarin activiteiten gezamenlijk worden ondergebracht. Iedere deelnemende partij wordt voor een bepaald percentage eigenaar van de nieuwe rechtspersoon.

**Figuur 2: Vormen van samenwerking, gerangschikt op toenemende wederzijdse afhankelijkheid**



*Bron: De Man, 2006: 14; Murray, 1998: 1192-1196*

#### 2.1.4 Vormen van bestuurlijke samenwerking in de ziekenhuissector

Zoals gezegd in de vorige paragraaf zijn er veel verschillende soorten vormen van bestuurlijke samenwerking denkbaar en in de praktijk zijn er dan ook veel verschillende vormen van bestuurlijke samenwerking te vinden. Ook binnen de ziekenhuissector zijn er veel verschillende soorten vormen van bestuurlijke samenwerking waar te nemen. Enkele veelvoorkomende vormen van bestuurlijke samenwerking in de ziekenhuissector zijn navolgend uitgewerkt.

##### Contractuele samenwerking

De contractuele samenwerking is de minst ingrijpende vorm van samenwerking (als het gaat om wederzijdse afhankelijkheid). De organisaties maken binnen een overeenkomst afspraken over de samenwerking. De samenwerkende organisaties behouden hun zelfstandigheid en de vermogens van de samenwerkende organisaties blijven gescheiden. Nadeel van een dergelijke samenwerking is dat de samenwerking geen rechtspersoonlijkheid heeft, waardoor de gelijkwaardigheid tussen organisaties soms lastig te bewaken is.

##### Joint Venture

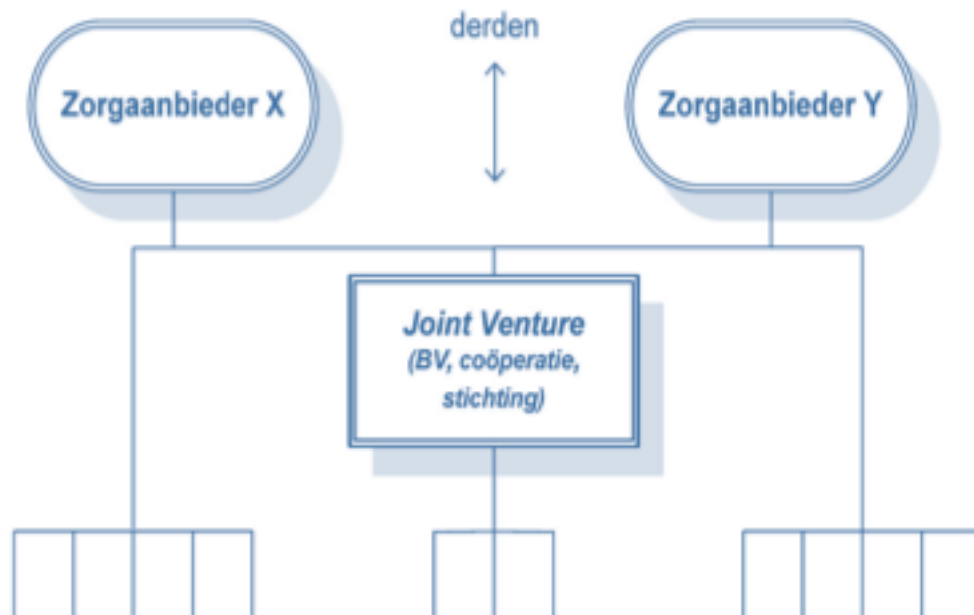
In het geval van een Joint Venture richten de samenwerkende organisaties gezamenlijk een rechtspersoon op, waarover een gezamenlijk zeggenschap geldt. In een dergelijke constructie heeft de nieuw opgerichte rechtspersoon een eigen bestaansrecht: ze heeft een eigen



vermogen, kan verplichtingen aangaan en blijft bestaan ongeacht de relatie met haar oprichters en/of bestuurders (Boekel de Nerée, 2012: 5).

De rechtspersoon kan in verschillende vormen worden opgericht. In de ziekenhuissector zijn met name de ‘stichting’ en ‘coöperatie’ veelgebruikte vormen. Figuur 3 geeft schematisch weer hoe de structuur van een Joint Venture eruit kan zien.

**Figuur 3: Schematische weergave Joint Venture**



Bron: Boekel de Nerée, 2012:5

#### Joint Venture – ‘Stichting’

De stichting als joint venture entiteit beschikt over een doelvermogen. Dit wil zeggen dat het vermogen dat in de stichting zit uitsluitend bestemd is voor het bereiken van het doel van de stichting. De stichting kan, op grond van de nu geldende wetgeving, geen winst uitkeren en mag dan ook geen winstoogmerk hebben. De samenwerkende organisaties kunnen zitting nemen in het bestuur van de stichting, waarmee een zekere mate van zeggenschap gecreëerd wordt. Doordat een stichting geen ‘leden’ heeft die zeggenschap kunnen uitoefenen is het soms lastig voor de samenwerkende organisaties om controle en zeggenschap te behouden over de stichting waarin gezamenlijke activiteiten worden ondergebracht.

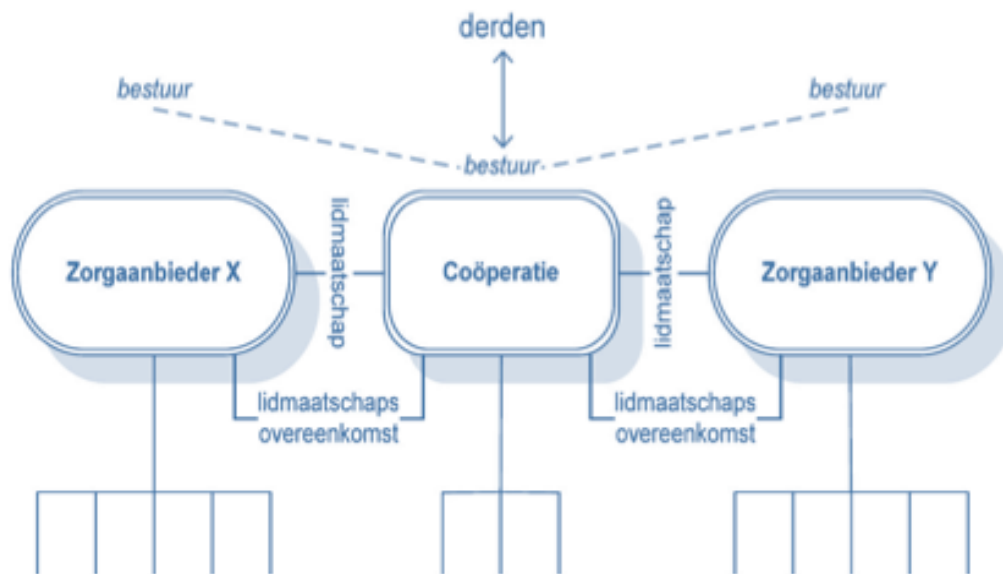
#### Joint Venture – ‘Coöperatie’

In een coöperatie worden bepaalde gezamenlijke activiteiten ondergebracht; dikwijls wordt er gesproken over “het samenwerken op onderdelen”. De statuten van een coöperatie zijn van groot belang, daar in de statuten de onderlinge verhoudingen worden vastgelegd. Betrokkenen kunnen als lid toetreden tot de coöperatie en in de ledenovereenkomst kunnen afspraken gemaakt worden over de beoogde samenwerking. Een coöperatie kent verschillende organen. Zo heeft een coöperatie op grond van de wet een bestuur en een algemene vergadering en in

sommige gevallen is er ook een Raad van Toezicht. Belangrijk in een coöperatie is dat het bestuur van de coöperatie personeel in dienst kan nemen, waardoor er op bepaalde wijze een organisatiestructuur gebouwd kan worden (Boekel de Nerée, 2012: 6-7).

In de theorie zijn er twee verschillende soorten coöperaties te zien. In de ziekenhuissector is met name de coöperatie te zien die ‘onder’ de samenwerkende ziekenhuizen hangt, dit betekent dat de samenwerkende partijen zelfstandig blijven bestaan. In praktijk zal daardoor de besluitvorming binnen de coöperatie complexer zijn en minder snel verlopen. Dit komt door het feit dat besluiten moeten worden goedgekeurd door twee maal zoveel besluitvormingsorganen (Raad van Bestuur, Raad van Toezicht, cliëntenraad, ondernemingsraad, etc.). Immers, wanneer de samenwerkende ziekenhuizen bestuurlijk gezien autonoom blijven, zullen besluiten goedgekeurd dienen te worden door de afzonderlijke besluitvormingsorganen van de samenwerkende ziekenhuizen, wat dikwijls zorgt voor meer complexiteit en tragere besluitvorming (zie volgende alinea ‘bestuurlijke fusie’). De coöperatie die ‘boven’ de ziekenhuizen hangt is vergelijkbaar met een bestuurlijke fusie. Figuur 4 geeft schematisch weer hoe de structuur van een coöperatie eruit kan zien.

**Figuur 4: Schematische weergave coöperatie**



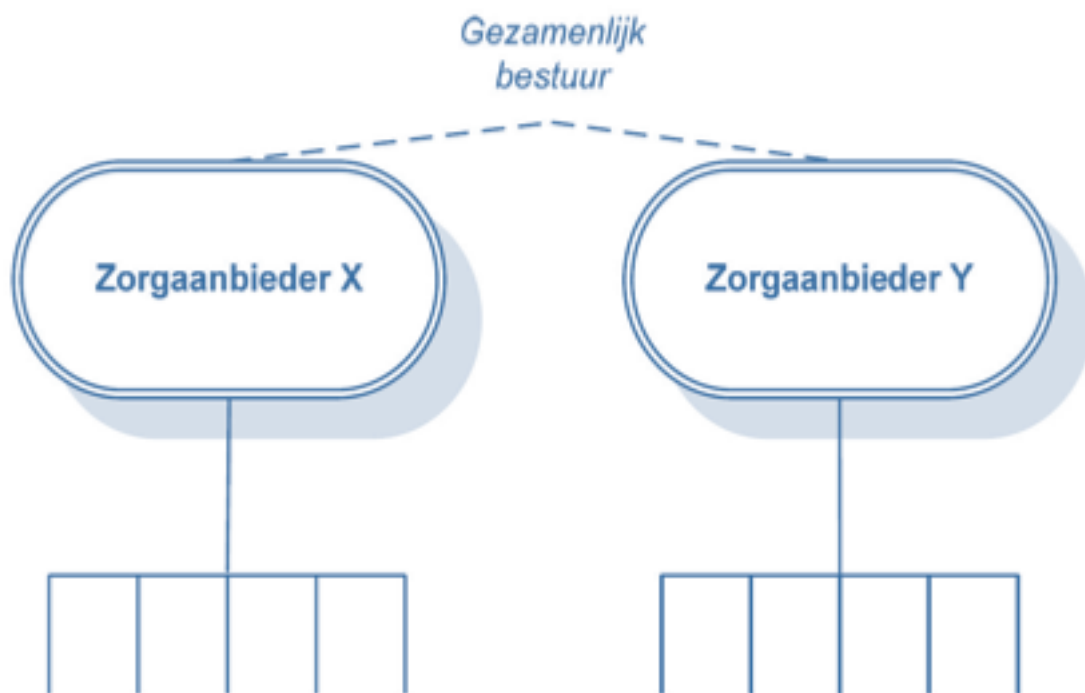
Bron: Boekel de Nerée, 2012: 7

### Bestuurlijke fusie

In een bestuurlijke fusie kunnen de samenwerkende partijen als afzonderlijke rechtspersonen blijven bestaan, echter wordt er een gemeenschappelijk bestuur in het leven geroepen. Zo kunnen de deelnemende partijen onder de zeggenschap van een gemeenschappelijk bestuur als afzonderlijke rechtspersonen, bijvoorbeeld in een werkmaatschappij, blijven functioneren. Het in het leven geroepen gemeenschappelijke bestuur wordt in overeenkomst besloten en is in vele gevallen statutair verankerd (Boekel de Nerée, 2012: 7). Doordat in veel gevallen het gemeenschappelijke bestuur statutair verankerd is, zal besluitvorming in veel gevallen minder complex zijn en sneller verlopen dan in andersoortige samenwerkingsvormen (zoals de hiervoor besproken coöperatie). Dit komt doordat in samenwerkingsvormen, anders dan de

bestuurlijke fusie (er vanuit gaande dat fusie/overname in dit onderzoek niet gezien wordt als samenwerkingsvorm), besluiten moeten worden goedgekeurd door twee maal zoveel besluitvormingsorganen (Raad van Bestuur, Raad van Toezicht, cliëntenraad, ondernemingsraad, etc.). Immers, wanneer de samenwerkende ziekenhuizen bestuurlijk gezien autonoom blijven, zullen besluiten goedgekeurd dienen te worden door de afzonderlijke besluitvormingsorganen van de samenwerkende ziekenhuizen. Bij een bestuurlijke fusie is er een gemeenschappelijk bestuur, waardoor er ook gemeenschappelijke besluitvormingsorganen zijn. Figuur 5 geeft schematisch weer hoe de structuur van een bestuurlijke fusie eruit kan zien.

**Figuur 5: Schematische weergave bestuurlijke fusie**



*Bron: Boekel de Nerée, 2012: 7*

### **2.1.5 Focus van het onderzoek: coöperatie en bestuurlijke fusie**

Hoewel de hiervoor besproken vormen van bestuurlijke samenwerking allen terug te zien zijn binnen de ziekenhuissector, zijn er twee vormen van bestuurlijke samenwerking die binnen de Nederlandse ziekenhuissector in meerderheid aanwezig zijn: de coöperatie en de bestuurlijke fusie. Beide vormen zijn de laatste jaren in Nederland in aantal sterk toegenomen en zijn momenteel de meest voorkomende en voor de hand liggende vormen van bestuurlijke samenwerking. Om die reden is er voor gekozen om in dit onderzoek de coöperatie en bestuurlijke fusie centraal te stellen.

## 2.2 Beweegredenen

Dit onderzoek gaat in op de beweegredenen van bestuurders om te gaan samenwerken in de vorm van een bestuurlijke fusie of een coöperatie. Het onderzoeken van beweegredenen van bestuurders geeft in feite antwoord op de vraag wat hen nu eigenlijk motiveert om samenwerkingsrelaties aan te gaan en welke overwegingen een rol spelen bij de totstandkoming van die samenwerkingsrelaties. Johannes Albertus Damen (2007) gaat in zijn proefschrift “Leiderschap en motivatie: wat drijft en beweegt de topmanagers in Nederlandse organisatie” o.a. in op de beweegredenen van managers, waarbij hij zich baseert op de theorie van David McClelland (1987) omtrent menselijke motivatie. Hij stelt dat beweegredenen de motieven zijn die we voor ons gedrag benoemen, de redenen die wij aangeven waarom we bepaalde dingen doen en/of nalaten. Daarbij stelt hij tevens dat de redenen die wij geven niet noodzakelijkerwijs waar hoeven te zijn, ze zijn gevoelig voor sociale wenselijkheid (Damen, 2007: 4). Dit is een belangrijk gegeven, daar het sociaal wenselijk antwoorden van bestuurders invloed kan hebben op de resultaten van dit onderzoek.

Uit onderzoek is gebleken dat aan samenwerkingsrelaties dikwijls rationele overwegingen ten grondslag liggen. Het zijn overwegingen die betiteld kunnen worden als argumenten welke ontleend worden aan een rationele analyse van de desbetreffende situatie (Guo & Acar, 2005; Van De Loo, 2007; Kaats en Opheij, 2008; Damen, 2007; Stein & Ginevicus; 2010). Recent onderzoek naar de betekenis van bestuurders in samenwerkingsrelaties betiteld dergelijke argumenten als inhoudelijke beweegredenen voor bestuurlijke samenwerking (Kaats en Opheij, 2008: 82-83). Naast inhoudelijke beweegredenen voor bestuurlijke samenwerking blijken er ook persoonlijke beweegredenen voor bestuurlijke samenwerking te bestaan. Bij persoonlijke beweegredenen gaat het vooral om overwegingen die bestuurders ontleen aan persoonlijke overtuigingen en drijfveren, zoals macht, autonomie, engagement, angst, etc. (Damen, 2007; Kaats en Ophijs, 2008; McClelland, 1987). Het onderzoek van Kaats en Opheij (2008) heeft aangetoond dat bij bestuurders in de zorg zowel inhoudelijke als ook persoonlijke beweegredenen een rol spelen bij het op zoek gaan naar vormen van bestuurlijke samenwerking. Tevens liet het onderzoek zien dat in samenwerkingsrelaties overwegingen ontleend aan rationele analyse slechts een beperkt deel van de beweegredenen van bestuurders vormen (Kaats en Opheij, 2008: 325). Om die reden maakt dit onderzoek onderscheid tussen inhoudelijke en persoonlijke beweegredenen, waarbij de tweedeling in beweegredenen als een kapstok dient voor de overwegingen van bestuurders om te gaan samenwerken in de vorm van een bestuurlijke fusie of een coöperatie.

## 2.3 Beweegredenen voor (vormen van) bestuurlijke samenwerking

Deze paragraaf koppelt de twee centrale thema's van het onderzoek aan elkaar, waardoor de vraag geformuleerd kan worden: wat zijn mogelijke beweegredenen voor (vormen van) bestuurlijke samenwerking in de ziekenhuissector? Om die beweegredenen te kunnen duiden is er een literatuurverkenning gedaan. Daarbij is op zoek gegaan naar literatuur omtrent het thema ‘bestuurlijke samenwerking’, van waaruit concepten gehaald kunnen worden die

(vormen van) bestuurlijke samenwerking tussen organisaties kunnen verklaren. Bij die literatuurverkenning is gekeken naar drie niveaus:

- Macro niveau: beweegredenen die refereren aan de omgeving van ziekenhuizen
- Meso niveau: beweegredenen die refereren aan de organisatie van ziekenhuizen
- Micro niveau: beweegredenen die refereren aan de persoon van de bestuurder

Door te kijken naar de drie bovenstaande niveaus is het mogelijk om de uit de literatuurverkenning voortvloeiende concepten te ordenen. Op een dergelijke manier wordt het tevens mogelijk om beweegredenen van bestuurders omtrent (vormen van) bestuurlijke samenwerking te ordenen. Omdat de concepten in navolgende paragrafen verklaringen geven voor de totstandkoming van (vormen van) samenwerking, worden de concepten aangeduid als ‘mogelijke beweegredenen voor vormen van bestuurlijke samenwerking’. In hoofdstuk 3 worden die beweegredenen via operationalisatie waarneembaar en dus ook meetbaar gemaakt.

#### *Beweegredenen die refereren aan ‘de omgeving van ziekenhuizen’*

Dit betreffen beweegredenen die betrekking hebben op zowel de directe als ook ruimere omgeving van ziekenhuizen. De directe omgeving van ziekenhuizen wordt gedefinieerd door de directe relaties van ziekenhuizen met actoren als klanten, concurrerende ziekenhuizen, regelgevende instanties en leveranciers. Het betreffen partijen die een directe invloed hebben op het handelen van ziekenhuizen. De ruimere omgeving van ziekenhuizen wordt gedefinieerd door de factoren of condities die invloed hebben op ziekenhuizen. Hierbij kan gedacht worden aan politieke, sociale, economische, demografische of technologische trends (Bourgeois, 1980: 25-26).

#### *Beweegredenen die refereren aan ‘de organisatie van ziekenhuizen’*

Dit betreffen beweegredenen die betrekking hebben op bedrijfsmatige aspecten van ziekenhuizen. Concepten als organisatiestrategie, organisatiebronnen en organisatorische bestuurbaarheid zijn voorbeelden van bedrijfsmatige aspecten van ziekenhuizen die van grote invloed kunnen zijn op de totstandkoming van samenwerkingsrelaties.

#### *Beweegredenen die refereren aan ‘de persoon van de bestuurder’*

Dit betreffen beweegredenen die betrekking hebben op irrationele verklaringen; menselijke aspecten kunnen een belangrijke rol spelen bij de totstandkoming van samenwerkingsrelaties. Concepten als macht, prestatie en motivatie kunnen mogelijk de totstandkoming van samenwerkingsrelaties verklaren.

### **2.3.1 De omgeving van ziekenhuizen**

In de literatuur is er veel bekend omtrent het thema ‘omgeving van organisaties’. Vanuit verschillende perspectieven is er gekeken naar de invloed van de directe en ruime omgeving van organisaties op het handelen van organisaties. Dit onderzoek sluit aan bij de ‘open-systems view’, die er vanuit gaat dat organisaties te allen tijde dienen te handelen met hun directe als ook ruime omgeving in het achterhoofd (Morgan, 1997: 39). Vanuit die gedachte zijn er verschillende concepten te noemen die (vormen van) bestuurlijke samenwerking kunnen verklaren. Mede op basis van het proefschrift van Opheij en Kaats (2008) is ervoor gekozen om vier specifieke concepten te selecteren en toe te passen binnen dit onderzoek. Het

betreffen concepten die zowel binnen de bestuurskunde als ook binnen andere disciplines veelal gebruikt worden om het handelen en functioneren van organisaties te analyseren:

- Veranderende omgeving
- Marktpositie
- Resource Dependence Theory
- Netwerken

### **Veranderende omgeving**

In de literatuur is er veel bekend over dit concept; met name de contingentietheorie gaat hierop in. In de contingentietheorie wordt de omgeving van organisaties voorgesteld als een bron van dynamiek en onzekerheid. Op basis van die dynamiek en onzekerheid passen organisaties hun structuren aan, teneinde een bepaalde “fit” te creëren met hun omgeving (Oerlemans, 2007: 4).

Vanuit de contingentietheorie is bestuurlijke samenwerking daarom dikwijls een reactie van organisaties op datgene wat in hun omgeving gebeurt. Het doel van samenwerking is in dat geval het creëren van een fit tussen organisatie en de omgeving van de organisatie. Morgan (1997: 44) geeft in zijn boek ‘Images of Organizations’ de essentie van de contingentietheorie in een notendop weer. Twee noties, ontleend aan de contingentietheorie, worden in dit onderzoek gebruikt om de totstandkoming van (vormen van) bestuurlijke samenwerking te verklaren:

*“Organizations are open systems that need careful management to satisfy and balance internal needs and to adapt to environmental circumstances”*

*“Management must be concerned, above all else, with achieving alignments and ‘good fits’.”*

Ziekenhuizen worden in dit onderzoek gezien als organisaties die in directe verbinding staan met zowel hun directe als ook ruime omgeving. Doordat ziekenhuizen in zekere zin afhankelijk zijn van hun continu veranderende omgeving, zullen ze zich moeten aanpassen; doordat het huidige zorglandschap aan grote veranderingen onderhevig is worden ziekenhuizen gedwongen om mee te bewegen met die grote veranderingen. De veranderende omgeving van ziekenhuizen staat in hoofdstuk 4 centraal.

Door vanuit het perspectief van de contingentietheorie naar de relatie tussen ziekenhuizen en hun omgeving te kijken, kunnen zowel veranderingen in de directe omgeving van ziekenhuizen, alsmede veranderingen in de ruime omgeving van ziekenhuizen de totstandkoming van (vormen van) samenwerking verklaren. Hoofdstuk 4 gaat in op drie belangrijke veranderingen in de sector:

- Spreiding en concentratie thematiek
- Selectief inkoopgedrag zorgverzekeraars
- Concurrentie op de markt: steeds meer samenwerkende ziekenhuizen

### **Marktpositie**

De marktpositie van organisaties blijkt in theorie een verklaring te geven voor de totstandkoming van (vormen van) bestuurlijke samenwerking. Een belangrijke theorie die aan

die veronderstelling een bijdrage heeft geleverd is de Market Power Theory. De theorie gaat in op de wijze waarop ondernemingen zich van een sterkere positie in de markt kunnen verzekeren. Vanuit de theorie bezien is samenwerking tussen ondernemingen een krachtig instrument, teneinde je marktmacht te kunnen vergroten. Hymer (1972) was de eerste die de theorie toepaste op samenwerking en hij maakte daarbij onderscheid tussen defensieve en offensieve samenwerkingsstrategieën (Hymer 2007: 96-97). Hij stelde dat een offensieve samenwerkingsstrategie tot doel had competitieve voordelen te behalen en de competitieve (markt) positie te verbeteren. Een defensieve samenwerkingsstrategie heeft tot doel een bepaalde businessstak te beschermen tegen zowel een turbulente omgeving, als ook tegen bedreigingen van dominante concurrerende organisaties.

Een belangrijk concept dat voortvloeit uit deze theorie is 'marktpositie'. Vanuit dit concept bezien zullen organisaties geneigd zijn op zoek te gaan naar (vormen van) bestuurlijke samenwerking, om zich van een sterkere positie in de markt te kunnen verzekeren.

Organisaties gebruiken bestuurlijke samenwerking in dat opzicht als krachtig instrument, teneinde zich daadwerkelijk van een sterkere positie in de markt te verzekeren. Vanuit die gedachte kunnen ziekenhuizen twee soorten gedrag vertonen:

- Offensief gedrag
- Defensief gedrag

Bij offensief gedrag is het behalen van competitieve voordelen en het verbeteren van de competitieve positie in de markt het doel. Tevens zullen organisaties proberen hun marktmacht te vergroten (ROA en Nastase, 2012: 502). Vanuit dit oogpunt zullen ziekenhuizen een offensief proberen te vormen en de aanval kiezen, om hun positie in de markt te verstevigen.

Defensief gedrag heeft tot doel een bepaalde businessstak te beschermen tegen zowel een turbulente omgeving, als ook tegen bedreigingen van dominante concurrerende organisaties. Niet zo zeer het kiezen van de aanval, maar juist het kiezen van de verdediging teneinde hun positie in de markt te verdedigen is het doel van samenwerking (Roja en Nastase, 2012: 502). Vanuit dit oogpunt zullen ziekenhuizen op zoek gaan naar vormen van bestuurlijke samenwerking om hun positie in de markt te verdedigen. Hierbij is het belangrijk om op te merken dat defensief gedrag veelal te maken heeft met 'aantallen halen' (zie hoofdstuk 4). Door de zorgverzekeraar en wetenschappelijke verenigingen in Nederland zijn er verschillende normen gesteld, waaraan ziekenhuizen moeten voldoen. Ziekenhuizen moeten bij bepaalde ingrepen een bepaald aantal van die ingrepen op jaarbasis uitvoeren, teneinde nog gecontracteerd te kunnen worden door de zorgverzekeraar. Ziekenhuizen zullen er daarom alles aan doen om hun aantallen te halen, teneinde nog gecontracteerd te kunnen worden door de zorgverzekeraar. Daarbij proberen ze hun bestaansrecht te behouden en proberen ze invloed te blijven houden binnen de markt.

## **Bronnen**

Dat het concept 'bronnen' een verklaring kan bieden voor de totstandkoming van (vormen van) bestuurlijke samenwerking, is onderbouwd in de Resource Dependence Theory (RDT). Pfeffer en Salancik (1978) zijn de grondleggers van deze theorie. RDT schetst organisaties als open systemen die afhankelijk zijn van gebeurtenissen in de externe omgeving. Die externe omgeving is een verzameling van actoren die schaarse bronnen bezitten en/of controleren.

Omdat organisaties dikwijls niet volledig op zichzelf staan en/of niet volledig zelfvoorzienend zijn, zullen ze vaak op hun externe omgeving moeten terugvallen voor ondersteuning. Dikwijls betreft dit ondersteuning in de vorm van financiële of fysieke hulpbronnen, informatie en kennis. De relatie die organisaties hebben met hun omgeving wordt daarom getypeerd als afhankelijk en onzeker en vanuit RDT bezien helpen samenwerkingsrelaties organisaties daarom om bronnen te verwerven, teneinde die onzekerheid en afhankelijkheid in hun relatie met de externe omgeving te verminderen (Pfeffer & Salancik, 1978: 43). Eerder onderzoek heeft aangetoond dat het aangaan van samenwerkingsrelaties ook daadwerkelijk wordt gebruikt door organisaties om de onzekerheid van een complexe omgeving te verminderen en om bronnen en te verwerven (Hillman et al., 2009: 1406-1407). Een belangrijk concept dat voortvloeit uit RDT en welke voor dit onderzoek gebruikt is, is dan ook het concept 'bronnen'. Het concept wordt door Clegg et al. (2011: 87) als volgt uitgelegd:

*“Resources are tradable and uniquely tied to individuals within the organization. Resources are best understood as inputs into the production of a good or a service. The basic types of resources are financial, physical and human.”*

Daarbij stellen Clegg et al. (2011: 87) tevens dat naast tastbare bronnen organisaties dikwijls ook in het bezit zijn van niet tastbare bronnen, zoals een organisatiecultuur. De behoefte en noodzaak van organisaties om bepaalde bronnen te hebben zal van tijd tot tijd variëren. Dit heeft te maken met het feit dat de condities van de externe omgeving van organisaties ook van tijd tot tijd zullen variëren (Pfeffer & Salancik, 1978: 46). In dit onderzoek zal RDT kunnen helpen om beweegredenen van bestuurders in kaart te brengen. Met name het gebruik van het concept 'bronnen' in relatie tot de externe omgeving van ziekenhuizen zou een verklaring kunnen bieden voor de totstandkoming van (vormen van) bestuurlijke samenwerking in de ziekenhuiszorg. Zo kunnen bestuurders door samenwerking bijv. professionals aan het ziekenhuis binden waardoor bepaalde operaties kunnen worden uitgevoerd die voorheen niet uitgevoerd kunnen worden. In een dergelijk geval zijn ziekenhuizen afhankelijk van de bronnen van een ander ziekenhuis. Met andere woorden, samenwerking tussen ziekenhuizen helpt bij de uitwisseling van bronnen. Bij die uitwisseling van bronnen moet gedacht worden aan bepaalde kennis, ervaring, specialisatie, geld, informatie, etc.

### **Wederzijdse afhankelijkheden**

Een typisch bestuurskundig perspectief is die van het 'organiseren in netwerken'. In hun boek "Management in Networks: On Multi-actor Decision Making" gaan De Bruijn en Ten Heuvelhof (2008) in op de logica van het netwerk. Ze stellen dat er in iedere denkbare situatie sprake is van samenhang tussen organisaties en actoren en dat de betrokken actoren ook altijd vanuit dat perspectief van samenwerking op zoek gaan naar antwoorden en oplossingen (De Bruijn en Ten Heuvelhof, 2008: 4-6). In hun boek zetten De Bruijn en Ten Heuvelhof (2008) de logica van het netwerk tegenover de logica van de hiërarchie. Omdat de logica van het netwerk vooral ingaat op de omgeving van organisaties en de logica van de hiërarchie vooral ingaat op de positie van de organisatie zelf, gaat deze paragraaf alleen in op de logica van het netwerk.



In een netwerk is er volgens De Bruijn en Ten Heuvelhof (2008) altijd sprake van interdependentie tussen organisaties. Met andere woorden, er bestaat een afhankelijkheidsrelatie tussen een organisatie en haar directe omgeving. Volgens de logica van het netwerk, ga je niet uit van je eigen belang, maar neem je tevens het belang van de andere organisatie mee. Vanuit de netwerklogica worden conflicterende belangen voortdurend geïdentificeerd en wordt er voortdurend op zoek gegaan naar oplossingen. In zekere zin proberen organisaties hun krachten te bundelen, teneinde te kunnen reageren op veranderingen in hun directe omgeving. Doordat de netwerklogica veronderstelt dat organisaties opereren in een netwerk, zullen samenwerkingsverbanden antwoorden en oplossingen bieden voor de veranderingen in de directe omgeving van organisaties (De Bruijn en Ten Heuvelhof, 2008: 10-12).

In het verlengde van het werk van De Bruijn en Ten Heuvelhof, heeft Teisman (2006) onderzoek gedaan naar de processen in complexe bestuurlijke (publieke) omgevingen. In dat onderzoek komt naar voren dat er een duidelijke trend waar te nemen is van hiërarchische naar netwerkachtige stelsels. De trend maakt duidelijk dat het publieke domein aan het bewegen is, waarbij hiërarchische stelsels plaats maken voor netwerkstelsels (Teisman, 2006: 7); een dergelijke beweging is ook in de ziekenhuiszorg waar te nemen. Omdat ziekenhuizen een belangrijke speler zijn in het publieke domein en ze onlosmakelijk verbonden zijn met hun omgeving, zijn ze genoodzaakt mee te gaan in de veranderende beweging van hiërarchische naar netwerkachtige stelsels. Daar komt bij dat door verschillende ontwikkelingen in de ruime omgeving van ziekenhuizen, ziekenhuizen genoodzaakt zijn om bewust op zoek te gaan naar partners. Door de beweging in het publieke domein, alsmede door de verschillende veranderingen in de ruime omgeving van ziekenhuizen, dienen ziekenhuizen tegemoet te komen aan een moreel appel: het kan gewoon niet anders (Kaats en Opheij, 2008: 52-56). Het tegemoet komen aan een moreel appel kan binnen de ziekenhuissector vertaald worden naar het zogenoemde ‘maatschappelijk doel’ wat ziekenhuizen hebben. De Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen omschrijft dat maatschappelijk doel als volgt: ziekenhuizen voelen een maatschappelijke verantwoordelijkheid om een bijdrage te leveren aan het verbeteren van de kwaliteit van de zorg en het garanderen van de toegankelijkheid tot die zorg voor iedereen in Nederland (NVZ, 2013). Om toegankelijke zorg te kunnen garanderen zullen ziekenhuizen op zoek gaan naar partners, teneinde in netwerkachtige stelsels zorg aan te kunnen bieden zo dicht als mogelijk bij de patiënt.

### **Analysekader ‘Omgeving van ziekenhuizen’**

De bovenstaande noties van theorieën, zoomen in op enkele kernconcepten daarbinnen. Zoals gezegd bieden de concepten verklaringen voor de totstandkoming van (vormen van) bestuurlijke samenwerking en daarom kunnen de concepten betiteld worden als ‘mogelijke beweegredenen voor vormen van bestuurlijke samenwerking’. In hoofdstuk 3 worden die beweegredenen via operationalisatie waarneembaar en dus ook meetbaar gemaakt. De beweegredenen zijn vooral inhoudelijk van aard: bestuurders maken een ‘objectieve’ analyse van de situatie waarin de organisatie zich bevindt en maken op basis daarvan een keuze om op zoek te gaan naar vormen van bestuurlijke samenwerking.

Dit onderzoek veronderstelt dat de omgeving van ziekenhuizen een bron van dynamiek en onzekerheid is. Op basis van die dynamiek en onzekerheid passen ziekenhuizen hun structuren aan, teneinde een bepaalde “fit” te creëren met hun omgeving. Door die dynamiek en onzekerheid in de omgeving van ziekenhuizen, zullen ziekenhuizen offensief en defensief gedrag laten zien. Bij offensief gedrag is het behalen van competitieve voordelen en het verbeteren van de competitieve positie in de markt het doel; ziekenhuizen zullen daarbij proberen hun marktmacht te vergroten. Defensief gedrag heeft tot doel een bepaalde businessstak van het ziekenhuis te beschermen tegen een turbulente omgeving, als ook tegen bedreigingen van dominante concurrerende organisaties. Met andere woorden, als gevolg van dynamiek en onzekerheid in de omgeving focussen ziekenhuizen zich meer en meer op hun marktpositie en daarom zullen ziekenhuizen sneller geneigd zijn om op zoek te gaan naar vormen van bestuurlijke samenwerking. Het in het bezit hebben van unieke bronnen is daarbij van groot belang; ziekenhuizen kunnen door samenwerking bijv. professionals aan het ziekenhuis binden waardoor bepaalde operaties kunnen worden uitgevoerd die voorheen niet uitgevoerd kunnen worden. Hiermee verbeteren ziekenhuizen hun marktpositie, dan wel beschermen ze een bepaalde businessstak. Wanneer ziekenhuizen die unieke bronnen niet bezitten, zijn ze afhankelijk van de bronnen van een ander ziekenhuis en wordt de uitwisseling van die bronnen bevordert door bestuurlijke samenwerking. Met andere woorden, door wederzijdse afhankelijkheden zullen ziekenhuizen sneller geneigd zijn om op zoek te gaan naar vormen van bestuurlijke samenwerking. Tevens is het zo dat ziekenhuizen tegenwoordig ‘tegenmoet moeten komen’ aan een moreel appel: door de transitie van hiërarchische naar netwerkachtige stelsels kunnen ziekenhuizen niet anders dan op zoek te gaan naar vormen van bestuurlijke samenwerking.

Hoewel de hiervoor besproken concepten direct kunnen verklaren waarom organisaties op zoek gaan naar bestuurlijke samenwerking, is het lastig om directe verklaringen te vinden voor de vorm van bestuurlijke samenwerking. Wel zou het zo kunnen zijn dat door bepaalde veranderingen in de omgeving van ziekenhuizen, ziekenhuizen eerder geneigd zijn om voor een specifieke vorm van bestuurlijke samenwerking te kiezen. Hierbij kan bijv. worden gedacht aan:

- Spreiding en concentratie thematiek
- Selectief inkoopgedrag zorgverzekeraars
- Concurrentie op de markt: steeds meer samenwerkende ziekenhuizen en mededingingsrechterlijke autoriteiten en bijbehorende wetgeving

Echter of deze veranderingen in de omgeving van ziekenhuizen daadwerkelijk verantwoordelijk zouden kunnen zijn voor de gekozen vorm van bestuurlijke samenwerking is niet uit de geraadpleegde literatuur op te maken.

De onderstaande figuur geeft schematisch weer welke concepten een verklaring kunnen bieden voor de totstandkoming van (vormen van) bestuurlijke samenwerking. De verklaringen zijn gebaseerd op de literatuurverkenning en zijn dus theoretisch van aard. Door in de empirie op zoek te gaan naar de beweegredenen van bestuurders voor de totstandkoming van vormen van bestuurlijke samenwerking, zal blijken of de theoretische concepten ook daadwerkelijk een verklaring bieden voor de totstandkoming van coöperaties en bestuurlijke fusies in de Nederlandse ziekenhuissector.

Niveau	Theoretische invalshoek	Concepten: mogelijke beweegredenen voor (vormen van) bestuurlijke samenwerking	Verklaring totstandkoming (vormen van) bestuurlijke samenwerking
Macro: Omgeving van ziekenhuizen	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Contingentietheorie</li> <li>- Markets Power Theory</li> <li>- RDT</li> <li>- Netwerktheorie</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Veranderende omgeving</li> <li>- Marktpositie</li> <li>- Bronnen</li> <li>- Wederzijdse afhankelijkheden</li> </ul>	<p>De omgeving van ziekenhuizen is dynamisch en onzeker → daardoor offensief/gedrag: focus op marktpositie → unieke bronnen bezitten is van belang bij focus op marktpositie → ziekenhuizen zijn afhankelijk van elkaar en zullen daardoor sneller geneigd zijn om op zoek te gaan naar vormen van bestuurlijke samenwerking → door veranderingen in de omgeving (concurrentie, spreiding en concentratie, selectief inkoopgedrag zorgverzekeraars) kiezen ziekenhuizen voor een specifieke vorm van bestuurlijke samenwerking.</p>

### 2.3.2 De organisatie van ziekenhuizen

In hoofdstuk 1 is te lezen dat de Nederlandse overheid sinds 2006 steeds meer marktmechanismen heeft toegelaten in het Nederlands zorgstelsel. Als gevolg daarvan is er meer competitief gedrag van actoren te zien op de Nederlandse zorgmarkt. Evenzo is dat het geval in de ziekenhuissector; de Nederlandse ziekenhuizen acteren binnen een competitieve markt waarbij onderlinge concurrentie dient te leiden tot een betere kwaliteit van zorg, tegen betaalbare prijzen. Mede door de competitieve markt waarbinnen ziekenhuizen acteren is het voor bestuurders van belang om de prestaties van ziekenhuizen te verbeteren/te versterken teneinde op de lange termijn nog steeds actief en onderscheidend te kunnen zijn in die competitieve markt. Vanuit die gedachte is het daarom voor bestuurders van belang om bezig te zijn met de ‘strategie’ van het ziekenhuis.

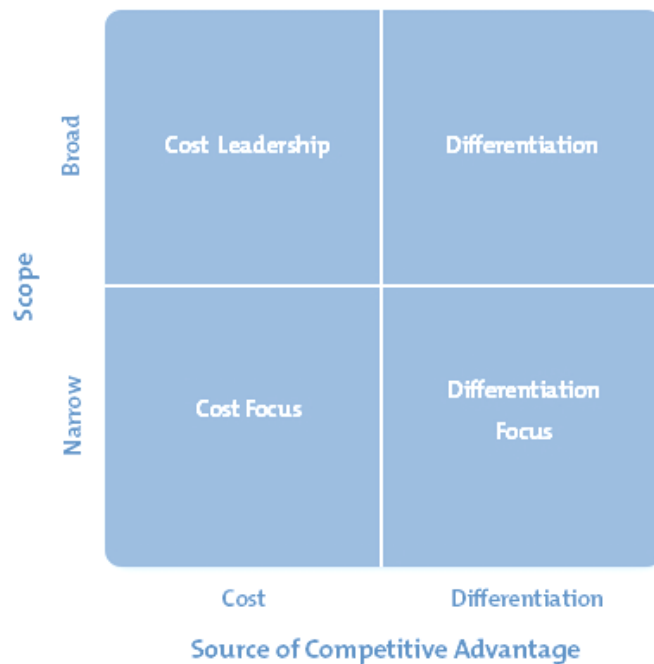
Clegg et al. (2011: 10) beschrijven ‘strategie’ als *“het nemen van belangrijke en grote initiatieven, zowel beoogd als emergent, met betrekking tot het gebruik en inzetten van bronnen, teneinde de organisatorische prestaties binnen een competitieve omgeving te versterken/verbeteren”*. In de wetenschappelijke literatuur is er veel te vinden rondom het thema ‘strategie’. In de jaren ’60 en ’70 profileerde ‘strategie’ zich als discipline en in die jaren verschenen er verschillende wetenschappelijke artikelen rondom het thema. Twee sleutelpersonen in de ontwikkeling van het domein van ‘strategie denken’ zijn Michael Porter en Alfred DuPont Chandler. Beiden hebben een eigen kijk op strategie ontwikkeld en uit hun gedachtegoed zijn concepten te halen die de totstandkoming van (vormen van) bestuurlijke samenwerking kunnen verklaren. Michael Porter gaat met zijn ‘Generic Strategies’ in op verschillende manieren waarop organisaties competitieve voordelen kunnen behalen. Alfred DuPont Chandler stelt tevens dat strategie zeer belangrijk voor organisaties is, maar hij maakt daarbij de koppeling met de structuur van organisaties: ‘Strategy drives Structure’.

#### **Strategie: competitieve voordelen behalen**

Het model van Michael Porter gaat er vanuit dat de kracht van een organisatie in de basis gerelateerd is aan het behalen van twee typen competitief voordeel: lage kosten en differentiatie. Het is aan bestuurders om te bepalen op basis van welk type ‘competitief

voordeel' de organisatie strategie wordt bepaald. In figuur 6 is het model van Porter te zien, waarin de twee basistypen staan weergegeven.

**Figuur 6: Porter's Generic Strategies**



*Bron: Clegg et al, 2011: 96*

Een veelgebruikte strategie voor het behalen van competitieve voordelen is die van 'cost leadership'. Organisaties die uitgaan van 'cost leadership' trachten competitief voordeel te behalen door middel van kostenvoordelen. Om een dergelijke strategie succesvol in te voeren, proberen organisaties op een zo efficiënt mogelijke manier hun faciliteiten te gebruiken en hun processen in te delen, teneinde dezelfde klantvoordelen als concurrenten te kunnen creëren tegen een lagere prijs. De bron van het behalen van kostenvoordelen kan per sector of organisatie verschillen. Zo kunnen organisaties 'economy of scale' nastreven, bepaalde patenten bezitten, of betere toegang hebben tot productiefactoren (Clegg et al., 2011: 69-70). Binnen de ziekenhuissector zal met name de 'economy of scale' een bron zijn voor het behalen van kostenvoordelen. Bestuurlijke samenwerking zal in die zin kunnen helpen om meerdere ingrepen uit te voeren, waardoor de kosten per ingreep uiteindelijk laag kunnen worden gehouden.

Een tevens veelgebruikte strategie voor het behalen van competitieve voordelen is die van 'differentiatie'. In een dergelijke strategie proberen organisaties uniek te zijn in hun sector, middels het hebben van een gedifferentieerd portfolio. Het differentiëren van producten en diensten kan zowel op basis van tastbare als ook niet tastbare kenmerken geschieden. Bij tastbare kenmerken kan gedacht worden aan de grootte, kleur, betaalopties, ondersteuning, etc. Bij niet tastbare kenmerken kan gedacht worden aan exclusiviteit, individualiteit, imago, etc. Om op lange termijn nog baat te kunnen hebben van een dergelijke strategie, zullen organisaties een combinatie van bronnen en middelen moeten hebben die door concurrenten niet of nauwelijks zijn na te bootsen (Clegg et al., 2011: 70-71). Binnen de ziekenhuissector

wordt de ‘differentiatie’ strategie dikwijls toegepast; bestuurlijke samenwerking zou in die zin kunnen helpen om bepaalde specialisten en kundigheid binnen te halen, waardoor specialistische en complexe ingrepen kunnen worden uitgevoerd die niet ieder ziekenhuis mag en/of kan worden uitgevoerd (door het behalen van een te laag percentage ingrepen kan het zijn dat ziekenhuizen dergelijke ingrepen niet meer mogen uitvoeren: ziekenhuizen halen in dat geval hun aantallen niet).

De strategie van ‘differentiatie’ in combinatie met een cost leadership-strategie richt zich op een brede scope van activiteiten. Binnen de ziekenhuissector betekent dit dat ziekenhuizen op veel verschillende terreinen een gedifferentieerd pakket kunnen aanbieden tegen de goedkoopste prijzen; samenwerking met andere ziekenhuizen kan hierbij helpen. Het is een veelgebruikte strategie binnen ziekenhuizen, te meer omdat zorgverzekeraars scherper zullen gaan inkopen (zie hoofdstuk 4). Dergelijke strategieën kunnen ook worden uitgerold binnen bepaalde segmenten van het ziekenhuis. Zo kunnen ziekenhuizen ervoor kiezen zich specifiek te richten op een bepaalde specialisatie. Veel ziekenhuizen kiezen ervoor om naast een brede focus van activiteiten ook een smalle focus van activiteiten te hebben. Het onderscheid tussen ‘laag volume, hoog complex’ en ‘hoog volume laag complex’ is daarbij van belang. De eerste term refereert aan de smalle focus van activiteiten: ziekenhuizen willen de ingewikkelde specialistische ingrepen kunnen blijven uitvoeren, tegen een zo laag mogelijke prijs.

Bestuurlijke samenwerking kan helpen om die ingewikkelde specialistische ingrepen tegen een zo hoog mogelijke kwaliteit (‘differentiatie focus’) en tegen een zo laag mogelijke prijs (‘cost leadership focus’) aan te bieden. De tweede term refereert aan de brede focus van activiteiten: ziekenhuizen willen de minder ingewikkelde specialistische ingrepen kunnen blijven uitvoeren, tegen een zo laag mogelijke prijs. Bestuurlijke samenwerking kan helpen om die ingrepen tegen een zo hoog mogelijke kwaliteit (‘differentiatie’) en tegen een zo laag mogelijke prijs (‘cost leadership’) aan te bieden.

### **Strategie: organisatiestructuur**

Alfred DuPont Chandler is een van de belangrijkste grondleggers van dit gedachtegoed. Chandler (1962) gaat er vanuit dat veranderingen in de omgeving van organisaties de behoefte voor nieuwe organisatiestrategieën creëert. Daaruit voort vloeit de gedachte van Chandler (1962) dat nieuwe organisatiestrategieën ook nieuwe organisatiestructuren vereist, teneinde organisatiestrategieën ook daadwerkelijk uit te kunnen voeren. Chandler ging op zoek naar de relatie tussen organisatiestrategie en organisatiestructuur en onderzocht daarvoor de transformatie van kleinschalige organisaties naar grootschalige organisaties. Een belangrijke conclusie uit zijn onderzoek is het feit dat de organisatiestrategie leidend zou moeten zijn en dat de organisatiestructuur daarop zou moeten volgen.

Vanuit de gedachte dat de vorm van een organisatie zou moeten volgen uit de strategie van een organisatie, zal een specifiek gekozen samenwerkingsvorm tussen ziekenhuizen het gevolg moeten zijn van de gekozen organisatiestrategie; in het geval dat ziekenhuizen besluiten te gaan samenwerken, zal de keuze voor de vorm van samenwerking vooral gebaseerd zijn op de gekozen strategie van de samenwerkende organisaties. In sommige gevallen kan dat te maken hebben met de strategie om als ziekenhuis slagvaardig te kunnen optreden en wendbaar te kunnen zijn in tijden van crisis en grote veranderingen; doordat in een coöperatie de besluitvorming dikwijls complexer is en trager verloopt dan bij een

bestuurlijke fusie, zal als gevolg van de organisatiestrategie gekozen kunnen worden voor een bestuurlijke fusie. Ook zou het zo kunnen zijn dat de strategie van het ziekenhuis voorschrijft om slechts op enkele onderdelen samenwerking te zoeken, waarbij de coöperatie al snel in beeld komt. Een bestuurlijke fusie zal in dat geval een te grote stap zijn om een eventuele samenwerking vorm te geven. Vanuit het gedachtegoed van Chandler (1962) bekeken betekent dit dat de organisatievorm automatisch volgt uit de gekozen strategie en dat de vorm voor samenwerking in die zin geen 'keuze' is maar vooral een 'noodzaak'.

### **Analyse kader 'Organisatie van ziekenhuizen'**

De bovenstaande beschrijvingen van de idee van 'Generic Strategies' en 'Strategy drives Structure', zoomen in op enkele kernconcepten daarbinnen. De concepten bieden verklaringen voor de totstandkoming van (vormen van) bestuurlijke samenwerking en daarom kunnen de concepten betiteld worden als 'mogelijke beweegredenen voor vormen van bestuurlijke samenwerking'. In hoofdstuk 3 worden die beweegredenen via operationalisatie waarneembaar en dus ook meetbaar gemaakt. De beweegredenen zijn vooral inhoudelijk van aard: bestuurders maken een 'objectieve' analyse van de situatie waarin de organisatie zich bevindt en maken op basis daarvan een keuze om op zoek te gaan naar vormen van samenwerking.

Dit onderzoek veronderstelt dat, mede door de competitieve markt waarbinnen ziekenhuizen acteren, het voor bestuurders van belang is om de prestaties van ziekenhuizen te verbeteren/te versterken teneinde op de lange termijn nog steeds actief en onderscheidend te kunnen zijn in die competitieve markt. Vanuit die gedachte is het daarom voor bestuurders van belang om bezig te zijn met de strategie van het ziekenhuis. 'Strategie' is een belangrijk concept geworden binnen de ziekenhuissector, zeker in het licht van de grote veranderingen die op ziekenhuizen afkomen. Volgens Porter kunnen organisaties op verschillende manieren hun strategie vorm geven en daarbij dus ook op verschillende manieren strategische voordelen behalen. Vanuit die gedachte zullen ziekenhuizen geneigd zijn om op zoek gaan naar vormen van bestuurlijke samenwerking, teneinde de organisatiestrategie uit te kunnen voeren en daarmee competitieve voordelen te behalen in de markt. In het verlengde daarvan stelt Chandler dat de gekozen organisatiestrategie tevens bepalend is voor de structuur van de organisatie; de organisatievorm volgt automatisch uit de gekozen strategie en de vorm voor samenwerking is in die zin geen 'keuze' is maar vooral een 'noodzaak'. Zo kan de keuze voor een bestuurlijke fusie bijv. verklaard worden aan de hand van de bestuurbaarheid van de organisatie. De keuze voor een coöperatie kan daarentegen verklaard worden aan de hand van bijv. de mate waarin het ziekenhuis of de desbetreffende ziekenhuizen willen samenwerken. De mate waarin organisaties willen samenwerken zal dikwijls voortvloeien uit de strategie van het ziekenhuis: op welke onderdelen hebben wij de hulp van een samenwerkingspartner nodig?

De onderstaande figuur geeft schematisch weer welke concepten een verklaring kunnen bieden voor de totstandkoming van (vormen van) bestuurlijke samenwerking. De verklaringen zijn gebaseerd op de literatuurverkenning en zijn dus theoretisch van aard. Door in de empirie op zoek te gaan naar de beweegredenen van bestuurders voor de totstandkoming van samenwerkingsrelaties, zal blijken of de theoretische concepten ook daadwerkelijk een

verklaring bieden voor de totstandkoming van coöperaties en bestuurlijke fusies in de Nederlandse ziekenhuissector.

Niveau	Theoretische invalshoek	Concepten: mogelijke beweegredenen voor (vormen van) bestuurlijke samenwerking	Verklaring totstandkoming (vormen van) bestuurlijke samenwerking
Meso: Organisatie van ziekenhuizen	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Generic Strategies</li> <li>- Strategy drives Structure</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Strategie: competitieve voordelen behalen</li> <li>- Strategie: organisatiestructuur</li> </ul>	De omgeving van ziekenhuizen is dynamisch en onzeker → ziekenhuizen hebben steeds meer aandacht voor 'strategie' om zodoende competitieve voordelen te kunnen blijven behalen → de gekozen strategie bepaalt de structuur van de organisatie en dus is de vorm van bestuurlijke samenwerking geen 'keuze' maar 'noodzaak'.

### 2.3.3 De persoon van de bestuurder

Kaats en Opheij (2008) hebben onderzoek gedaan naar de betekenis van de persoon van de bestuurder voor het aangaan, in gang zetten en onderhouden van samenwerkingsrelaties. Het onderzoek laat zien dat bestuurders in belangrijke mate worden gedreven door persoonlijke beweegredenen, meer dan inhoudelijke beweegredenen. Om die reden is er in dit onderzoek ook gekeken naar de persoonlijke beweegredenen van bestuurders bij het aangaan van een samenwerking in de vorm van een bestuurlijke fusie of een coöperatie. Teneinde uitspraken te kunnen doen over de persoonlijke beweegredenen van bestuurders, is er een literatuurverkenning gedaan waarbij gekeken is naar theorieën, van waaruit nuttige concepten zijn te halen die de totstandkoming van (vormen van) bestuurlijke samenwerking kunnen verklaren.

In de literatuur is er veel gepubliceerd over de interactie tussen mensen, maar er is slechts weinig bekend over de interactie tussen mensen in relatie tot samenwerking. Toch zijn er in de psychologische en sociologische literatuur enkele concepten te vinden die ingaan op de interactie tussen mensen in relatie tot samenwerking (Opheij en Kaats, 2006: 56-57). Die concepten staan in deze paragraaf centraal:

- Prestatiemotivatie en machtsmotivatie
- Inter-persoonlijk vertrouwen
- Politieke grenzen en identiteitsgrenzen

#### **Prestatiemotivatie en machtsmotivatie**

In zijn proefschrift gaat Damen (2007) in op het gedrag van topmanagers in Nederlandse organisaties. Daarbij baseert hij zich op het model van McClelland (1987): The motivational sequence to action. Het model laat zien dat 'persoonlijke drijfveren' een van de determinanten is van gedrag. Damen stelt dat drijfveren zich dikwijls onbewust manifesteren en sterk met ons emotioneel welbevinden verbonden zijn. Ze sturen in zekere mate ons gedrag, zonder dat precies duidelijk wordt waarom dat gebeurt (Damen, 2007: 4). Vanuit die gedachte kunnen de beweegredenen van bestuurders sterk beïnvloedt worden door die persoonlijke drijfveren. Het model van McClelland (1987) richt zich op drie soorten drijfveren: de prestatiemotivatie, de machtsmotivatie en de affiliatiemotivatie. Dit onderzoek gaat alleen in op de prestatiemotivatie en de machtsmotivatie.

### *De prestatiemotivatie*

In de literatuur wordt er ook wel gesproken over een “achievement orientation”, waarbij verwante begrippen als prestatiedrang, scoringsdrang, het verlangen om uit te blinken, taak- en resultaatgerichtheid, de wil om te slagen, etc. horen. Mensen met een sterke prestatiemotivatie zullen over het algemeen meer bevrediging vinden in het succesvol uitvoeren van complexe en moeilijke taken, dan mensen met een minder sterke prestatiemotivatie. Tevens zullen mensen met een sterke prestatiemotivatie sneller de behoefte hebben om zaken beter te doen, dan mensen met een mindere prestatiemotivatie (Damen, 2007: 20).

De prestatiemotivatie wordt in de literatuur gezien als een ‘egoïstische drijfveer’, waarbij het accent meer ligt op persoonlijk succes, dan op collectief succes. Damen (2007) stelt dat het accent wel degelijk op collectief succes kan liggen en hij maakt daarom onderscheid in ‘personalized’ en ‘socialized’ achievement oriëntatie, waarbij de eerste vooral op persoonlijk succes gericht is en de tweede juist meer op het collectief succes. Bestuurders met een persoonlijke prestatiemotivatie zullen samenwerking zien als een persoonlijk doel en een persoonlijke overwinning. Bestuurders zullen ‘hun organisatie’ goed door de storm heen willen loodsen en goed willen achterlaten wanneer ze zouden vertrekken, het realiseren van een samenwerking is een bekroning van hun werk. Tevens is samenwerking niet vanzelfsprekend en gemakkelijk, wat voor bestuurders met een persoonlijke prestatiemotivatie een trager zou kunnen zijn om te gaan samenwerken. Bestuurders met een sociale prestatiemotivatie zullen samenwerking vooral zien als een verbetering van de huidige organisatie. In het geval van de ziekenhuissector zal bestuurlijke samenwerking kansen bieden aan medewerkers om meer uiteenlopende en meer complexe taken en handelingen te verrichten.

### *De machtsmotivatie*

Volgens Damen (2007) heeft iemand met een sterke machtsmotivatie veel plezier in het beïnvloeden van mensen en gebeurtenissen en streeft diegene naar een positie met gezag. Deze gedachte wordt gesteund door verschillende onderzoeken, welke allen een sterke correlatie vinden tussen machtsmotivatie en de doorgroei naar hogere managementfuncties in organisaties (Collins, Moore & Unwella, 1964; Hundal, 1971; McClelland & Winter, 1969, McClelland & Boyatzis, 1982). Met betrekking tot het concept ‘machtsmotivatie’ kan er een onderscheid worden gemaakt in ‘persoonlijke machtsoriëntatie’ en ‘sociale machtsoriëntatie’. Bestuurders met een persoonlijke machtsoriëntatie gebruiken ‘macht’ primair om hun eigen positie te verstevigen en er dus zelf beter van te worden. Vaak houden bestuurders met een dergelijke machtsoriëntatie de beslissingsbevoegdheid dicht bij zichzelf en wordt ondersteuning aan medewerkers gegeven op een manier waarbij superioriteit en afhankelijkheid duidelijk naar voren komen (Damen, 2007: 19). Zoals al in hoofdstuk 1 duidelijk werd heeft het aangaan van een bestuurlijke samenwerking impact op de bestuurlijke autonomie. Bestuurders met een persoonlijke machtsmotivatie zullen daarom primair kijken naar wat voor impact samenwerking op zijn of haar machtspositie heeft. Zo



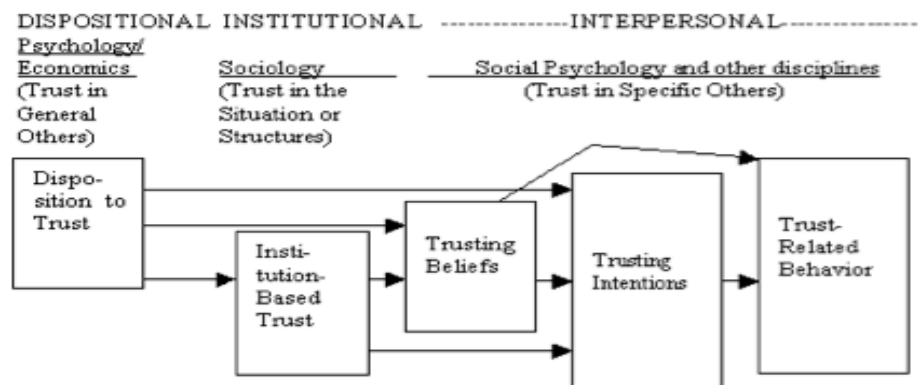
zou het kunnen zijn dat een bestuurder door de samenwerkingsrelatie meer gezag krijgt, maar tevens kan het zijn dat de bestuurder minder gezag krijgt. Voor de te kiezen vorm van de bestuurlijke samenwerking is dit van belang.

Bestuurders met een sociale machtsmotivatie gebruiken ‘macht’ juist primair om anderen beter te maken. Zij zullen macht gebruiken om een succesvolle organisatie te bouwen en succesvol te laten zijn, waarbij medewerkers worden gestimuleerd en gemotiveerd om mee te bouwen aan een succesvolle organisatie (Damen, 2007: 19-20). De beweegredenen van bestuurders om op zoek te gaan naar vormen van bestuurlijke samenwerking liggen dan vooral gelegen in het feit dat zij hun macht kunnen aanwenden om samenwerkingsrelaties tot stand te laten komen, teneinde een succesvollere organisatie te kunnen bouwen.

### **Inter-persoonlijk vertrouwen**

In de literatuur rondom het thema ‘samenwerken’ is er veel te vinden over het concept ‘vertrouwen’. Het blijkt van groot belang te zijn in iedere samenwerking en in sommige literatuur is zelfs te lezen dat het concept ‘vertrouwen’ een indicator is voor het al dan niet slagen van de samenwerking (Kaats en Opheij, 2012; McKnight & Chervany, 2001, Huxham & Vangen, 2005). Het blijkt tevens een complex en moeilijk tastbaar begrip te zijn; in de wetenschappelijke literatuur zijn er vanuit verschillende disciplines definities opgesteld van het begrip, ieder vanuit een verschillende invalshoek (McKnight & Chervany, 2001: 28-29). In hun artikel “Trust and Distrust Definitions: One Bite a Time” (2001) ontwikkelen McKnight & Chervany op basis van 56 definities uit verschillende disciplines (o.a. psychologie, sociologie, economie en politicologie) een model waarin de veelzijdigheid van het begrip ‘vertrouwen’ te zien is (zie figuur 7). Het model ordent het begrip ‘vertrouwen’ op basis van drie typen ‘vertrouwen’: dispositioneel vertrouwen, institutioneel vertrouwen en inter-persoonlijk vertrouwen. In dit onderzoek wordt alleen het begrip ‘inter-persoonlijk vertrouwen’ waarneembaar en meetbaar gemaakt. De reden hiervoor is het feit dat inter-persoonlijk vertrouwen als enige type ingaat op de relatie tussen personen, daar waar de andere typen vertrouwen dat niet doen. Omdat dit onderzoek zich richt op bestuurlijke samenwerking, is het van belang om in te gaan op de onderlinge relatie van bestuurders; het vertrouwen tussen bestuurders kan mogelijk een belangrijke rol spelen in de beweegredenen van bestuurders om op zoek te gaan naar vormen van bestuurlijke samenwerking.

**Figuur 7: Interdisciplinary model of trust**



Bron: McKnight & Chervany, 2001

### *Inter-persoonlijk vertrouwen*

Dit type vertrouwen gaat uit van een relatie met een of meerdere personen, waarbij onderscheid wordt gemaakt in “trusting believes”, “trusting intentions” en “trusting behaviour”. Met “trusting believes” worden de opvattingen bedoeld die mensen hebben van anderen. Imago en reputatie spelen daarbij een grote rol en het gaat in feite om de mate waarin de ander geschat wordt bereid te zijn om met jouw belangen rekening te houden. Het begrip “trusting intentions” geeft aan in welke mate iemand de bereidheid heeft om zich afhankelijk op te stellen van de ander. Het is een houding die uitgaat van een bepaalde intentie vooraf, die in vele gevallen gebaseerd is op eerdere ervaringen met de samenwerkingspartner. Het begrip “trusting related behaviour” gaat uit van vertrouwenwekkend gedrag, waarbij er vrijwillig sprake is van het creëren van afhankelijkheid. Hierbij is er sprake van een bepaald ‘gevoel’ van zekerheid, zonder dat daar 100% zekerheid over bestaat. Het gaat uit van een bepaald vertrouwen in de samenwerkingspartner, zonder dat dat gestoeld is op eerdere ervaringen.

Vanuit het begrip ‘inter-persoonlijk vertrouwen’ vindt bestuurlijke samenwerking plaats op basis van een bepaalde vertrouwensrelatie: organisaties vertrouwen elkaar en zijn bereid om die relatie nog meer gestalte te geven en verder te intensiveren. In dergelijke gevallen is er een bepaalde synergie tussen beide organisatie, waardoor samenwerking voor de hand ligt. Met betrekking tot de vorm van samenwerking zou dit een belangrijk aspect kunnen zijn. Immers, een bestuurlijke fusie is in termen van ‘afhankelijkheid’ (zie paragraaf 2.1.3) een verdergaande vorm van bestuurlijke samenwerking dan de coöperatie, waarmee het aannemelijk is dat het inter-persoonlijk vertrouwen tussen organisaties groter is dan wanneer men besluit te gaan samenwerken in de vorm van een coöperatie. Om die reden zou de vorm van bestuurlijke samenwerking verklaard kunnen worden door de mate waarin organisaties elkaar vertrouwen.

### **Politieke grenzen en identiteitsgrenzen**

Hirschhorn en Gilmore (1992) hebben een belangrijke bijdrage geleverd aan het onderzoeksveld rondom samenwerkingsvraagstukken. Zij deden onderzoek naar de grenzen die in iedere samenwerking aan de orde zijn. In hun artikel “The New Boundaries of the Boundaryless Company” beschrijven ze de verschuiving van verticale hiërarchieën naar

horizontale netwerken, waarbij steeds meer inter-functionele teams ontstaan; vanuit die beweging ontstaan grenzeloze en flexibele organisatievormen (Hirschhorn & Gilmore, 1992: 5-6).

Echter, in hetzelfde artikel wordt gesteld dat door de omverwerping van organisatorische grenzen er nieuwe soorten grenzen in grote mate belangrijk worden. Het betreffen psychologische grenzen en bestaan dikwijls alleen in de gedachten van de werknemers van een dergelijke organisatie (Hirschhorn & Gilmore, 1992: 6-7). In het onderzoek worden vier typen psychologische grenzen genoemd: de gezagsgrens, de politieke grens, de taakgrens en de identiteitsgrens. Iedere vorm van samenwerking heeft met deze grenzen te maken; de grenzen roepen emoties en fantasieën op en beïnvloeden het onderlinge gedrag (Van De Loo, 2007: 222-223). Voor dit onderzoek zijn met name de ‘politieke grens’ en de ‘identiteitsgrens’ van belang.

### *De politieke grens*

Hirschhorn & Gilmore (1992: 8) stellen dat er binnen organisaties altijd sprake is van een zekere mate van politiek spel. Hiermee doelen ze op het feit dat er binnen organisaties interactie plaatsvindt tussen groepen met uiteenlopende behoeften, belangen en doelen. Het is de taak van managers en bestuurders om die verschillende behoeften, belangen en doelen in kaart te brengen en van daaruit tot coalities te komen. Echter, bij de totstandkoming van die coalities zullen de verschillende groepen zichzelf continu de vraag stellen “*what’s in it for us?*”. De antwoord op die vraag geeft aan waar de grenzen liggen van die groepen, bij het aangaan van een coalitie; wat zit er voor hen in en welke belangen hebben zij in de samenwerking (Hirschhorn & Gilmore, 1992: 9). Managers en bestuurders zullen daarom door actief onderhandelen proberen om win-win situaties te creëren, waarbij behoeftes, belangen en doelen van verschillende groepen binnen de organisatie worden meegenomen (Hirschhorn & Gilmore, 1992: 9).

Het principe van ‘politieke grenzen’ kan tevens worden toegepast op organisaties onderling, zoals bijv. ziekenhuizen; ook bestuurders hebben bepaalde politieke grenzen. Bij het aangaan van samenwerkingsrelaties en/of het kiezen van een bepaalde samenwerkingsvorm zullen bestuurders zich dikwijls de vraag stellen “*what’s in it for us?*” en zullen ze continu afwegen wat hun eigen belangen en doelen zijn bij het aangaan van een mogelijke samenwerking. Doordat bestuurders verschillende belangen en doelen hebben, zijn bestuurders van grote betekenis bij het al dan niet aangaan van een samenwerkingsrelatie en/of het kiezen voor een specifieke samenwerkingsvorm (Kaats en Opheij, 2006: 341-344). Die persoonlijke belangen en doelen van bestuurders kunnen uiteenlopend zijn en zullen per bestuurder verschillen. Tevens kan het zo zijn dat persoonlijke belangen en doelen overeenkomen met die van de organisatie waaraan ze leiding geven: bestuurders vereenzelvigen zich dan met de organisatie waaraan ze leiding geven. Ook de vorm van samenwerking kan van grote invloed zijn op de mate waarin de belangen en doelen van bestuurders worden behartigd en behaald; de bestuurlijke fusie en de coöperatie verschillen op basis van inhoud, vorm en governance, waardoor bestuurders zichzelf te meer zullen afvragen ‘*what’s in it for us?*’. Om die reden zou de vorm van samenwerking verklaard kunnen worden door de invloed die de vorm van bestuurlijke samenwerking heeft op de mate waarin de belangen en doelen van bestuurders behartigd en behaald worden.

### *De identiteitsgrens*

Daar waar de ‘politieke grens’ vooral gaat over belangen, gaat de identiteitsgrens vooral over identiteit en waarden. Hirschborn & Gilmore (1992: 9) stellen dat organisaties een bepaalde identiteit verschafft aan haar werknemers, wat wordt aangeduid als ‘the group’s sameness’. Vanaf het punt dat werknemers denken in termen van ‘wij’ versus ‘hen’, wordt er blijk gegeven aan het feit dat er grenzen bestaan aan de identiteit van een werknemer. Zo stellen Hirschborn & Gilmore (1992: 9) dat werknemers zelfs een dusdanige grens voor zichzelf hebben, dat zij alleen nog maar ‘insiders’ vertrouwen en behoedzaam zijn jegens buitenstaanders. Hoewel de aanwezigheid van een collectief identiteitsgevoel binnen organisaties kan zorgen voor energie en motivatie, kan het dus ook erg belemmerend werken, bijv. bij het aangaan van samenwerkingsrelaties (Hirschborn & Gilmore, 1992: 9). Binnen de al dan niet gekozen samenwerking en de daarbij behorende vorm, zullen bestuurders zichzelf de vraag stellen wat er als gevolg van samenwerking blijft bestaan van hun identiteit, wat er als gevolg van samenwerking verdwijnt van hun identiteit en waar mogelijk hun identiteit wordt versterkt als gevolg van samenwerking. Die identiteit kan zich richten op de interne organisatie (organisatiecultuur, manier van werken, normen en waarden, etc.), alsmede op de identiteit die de organisatie heeft richting het publiek (naam, imago, beeld, etc.). Bij het bepalen van de vorm van samenwerking kan dit grote impact hebben op de beweegredenen van bestuurders; bestuurders zullen zich de vraag stellen welke invloed de vorm van bestuurlijke samenwerking heeft, in dit onderzoek de coöperatie of bestuurlijke fusie, op de mate waarin de identiteit van het eigen ziekenhuis verdwijnt, blijft bestaan of mogelijk wordt versterkt.

### **Analyse kader ‘Persoon van de bestuurder’**

De bovenstaande noties van theorieën, zoomen in op enkele kernconcepten daarbinnen. Zoals gezegd bieden de concepten verklaringen voor de totstandkoming van (vormen van) bestuurlijke samenwerking en daarom kunnen de concepten betiteld worden als ‘mogelijke beweegredenen voor vormen van bestuurlijke samenwerking’. In hoofdstuk 3 worden die beweegredenen via operationalisatie waarneembaar en dus ook meetbaar gemaakt. Die beweegredenen zijn vooral persoonlijk van aard: overwegingen die bestuurders ontleen aan persoonlijke overtuigingen en drijfveren.

Dit onderzoek veronderstelt dat de ziekenhuizen in Nederland voor een zware opgave staan. Ziekenhuizen dienen ervoor te zorgen dat de kwaliteit van zorgverlening omhoog gaat en dat diezelfde zorg wordt aangeboden tegen betaalbare prijzen. Veel ziekenhuizen zijn daarom de mogelijkheden voor samenwerking aan het onderzoeken; bestuurlijke samenwerking wordt door bestuurders gezien als middel om de prestaties van het ziekenhuis te verbeteren en/of om het ziekenhuis in ieder geval ‘door de storm te loodsen’. Bij de verkenning van mogelijke vormen van bestuurlijke samenwerking speelt ‘vertrouwen’ een belangrijke rol; bestuurlijke samenwerking komt dikwijls tot stand op basis van een bepaalde vertrouwensrelatie tussen beide partners: organisaties vertrouwen elkaar en zijn bereid om die relatie nog meer gestalte te geven en verder te intensiveren. In dergelijke gevallen is er een bepaalde synergie tussen beide organisatie, waardoor bestuurlijke samenwerking voor de hand ligt. De mate waarin organisaties elkaar vertrouwen zal doorvloeien in de keuze voor een bepaalde vorm van

bestuurlijke samenwerking. Immers, bij een bestuurlijke fusie zijn organisaties afhankelijker van elkaar dan bij een coöperatie. Naast vertrouwen spelen ook de ‘grenzen van samenwerking’ een belangrijke rol bij de totstandkoming van een samenwerkingsrelatie. Iedere vorm van bestuurlijke samenwerking heeft met die grenzen te maken en die grenzen roepen bepaalde emoties en fantasieën op en beïnvloeden het onderlinge gedrag van de samenwerkingspartners. Bij het aangaan van samenwerkingsrelaties en/of het kiezen van een bepaalde samenwerkingsvorm zullen bestuurders zich dikwijls de vraag stellen “what’s in it for us” en zullen ze continu afwegen wat hun eigen belangen en doelen zijn bij het aangaan van een mogelijke samenwerking (politieke grenzen). Bestuurders zullen zichzelf tevens de vraag stellen wat er als gevolg van de bestuurlijke samenwerking blijft bestaan van hun identiteit, wat er verdwijnt van hun identiteit en waar mogelijk hun identiteit wordt versterkt (identiteitsgrens). Dergelijke vragen hebben een grote invloed op de te kiezen vorm van bestuurlijke samenwerking. Ook hier geldt dat in een bestuurlijke fusie de wederzijdse afhankelijkheden groter zijn dan in een coöperatie, waardoor er ook een groter stuk van de bestuurlijke autonomie en daarmee een (groter) stuk van de eigen identiteit wordt opgegeven. De onderstaande figuur geeft schematisch weer welke concepten een verklaring kunnen bieden voor de totstandkoming van (vormen van) bestuurlijke samenwerking. De verklaringen zijn gebaseerd op de literatuurverkenning en zijn dus theoretisch van aard. Door in de empirie op zoek te gaan naar de beweegredenen van bestuurders voor de totstandkoming van samenwerkingsrelaties, zal blijken of de theoretische concepten ook daadwerkelijk een verklaring bieden voor de totstandkoming van coöperaties en bestuurlijke fusies in de Nederlandse ziekenhuissector.

Niveau	Theoretische invalshoek	Concepten: mogelijke beweegredenen voor (vormen van) bestuurlijke samenwerking	Verklaring totstandkoming (vormen van) bestuurlijke samenwerking
Micro: Persoon van bestuurder	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Motivational sequence to action</li> <li>- Interdisciplinary model of trust</li> <li>- Boundaries of the Bounderyless Company</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Prestatiemotivatie en machtsmotivatie</li> <li>- Inter-persoonlijk vertrouwen</li> <li>- Politieke grenzen en identiteitsgrenzen</li> </ul>	Ziekenhuizen staan voor een zware opgave: hogere kwaliteit zorg tegen betaalbare prijzen → door bestuurlijke samenwerking de ‘storm overleven’ en de organisatie beter maken → de samenwerkingspartners delen een stuk autonomie en moeten elkaar dus (kunnen) vertrouwen, wat van invloed is op de te kiezen vorm van bestuurlijke samenwerking → in iedere bestuurlijke samenwerking is er sprake van psychologische grenzen, welke invloed hebben op de vorm en het succes van bestuurlijke samenwerking.

### 2.3.4 Analyse kader

In voorgaande paragrafen zijn verschillende theoretische concepten uiteengezet. De concepten bieden verklaringen voor de totstandkoming van (vormen van) bestuurlijke samenwerking en kunnen daarom betiteld worden als “mogelijke beweegredenen voor vormen van bestuurlijke samenwerking”. In hoofdstuk 3 worden die beweegredenen via operationalisatie waarneembaar en dus ook meetbaar gemaakt. Doordat er in de literatuurverkenning is gekeken naar drie niveaus, zullen de beweegredenen van bestuurders ook geordend worden op basis van die drie niveaus: beweegredenen die refereren aan (1) de omgeving van ziekenhuizen, (2) de organisatie van ziekenhuizen en (3) de persoon van de

bestuurder. Daarbij geldt dat de beweegredenen refererend aan de omgeving en organisatie van ziekenhuizen betiteld kunnen worden als ‘inhoudelijke beweegredenen’ en de beweegredenen refererend aan de persoon van de bestuurder als ‘persoonlijke beweegredenen’. Door in de empirie op zoek te gaan naar de beweegredenen van bestuurders omtrent (de vorm van) bestuurlijke samenwerking, zal blijken of de theoretische concepten ook daadwerkelijk een verklaring bieden voor de totstandkoming van coöperaties en bestuurlijke fusies in de Nederlandse ziekenhuissector.

De onderstaande figuur geeft schematisch weer welke concepten in voorgaande paragrafen zijn behandeld. Tevens is in de figuur een samenvattende weergave opgenomen van de verklaringen die de concepten bieden voor de totstandkoming van (vormen van) samenwerking. Omdat de concepten verklaringen bieden kunnen ze betiteld worden als ‘mogelijke beweegredenen voor (vormen van) bestuurlijke samenwerking’. In hoofdstuk 3 zijn de concepten via operationalisatie waarneembaar en dus ook meetbaar gemaakt.

Niveau	Theoretische invalshoek	Concepten: mogelijke beweegredenen voor (vormen van) bestuurlijke samenwerking	Verklaring totstandkoming (vormen van) bestuurlijke samenwerking
Macro: Omgeving van ziekenhuizen	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Market Power Theory</li> <li>- RDT</li> <li>- Contingentietheorie</li> <li>- Netwerkteorie</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Bronnen</li> <li>- Marktpositie</li> <li>- Veranderende omgeving</li> <li>- Wederzijdse afhankelijkheden</li> </ul>	De omgeving van ziekenhuizen is dynamisch en onzeker → daardoor offensief/defensief gedrag: focus op marktpositie → unieke bronnen bezitten is van belang bij focus op marktpositie → ziekenhuizen zijn afhankelijk van elkaar en zullen daardoor sneller geneigd zijn om op zoek te gaan naar vormen van bestuurlijke samenwerking → door veranderingen in de omgeving (concurrentie, spreiding en concentratie, selectief inkoopgedrag zorgverzekeraars) kiezen ziekenhuizen voor een specifieke vorm van bestuurlijke samenwerking. Die vorm van bestuurlijke samenwerking is voor een groot deel ingegeven door de drie belangrijke ontwikkelingen in de omgeving van ziekenhuizen.
Meso: Organisatie van ziekenhuizen	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Generic Strategies</li> <li>- Strategy drives Structure</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Competitieve voordelen behalen</li> <li>- Organisatiestructuur</li> </ul>	De omgeving van ziekenhuizen is dynamisch en onzeker → ziekenhuizen hebben steeds meer aandacht voor ‘strategie’ om zodoende competitieve voordelen te kunnen behalen → de gekozen strategie bepaalt de structuur van de organisatie en dus is de vorm van bestuurlijke samenwerking geen ‘keuze’ maar ‘noodzaak’. De vorm van bestuurlijke samenwerking vloeit voort uit de gekozen strategie.
Micro: Persoon van de bestuurder	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Motivational sequence to action</li> <li>- Interdisciplinary model of trust</li> <li>- Boundaries of the Bounderyless Company</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Prestatiemotivatie en machtsmotivatie</li> <li>- Inter-persoonlijk vertrouwen</li> <li>- Politieke grenzen en identiteitsgrenzen</li> </ul>	Ziekenhuizen staan voor een zware opgave: hogere kwaliteit zorg tegen betaalbare prijzen → door bestuurlijke samenwerking de ‘storm overleven’ en de organisatie beter maken → de samenwerkingspartners delen een stuk autonomie en moeten elkaar dus (kunnen) vertrouwen, wat van invloed is op de te kiezen vorm van bestuurlijke samenwerking. → in iedere bestuurlijke samenwerking is er sprake van psychologische grenzen, welke invloed hebben op de vorm en het succes van bestuurlijke samenwerking.

## Hoofdstuk 3 Opzet van het onderzoek

In het vorige hoofdstuk zijn verschillende concepten beschreven en uiteengezet. Door het beschrijven van de concepten wordt het onderzoek theoretisch afgebakend, waardoor de overstap kan worden gemaakt naar het empirisch gedeelte van het onderzoek. Dit hoofdstuk beschrijft hoe het onderzoek is opgezet en uitgevoerd, waarbij achtereenvolgens de onderzoeksstrategie, de onderzoeksmethoden en de daarbij gebruikte technieken centraal staan. Tevens gaat dit hoofdstuk in op de betrouwbaarheid en validiteit van het onderzoek. Tot slot biedt dit hoofdstuk inzicht in hoe de data-analyse van dit onderzoek is verlopen; de operationalisering van de concepten uit het vorige hoofdstuk staat hierbij centraal.

### 3.1 Onderzoeksstrategie, -methoden en -technieken

Om erachter te komen wat de beweegredenen zijn van bestuurders om te gaan samenwerken in de vorm van een bestuurlijke fusie of coöperatie, is gebruik gemaakt van een kwalitatief onderzoek. De reden hiervoor is het feit dat dit onderzoek gericht is op het begrijpen en beschrijven van empirische werkelijkheid. Tevens wordt het onderzoeksonderwerp in haar natuurlijke omgeving onderzocht; 't Hart et al. (1998: 103) stellen dat kwalitatief onderzoek het meest gangbaar is bij het onderzoeken van onderzoeksonderwerpen in hun natuurlijke situatie.

Een veelgebruikte strategie voor het uitvoeren van een kwalitatief onderzoek is de casestudy (Verschuren, 2001: 121-122). Het betreft een strategie waarbij een of enkele cases van het onderzoeksonderwerp in de natuurlijke situatie wordt/worden onderzocht (Van Thiel, 2007: 102).

In dit onderzoek zal de casestudy gelden als voornaamste strategie, teneinde antwoord te kunnen geven op de hoofdvraag en bijbehorende deelvragen. De casestudy leent zich bij uitstek voor dit onderzoek, enerzijds omdat het onderzoeksonderwerp zeer actueel is en het in de dagelijkse realiteit afspeelt en anderzijds omdat het onderzoeksonderwerp voornamelijk via interviews onderzocht en geanalyseerd kan worden. Daarbij is het streven gericht op een zo groot mogelijk domein, waarbij het onderzoeken van de cases ten doel heeft uitspraken te kunnen doen over een grotere verzameling. Het onderzoeken van de verschillende cases wordt door Swanborn (2008: 33) aangeduid als "*pars-pro-toto*-onderzoek". Teneinde uitspraken te kunnen doen over een grotere verzameling, is op zoek gegaan naar meerdere homogene cases. Hierbij is de verwachting dat de bevindingen uit het onderzoek ook homogeen zijn en er dus sprake is van replicatielogica. Dit betekent dat als er in meerdere cases hetzelfde effect wordt gevonden, het effect ook in de niet-onderzochte cases zal gelden (Van Thiel, 2007: 102). Naast het uitvoeren van meerdere casestudies, dient de analyse van bestaand materiaal als tweede strategie voor het uitvoeren van dit onderzoek.

Een veelgebruikte methode voor het uitvoeren van een casestudy is het houden van interviews (Van Thiel, 2007: 06). In dit onderzoek is gebruik gemaakt van meerdere semigestructureerde interviews. Tijdens de interviews stonden de interviewvragen niet vast, de

gespreksonderwerpen daarentegen wel. Van Thiel (2007:107) duidt hierbij op het feit dat interviews met name dienen voor het verkrijgen van niet-feitelijke informatie. Het verkrijgen van feitelijke informatie in een interview slechts zal dienen ter controle van feiten en ter voorkoming van aantasting van de validiteit en betrouwbaarheid van het onderzoek (triangulatie). Hieruit voort vloeit de keuze voor de tweede te gebruiken onderzoeksstrategie, het gebruik van bestaand materiaal. De methode die gebruikt wordt ter ondersteuning van het gebruik van bestaand materiaal is de inhoudsanalyse. Het gebruik van secundair bestaand materiaal, zoals het raadplegen van verschillende wetenschappelijke onderzoeken, dient ter duiding van de context van dit onderzoek; de inleiding en theoretische verhandelingen in dit onderzoek zijn voor een groot deel gebaseerd op eerdere wetenschappelijke onderzoeken.

### **3.2 Onderzoekspopulatie**

In dit onderzoek zijn interviews afgenomen met bestuurders van verschillende samenwerkende ziekenhuizen, alsmede zijn er oriënterende gesprekken gevoerd met verschillende adviseurs van Twynstra Gudde. Voor de verzameling van data zijn er gesprekken gevoerd bij verschillende coöperatie- en bestuurlijke fusieziekenhuizen; alle gesprekken zijn gevoerd met leden van de Raad van Bestuur. Tezamen met adviseurs van Twynstra Gudde is er een selectie gemaakt van te benaderen ziekenhuizen en bestuurders. Daarbij is vooral gekeken naar (1) spreiding van casussen over heel Nederland, teneinde een goed beeld te krijgen van samenwerkingsrelaties in heel Nederland en (2) de persoon van de bestuurder: is hij of zij toegankelijk en is hij of zij bereid om openlijk te praten over zijn of haar beweegredenen ten aanzien van de samenwerking. In totaal hebben 13 bestuurders hun medewerking verleend aan het onderzoek, waarvan 12 een functie bekleden als voorzitter van de Raad van Bestuur van een ziekenhuis. Het betreffen allen mannelijke respondenten van middelbare leeftijd (40-60 jaar). In de bijlage is de lijst met respondenten opgenomen. Daarin is te zien dat er ook een gesprek heeft plaatsgevonden met (1) een ziekenhuis waarbij in een recent verleden de bestuurlijke fusie is afgeketst en (2) een ziekenhuis die samenwerkt binnen een netwerk. Beide gesprekken hebben tot doel gehad een inzicht te krijgen in de beweegredenen van bestuurders om op zoek te gaan naar vormen van samenwerking. Ook is er gevraagd naar de beweegredenen voor het al dan niet kiezen van een bestuurlijke fusie of coöperatie. Op een dergelijke manier hebben de twee interviews bijgedragen aan het verkrijgen van inzicht in de beweegredenen van bestuurders omtrent bestuurlijke samenwerking. De twee gesprekken zijn niet meegenomen in de analyse van data. Om de verschillende casussen zo veel mogelijk met elkaar te kunnen vergelijken, is in ieder interview vastgehouden aan een lijst met gespreksonderwerpen (zie bijlage); door in ieder interview te vragen naar dezelfde onderwerpen, zullen de interviews goed met elkaar te vergelijken zijn. Naast de gesprekken met bestuurders van ziekenhuizen, zijn er ook enkele gesprekken gevoerd met adviseurs van Twynstra Gudde. Deze gesprekken zijn gebruikt voor het verzamelen van informatie omtrent samenwerking in de zorg alsmede voor het voorbereiden van de interviews. Zogezegd kunnen de gesprekken geduid worden als 'oriënterende gesprekken'. In de bijlage is een lijst met respondenten opgenomen.



### 3.3 Betrouwbaarheid en validiteit

#### **Betrouwbaarheid**

In wetenschappelijk onderzoek wordt betrouwbaarheid bepaald door de nauwkeurigheid en consistentie waarmee variabelen gemeten worden (Van Thiel, 2007:55). Nauwkeurigheid heeft vooral betrekking op de meetinstrumenten die in het onderzoek worden gebruikt. Consistentie heeft vooral betrekking op herhaalbaarheid; leidt de meting onder dezelfde omstandigheden ook tot dezelfde bevinding. Omdat in dit onderzoek mensen centraal staan, is dit element van betrouwbaarheid moeilijk te waarborgen. Mensen kunnen bijv. leren van bepaalde situaties en daarom zal herhaling van onderzoek bij dezelfde persoon dikwijls niet meteen tot dezelfde uitkomsten leiden. Door in dit onderzoek gebruik te maken van pars-pro-toto-onderzoek, zal de herhaalbaarheid van dit onderzoek groter worden, wat op haar beurt de betrouwbaarheid van dit onderzoek verhoogd. Teneinde de betrouwbaarheid van dit onderzoek te verhogen, worden de verschillende stappen en keuzes besproken in een maandelijks bijeenkomst met medestudenten.

#### **Validiteit**

In wetenschappelijk onderzoek wordt validiteit opgesplitst in interne en externe validiteit. Interne validiteit heeft betrekking op de geldigheid van het onderzoek; heeft de onderzoeker gemeten wat hij wilde meten (Van Thiel, 2007:56). Externe validiteit heeft betrekking op de generaliseerbaarheid van het onderzoek; gelden de gevonden resultaten ook in andere situaties. Doordat dit onderzoek een zogenoemd pars-pro-toto-onderzoek is, wordt de externe validiteit verhoogd. Echter, doordat in dit onderzoek bestuurders centraal staan, zal het moeilijk zijn een hoge externe validiteit te realiseren. Immers, ieder verhaal is gebonden aan context en situatie, zo ook in dit onderzoek wanneer bestuurders over hun beweegredenen praten voor een bepaalde samenwerkingsvorm. De interne validiteit van dit onderzoek wordt in grote mate bepaald door de kwaliteit van de interviews. De onderzoeker heeft de taak om gerichte vragen te stellen, teneinde antwoord te kunnen geven op de onderzoeksvragen en is daarmee verantwoordelijk voor het borgen van de interne validiteit van het onderzoek. Doordat in de interviews slechts enkele gespreksonderwerpen vaststaan, zijn de interviews makkelijk te sturen door de interviewer en wordt de mate van interne validiteit verhoogd en geborgd.

Dit onderzoek tracht op meerdere manieren de betrouwbaarheid en validiteit te verhogen. Door gebruik te maken driehoeksmeting (triangulatie), zal aantasting van de betrouwbaarheid en validiteit van het onderzoek tegen gegaan (Van Thiel, 2007:59). Het gebruik van meerdere onderzoeksmethoden zal daarbij helpen; naast het afnemen van verschillende interviews en het voeren van verschillende gesprekken, wordt ook bestaand (secundair) materiaal onderzocht en geanalyseerd.

#### **3.3.1 Storingsbronnen voor validiteit en betrouwbaarheid**

In wetenschappelijk onderzoek is het van belang dat betrouwbaarheid en validiteit geborgd worden. Echter, een onderzoeker moet zich bewust zijn van het feit dat er enkele storingsbronnen voor de betrouwbaarheid en validiteit van het onderzoek gedefinieerd kunnen worden. Van Thiel (2007) onderscheidt 3 verschillende storingsbronnen:

- de onderzoeksmethode of het meetinstrument, zowel tijdens de verzameling als bij het analyseren van informatie;
- de onderzoeker zelf;
- de onderzoekseenheden

In het eerste geval zou het kunnen zijn dat het meetinstrument, of de manier van meten, gedurende het onderzoek wordt aangepast. Hierdoor kunnen de resultaten moeilijker te vergelijken zijn, tevens zal het onderzoek minder goed te herhalen zijn. Het is daarom van belang dat de verzameling van gegevens, en de analyse daarvan, volgens een gestructureerd schema verloopt, voor zover dat mogelijk is. Zo helpen vooraf bepaalde gespreksthema's om de interviews te structureren en om de verzameling van data te generaliseren. Tevens draagt het theoretisch kader met bijbehorend codeerschema bij aan een gestructureerd analyseproces. In het tweede geval zou het kunnen zijn dat de 'eigen verwachtingen' van de onderzoeker het verzamel- en analyseproces van data beïnvloedt. Hoewel dit niet per definitie slecht hoeft te zijn voor het onderzoek, is het belangrijk dat er notie gemaakt wordt van het feit dat de eigen verwachtingen van de onderzoeker mogelijk de onderzoeksresultaten kunnen beïnvloeden. Door de vorderingen van het onderzoek regelmatig te bespreken met mede studenten, wordt getracht de subjectiviteit van het onderzoek af te vlakken.

Een derde mogelijke storingsbron voor de validiteit en betrouwbaarheid van dit onderzoek ligt gelegen in het karakter van dit onderzoek. Omdat in dit onderzoek mensen een belangrijke bron van informatie zijn, is het mogelijk dat de respondenten van dit onderzoek sociaal wenselijke antwoorden geven op gestelde vragen. Ook kan het zijn dat de respondenten andere belangen hebben, waardoor de verschaft informatie onbetrouwbaar wordt. Door de vragen te linken aan het theoretisch kader en gebruik te maken van een pars-pro-toto onderzoek, wordt getracht de betrouwbaarheid en validiteit van het onderzoek te borgen.

### 3.4 Data analyse

Om de verschillende databronnen ook daadwerkelijk te kunnen analyseren, is aan de bestuurders toestemming gevraagd om de interviews via een recorder op te nemen. Door transcripten te maken van de opnames, kunnen de gesprekken geordend en geanalyseerd worden.

De eerste stap in het analyseproces is het ordenen van de verzamelde data. Nadat de interviews zijn afgenomen en de opnames zijn omgezet in een transcript, zijn de data geordend: in totaal zijn er 6 casussen, waarvan 3 een 'bestuurlijke fusie' en 3 een 'coöperatie' betreffen. Na de ordening van de verschillende casussen, zijn de verschillende data gecodeerd, geïnterpreteerd en gelabeld zodat ze met elkaar kunnen worden vergeleken (Van Thiel, 2007: 154). In deze eerste stap van het analyseproces is met name gekeken naar drie categorieën van data: beweegredenen die refereren aan de omgeving van ziekenhuizen, beweegredenen die refereren aan de organisatie van ziekenhuizen, beweegredenen die refereren aan de persoon van de bestuurder. Op een dergelijke manier zijn de eerste codes ontwikkeld: macro niveau, meso niveau en micro niveau. De tweede stap in het analyseproces betreft het verder opsplitsen van de fragmenten in specifiekere codes. In deze stap vond het coderen van fragmenten plaats op basis van de theoretische concepten uit het theoretisch

kader. In hoofdstuk 2 is te lezen dat de theoretische concepten gezien kunnen worden als mogelijke beweegredenen voor vormen van bestuurlijke samenwerking, vandaar dat die theoretische concepten ‘mogelijke beweegredenen’ worden genoemd. Om die mogelijke beweegredenen ook daadwerkelijk te kunnen waarnemen in de verschillende tekstfragmenten, zijn ze op een zo nauwkeurig mogelijke manier geoperationaliseerd in waarneembare argumenten voor vormen van bestuurlijke samenwerking. Hierbij is gekeken naar indicatoren voor de mogelijke beweegredenen: wat zijn indicatoren voor beweegredenen van bestuurders voor (vormen van) bestuurlijke samenwerking. In de figuren 8, 9 en 10 is per niveau weergegeven hoe de verschillende mogelijke beweegredenen waar te nemen zijn in de empirie. Iedere beweegreden heeft een bepaalde uitingsvorm in de empirie: in gesprekken komen de beweegredenen op een bepaalde manier terug wanneer bestuurders de (vorm van) bestuurlijke samenwerking toelichten. Om de beweegredenen ook daadwerkelijk in die toelichting te kunnen waarnemen zijn er indicatoren opgesteld. De indicatoren geven aan wanneer er sprake is van bepaalde beweegredenen.

De derde stap in het analyseproces stond in het teken van het herkennen en ordenen van beweegredenen van bestuurders om op zoek te gaan naar (vormen van) bestuurlijke samenwerking. Aan de hand van de figuren 8, 9 en 10 zijn de beweegredenen van bestuurders verzameld en geordend en is er getracht om te analyseren welke combinatie van beweegredenen bestuurders gebruiken bij de toelichting op de (vorm van) bestuurlijke samenwerking.

**Figuur 8: Operationalisering beweegredenen macro niveau**

Niveau	Mogelijke beweegredenen	Uitingsvorm	Indicatoren voor beweegredenen van bestuurders voor (vormen van) bestuurlijke samenwerking
Macro: Omgeving van ziekenhuizen	Veranderende omgeving	Ziekenhuizen gaan op zoek naar (vormen van) bestuurlijke samenwerking en passen daarmee hun structuur aan, teneinde een 'fit' te creëren met hun omgeving	Veranderingen in de omgeving van ziekenhuizen, bijv. 'spreiding en concentratie' thematiek, selectief inkoopgedrag zorgverzekeraar, concurrentie op de markt:  <i>Spreiding en concentratie: kwaliteit van zorg verbeteren, schaalvergroting in de zorg, voldoen aan volume normen (aantallen halen)</i> <i>Zorgverzekeraar: selectief zorg inkopen, voldoen aan volume normen (aantallen halen)</i> <i>Concurrentie: steeds meer samenwerkende ziekenhuizen, mededingingsrechterlijke autoriteiten en procedures, marktdruk, marktgeweld</i> <i>Complexiteit komt op ziekenhuizen af, complexe veranderingen open tot samenwerking</i> <i>Mededingingsrechterlijke autoriteiten hebben invloed op de vorm van bestuurlijke samenwerking: is een bestuurlijke fusie of coöperatie toegestaan?</i>
	Marktpositie	Offensieve strategie: offensief gedrag van ziekenhuizen	Competitieve voordelen behalen op concurrenten:  <i>Marktpositie verbeteren, terrein winnen, marktmacht hebben en nastreven</i> <i>Bundelen van krachten, tegenwicht bieden aan partijen</i> <i>Met een bestuurlijke fusie of coöperatie meer tegenwicht kunnen bieden</i>
		Defensieve strategie: defensief gedrag van ziekenhuizen	Bepaalde onderdelen van de organisatie beschermen tegen turbulente omgeving en daarmee positie in de markt veilig stellen/verdedigen:  <i>Voldoen aan volume normen (aantallen halen), teneinde nog gecontracteerd te worden door zorgverzekeraar; makkelijker in een bestuurlijke fusie of een coöperatie</i> <i>Bestaansrecht hebben in de regio, belangrijke speler in de regio blijven, makkelijker te realiseren in een bestuurlijke fusie of coöperatie.</i> <i>Onderdelen van de organisatie in de lucht houden, schaalvergroting nastreven</i>
	Bronnen	Uitwisseling van bronnen tussen ziekenhuizen via (vormen van) bestuurlijke samenwerking, zoals kennis, informatie, ervaring en professionals	Ziekenhuizen streven ernaar unieke bronnen te bezitten:  <i>Professionals aan het ziekenhuis binden, aantrekkelijk werkgever zijn, professionals boeien, bestuurlijke fusie of coöperatie is aantrekkelijker voor professionals</i> <i>Bepaalde specialistische kennis, informatie en ervaring binnen het ziekenhuis halen die ervoor niet was</i> <i>Portfolio uitbreiden, 'bijzondere dingen' kunnen aanbieden aan professionals (complexe zorg kunnen aanbieden), in een bestuurlijke fusie of coöperatie makkelijker</i>
	Wederzijdse afhankelijkheden	Organisaties opereren in een netwerk, waarbinnen actoren afhankelijk zijn van elkaar: ziekenhuizen komen impliciet of expliciet tegemoet aan een 'moreel appel'	Ziekenhuizen zitten in netwerken, 'stand-alone' ziekenhuizen verdwijnen:  <i>Tegemoet komen aan moreel appel, ten uitvoer brengen maatschappelijke opdracht, zorg zo dicht als mogelijk bij de patiënt organiseren in netwerkachtige stelsels</i> <i>Ziekenhuizen gaan mee in de beweging naar meer netwerkachtige stelsels</i> <i>Partners vinden om tezamen maatschappelijke opdracht uit te voeren, in een bestuurlijke fusie of coöperatie sneller je partners aan je binden om maatschappelijke opdracht uit te voeren</i>

**Figuur 9: Operationalisering bewegredenen meso niveau**

Niveau	Mogelijke bewegredenen	Uitingsvorm	Indicatoren voor bewegredenen van bestuurders voor (vormen van) bestuurlijke samenwerking
Meso: Organisatie van ziekenhuizen	Strategie: competitieve voordelen behalen	Cost Leadership-strategie	Ziekenhuizen trachten kostenvoordelen te behalen:  <i>Nastreven van 'economy of scale', ingrepen op grotere schaal uitvoeren, met een bestuurlijke fusie of coöperatie is dat makkelijker na te streven</i> <i>Efficiëntere en effectievere uitvoering van ingrepen</i> <i>Kosten per ingreep zo laag mogelijk houden door schaalvergroting, via coöperatie of bestuurlijke fusie</i>
		Differentiatiestrategie	Ziekenhuizen streven het hebben van een gedifferentieerd portfolio na:  <i>Gedifferentieerd, breed functiepakket kunnen aanbieden, specialistische en complexe ingrepen kunnen uitvoeren, uitgebreid portfolio bezitten zodat deze niet onder druk komt te staan → met als doel competitief voordeel te behalen</i> <i>Zorg aanbieden tegen een zo hoog mogelijke kwaliteit, laag-volume, hoog-complexe zorg kunnen aanbieden tegen de beste kwaliteit → met als doel competitief voordeel te behalen</i> <i>Competitief voordeel is makkelijker te behalen via een bestuurlijke fusie of een coöperatie</i>
		Focusstrategie	Ziekenhuizen willen specialistische zorg kunnen aanbieden:  <i>Focus op 'laag volume, hoog complexe' zorg, specialistische zorg kunnen aanbieden tegen hoge kwaliteit en lage kosten → met als doel competitief voordeel te behalen</i> <i>Op (specialistische) onderdelen samenwerken: de juiste partners vinden om specialistische zorg te kunnen aanbieden → met als doel competitief voordeel te behalen</i>
	Strategie: organisatiestructuur	De organisatiestrategie bepaalt de organisatiestructuur	Samenwerking en de vorm daarvan komen tot stand op basis van de organisatiestrategie:  <i>Strategie van het ziekenhuis, lange termijn plannen, visie, beleid. Vragen als:</i> <i>Continuïteit van het bedrijf waarborgen: "met welke strategie loodsen we het ziekenhuis door de 'storm' heen loodsen?"</i> <i>"Kiezen voor een bepaalde organisatiestructuur is invulling geven aan je organisatiestrategie, welke structuur past het best bij onze strategie?"</i> <i>"Met welke organisatievorm/structuur waarborgen we de continuïteit van het ziekenhuis het best?"</i> <i>Bestuurbaarheid organisatie, beslissingsmacht, besluitvorming, makkelijker te beleggen in een bestuurlijke fusie of coöperatie</i>

**Figuur 10: Operationalisering micro niveau**

Niveau	Mogelijke beweegredenen	Uitingsvorm	Indicatoren voor beweegredenen van bestuurders voor (vormen van) bestuurlijke samenwerking
Micro: Persoon van de bestuurder	Prestatiemotivatie	Persoonlijk en/of organisatorisch succes nastreven	<p>De totstandkoming van samenwerking wordt door bestuurder gezien als een persoonlijk en/of organisatorisch succes:</p> <p><i>Bekroning op het werk, persoonlijk succes, organisatorisch succes</i>  <i>Een sterke organisatie achterlaten bij eventueel vertrek, organisatie sterker maken, organisatie door de 'storm loodsen', betere zorg bieden</i>  <i>Complex en ingewikkelde proces van samenwerking motiveert, bestuurlijke fusie of coöperatie is complexer en dus uitdagender</i>  <i>Als bestuurder perspectief bieden aan je werknemers, professionals uiteenlopende en complexe taken kunnen bieden, werknemers laten groeien, kansen bieden aan werknemers</i></p>
	Machtsmotivatie	Het hebben van macht om zaken voor elkaar te krijgen	<p>De mogelijkheid hebben om leiding te geven aan een grotere organisatie, waardoor machtspositie groter wordt:</p> <p><i>Bouwen aan een succesvolle organisatie, machtspositie gebruiken om zowel de medewerkers als de organisatie beter en succesvoller te maken</i>  <i>Mensen mee krijgen in de organisatie, trekkersrol hebben/nastreven</i>  <i>'De baas willen zijn', politieke spelletjes spelen, machtspositie vergroten, in een bestuurlijke fusie of coöperatie meer macht hebben</i></p>
	Inter-persoonlijk vertrouwen	'Trusting believes', 'trusting intentions' en 'trusting behaviour'	<p>Samenwerking intensiveert de relatie en geeft gestalte aan een onderlinge vertrouwensband:</p> <p><i>Samenwerking is gebaseerd op vertrouwen, positieve/negatieve ervaringen, eerdere samenwerking</i>  <i>Samenwerking intensiveert de relatie en geeft gestalte aan een onderlinge vertrouwensband, synergie</i>  <i>Afhankelijkheid, 'het met elkaar kunnen vinden', elkaar wat gunnen, in een bestuurlijke fusie of coöperatie ben je afhankelijker van elkaar en speelt vertrouwen dus een grote(re) rol</i></p>
	Politieke grens	Belangenbehartiging en het behalen van doelen: 'what's in it for us?'	<p>Samenwerking helpt bestuurders om hun belangen te behartigen en hun doelen te behalen:</p> <p><i>Nieuwe posities, nieuwe settings, 'wie doet wat', nieuwe taken en verantwoordelijkheden</i>  <i>Interne spanning, machtsstrijd, belangen, doelen, 'gedoe'</i>  <i>Binnen een bestuurlijke fusie of coöperatie is meer 'gedoe'</i></p>
	Identiteitsgrens	Behoud van identiteit, zowel intern als extern	<p>Door samenwerking verliest, behoudt en/of versterkt het ziekenhuis haar identiteit</p> <p><i>Bestuurlijke authenticiteit, politisering verschillende culturen, behoud eigen identiteit, cultuurverschillen aflakken</i>  <i>Naamsbehoud, opoffering, visitekaartje, interne spanningen, identiteit is moeilijker te behouden in een bestuurlijke fusie of een coöperatie</i></p>

## Hoofdstuk 4 Context van onderzoek: de Nederlandse zorgsector

Zoals in hoofdstuk 1 is te lezen, is de Nederlandse zorgsector in beweging. Door verschillende ontwikkelingen in de samenleving is de sector onhoudbaar en zal een transitie van de sector noodzakelijk zijn. Maar hoe ziet die sector er nu uit en welke plaats nemen ziekenhuizen in binnen die sector? In dit hoofdstuk wordt ingegaan op de indeling van de Nederlandse zorgsector. Ook gaat dit hoofdstuk in op de verschillende ontwikkelingen in de directe en ruimere omgeving van ziekenhuizen.

### 4.1 De Nederlandse zorgsector

De ‘zorgsector’ is het geheel van zorgverleners, instellingen, middelen en activiteiten, welke zich richten op het in stand houden en verbeteren van de gezondheidstoestand en/of de zelfredzaamheid van de Nederlandse burger en op het reduceren, opheffen, compenseren en voorkomen van tekorten daarin (Nationaal Kompas Volksgezondheid, 2013). Het Nationaal Zorgkompas Volksgezondheid focust zich bij deze definitie vooral op het primaire proces van zorgverlening en niet zo zeer op het gehele zorgstelsel. Met het primaire proces wordt het proces bedoeld waarmee de primaire doelstelling van de instelling, namelijk het verlenen van zorg, wordt gerealiseerd (Bureau HHM, 2011: 6). De reden dat het Nationaal Zorgkompas Volksgezondheid zich met name op het primaire proces focust, is omdat het zorgstelsel op zichzelf breder is dan alleen de gezondheidszorg. De zorgsector bevat namelijk naast zorgverlening ook activiteiten van partijen die meer op afstand staan van het primaire proces. Die partijen hebben een belangrijke rol bij het scheppen van randvoorwaarden voor het leveren van toegankelijke, betaalbare en kwalitatieve zorg. Je kunt hierbij o.a. denken aan de zorgverzekeraars en de Inspectie voor de Gezondheidszorg. Binnen de zorgverlenende kant van de zorgsector zijn ‘care’ en ‘cure’ belangrijke begrippen. Het begrippenpaar wordt vaak gebruikt ter duiding en onderscheiding van de verschillende sectoren in de Nederlandse gezondheidszorg (RVZ, 2011). Binnen ‘care’ vallen de instellingen en activiteiten die tot doel hebben om de nadelen van ziekten, stoornissen en beperkingen zo veel mogelijk te verminderen en te voorkomen. Het betreffen dikwijls activiteiten in het domein van de langdurige zorg (verpleeghuis, verzorgingshuis, thuiszorg, geestelijke gezondheidszorg en de gehandicaptenzorg). Wanneer men het heeft over de ‘cure’, heeft men het dikwijls over ziekenhuizen, de huisarts en de revalidatie (RVZ, 2011); de instellingen en activiteiten binnen de ‘cure’ richten zich vooral op genezing en herstel. Dit onderzoek richt zich op de ziekenhuiszorg, onderdeel van de ‘cure’.

In Nederland worden binnen de ziekenhuiszorg verschillende typen instellingen onderscheiden, te noemen reguliere ziekenhuizen, zelfstandige behandelcentra en privéklinieken. Dit onderzoek richt zich op de groep “reguliere ziekenhuizen”, de grootste groep. Het betreffen algemene, categorale, topklinische en academische ziekenhuizen (RVZ, 2011). De algemene ziekenhuizen worden gekenmerkt door het brede palet aan geboden basiszorg. Het betreffen ziekenhuizen waarin voorzieningen voor onderzoek, behandeling en verpleging van patiënten aanwezig zijn (Nationaal Kompas Volksgezondheid, 2013). Tevens worden in algemene ziekenhuizen artsen (in opleiding) en verpleegkundigen opgeleid. Een aantal algemene ziekenhuizen levert tevens topklinische zorg, de zogenoemde topklinische ziekenhuizen. In dergelijke ziekenhuizen zijn gespecialiseerde voorzieningen aanwezig, ter

ondersteuning van ‘hoog complexe, laag volume’ zorg. Categorale ziekenhuizen zijn algemene ziekenhuizen, met de focus op een bepaalde categorie patiënten. Het betreffen ziekenhuizen die zich richten op een beperkt aantal aandoeningen, een voorbeeld van een dergelijk ziekenhuis is het Oogziekenhuis in Rotterdam. Academische ziekenhuizen zijn verbonden aan een universiteit; onderzoek en opleiding worden onder de verantwoordelijkheid van de universiteit uitgevoerd. Tevens bieden academische ziekenhuizen ‘hoog complexe, laag volume’ zorg.

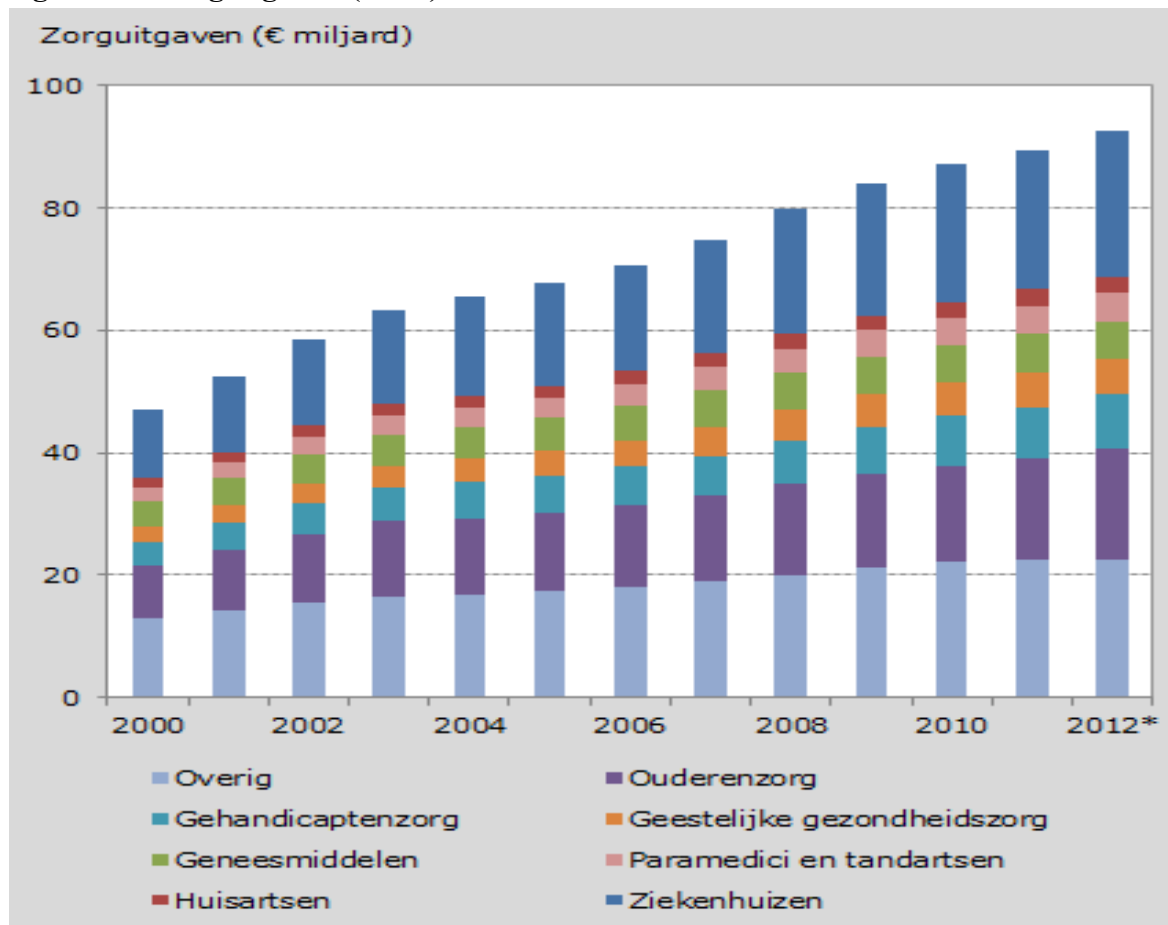
## 4.2 Stijgende zorgkosten in de zorgsector

In 2006 is de zorgsector flink veranderd: met de invoering van de zorgverzekeringswet in 2006 laat de overheid steeds meer marktmechanismen in de zorg toe teneinde de gezondheidszorg doelmatiger en efficiënter te maken. Middels het introduceren van marktwerking in de zorg, tracht de overheid weerstand te bieden tegen de grote veranderingen waaraan de huidige zorgsector onderhevig is (Varkevisser & Schut, 2012; Bal, 2008; Heemskerk et al., 2010). Met name demografische, sociaal economische en technologische ontwikkelingen in de Nederlandse samenleving zorgen ervoor dat de huidige sector onhoudbaar is en dat een transitie van de sector noodzakelijk is. De verschillende factoren leiden in de komende jaren tot een verwachte stijging van de zorgkosten, welke een groeipercentage heeft die ver boven het nationaal inkomen ligt. In haar rapport *Gezondheid in Cijfers* (2012) stelt het CBS dat wanneer er niet fors wordt ingegrepen, de zorgkosten zullen stijgen van circa 12% naar 31% in 2040 (CBS, 2012). Daarbij bestaat de kans dat wanneer er niet genoeg wordt ingegrepen, een kwart van het BBP op zal gaan aan uitgaven in de gezondheidszorg, tevens zal grofweg een kwart van de werkzame beroepsbevolking moeten worden ingezet om aan de zorgvraag te kunnen voldoen (McKinsey & Company, 2013: 6). In figuur 11 is weergegeven hoe de kostenstijging in de verschillende sectoren binnen de zorg zich de afgelopen jaren heeft ontwikkeld. In de grafiek is tevens te zien dat ruim een kwart van de uitgaven in de zorgsector, bestemd zijn voor de ziekenhuiszorg.

Opvallend is het dan ook niet dat er in Nederland al verschillende initiatieven zijn opgeworpen, om de stijgende kosten in de gezondheidszorg te drukken. Door verschillende partijen in het zorgveld worden initiatieven genomen om de kostenproblematiek op de kaart te zetten en inzichtelijk te maken. Zo heeft de Orde van Medisch Specialisten de rol van de medisch specialisten in de komende jaren beschreven in het rapport “De Medisch Specialist 2015” (Orde van Medisch Specialisten, 2012) en hebben verschillende zorgaanbieders uit de cure en care, verzekeraars en patiëntenorganisaties gezamenlijk een rapport uitgebracht, “De Agenda voor de Zorg” waarin wordt getracht te komen tot een verantwoorde verhouding tussen kwaliteit van de zorg en de kosten die daarmee gepaard gaan. Daarnaast is het “Taskforce Beheersing Zorguitgaven” in het leven geroepen, die als doel heeft een realistische strategie te ontwikkelen en concrete voorstellen te doen om de collectieve zorguitgaven op de middellange termijn beter te beheersen en op een houdbaar groeipad te krijgen (Taskforce Beheersing Zorguitgaven, 2012).



**Figuur 11: Zorguitgaven (xmln)**



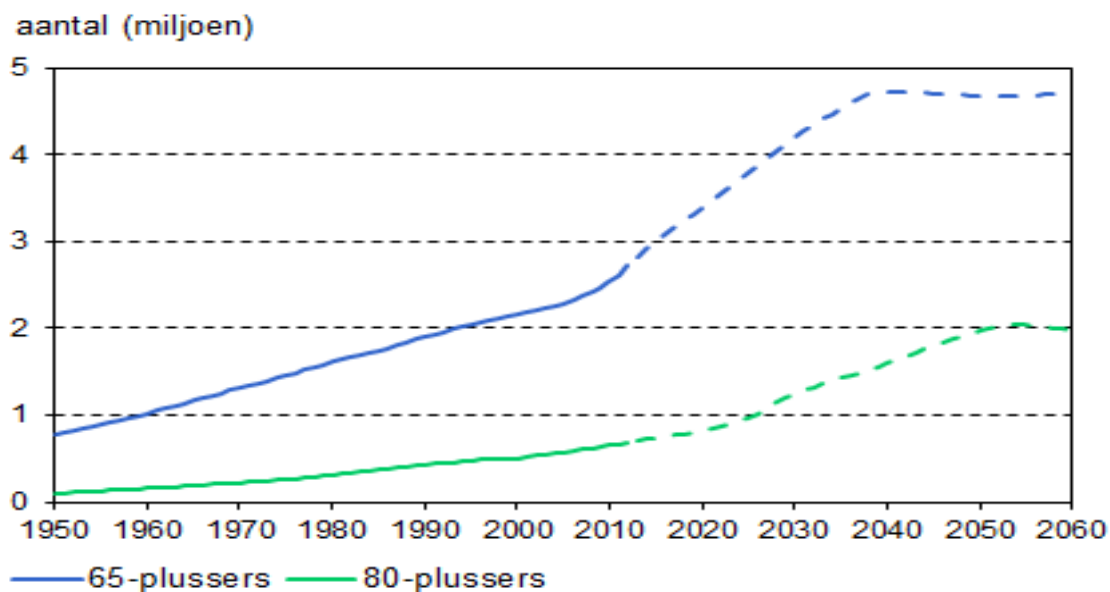
Bron: RIVM, 2012

De almaar stijgende kosten in de zorgkosten zijn met name te wijten aan drie belangrijke ontwikkelingen in de samenleving: demografische, sociaal economische en technologische ontwikkelingen.

### **Demografische ontwikkelingen**

Een duidelijk waar te nemen trend in de Nederlandse samenleving is die van ‘vergrijzing’ en ‘ontgroening’: een grotere groep Nederlanders wordt steeds ouder, daar waar het geboortecijfer juist daalt. In Nederland zullen het aantal ouderen vanaf 2013 versneld gaan toenemen; het aantal 65-plussers zal tussen 2012 en 2041 stijgen met ruim 2 miljoen (Nationaal Kompas Volksgezondheid, 2013); in figuur 12 is deze beweging grafisch weergegeven. Naast het feit dat het aantal ouderen toeneemt, hebben die ouderen ook een langere levensverwachting. Doordat in een mensenleven dikwijls in de laatste levensjaren de meeste zorgkosten worden gemaakt, zijn de kosten rondom de zorg in een vergrijzende samenleving, zoals in Nederland, daarom automatisch hoger (Ministerie van VWS, 2012).

**Figuur 12: Aantal 65- en 80-plussers**

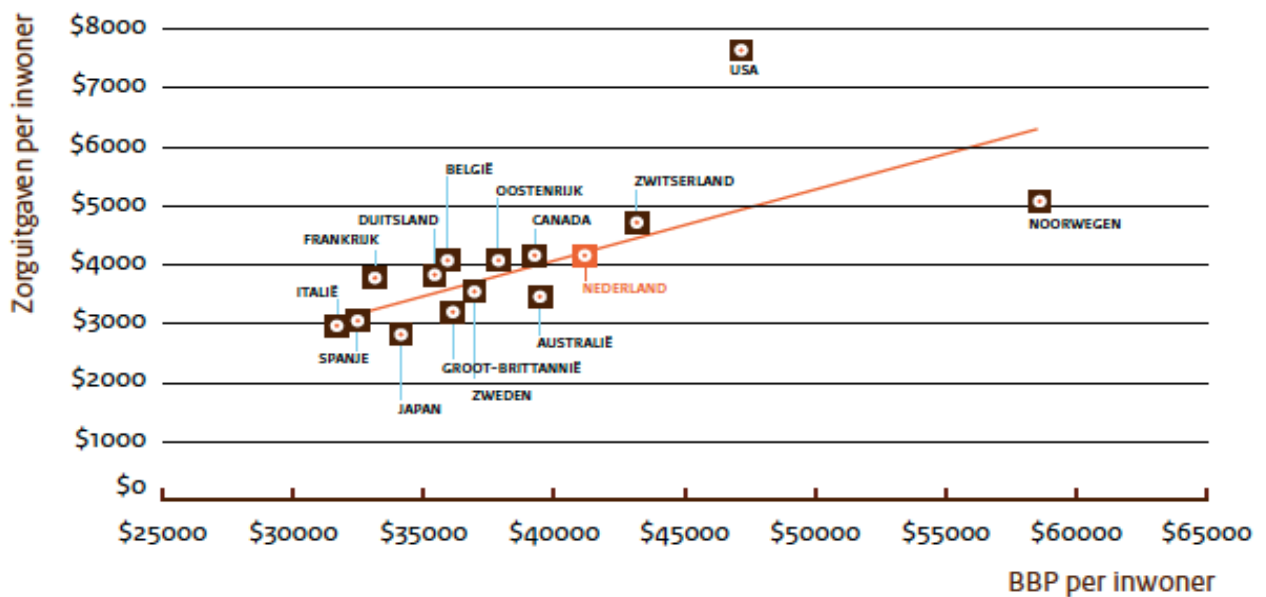


*Bron: CBS Bevolkingsstatistiek, CBS Bevolkingsprognose*

### **Sociaaleconomische ontwikkelingen**

Deze ontwikkelingen hebben met name te maken met de toenemende individualiteit in de samenleving, alsmede met het groeiende welvaartsniveau. Beiden zorgen ervoor dat de patiënt mondiger en bewuster wordt met betrekking tot zorgaanvraag; patiënten kiezen voor de beste zorg en zullen actiever meedenken over een bepaalde behandeling. Doordat de patiënt beter geïnformeerd is en kritischer wordt met betrekking tot geboden zorg, is men van mening dat alle mogelijke zorg beschikbaar dient te zijn. Hier komt bij dat we in Nederland te maken hebben met het verschijnsel “meer verdienen = meer zorg”. Als men meer verdient, kan en wil men ook meer geld uitgeven aan zorg. In het rapport “De zorg: hoeveel extra is het ons waard?” wordt duidelijk dat rijkere landen meer geld uitgeven aan zorg. In figuur 13 is het verschijnsel “meer verdienen = meer zorg” grafisch weergegeven.

**Figuur 13: Rijkere landen geven meer uit aan zorg**



Bron: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2012)

Al met al moet het zorgaanbod aan een grote en diverse vraag voldoen van een collectief van individuen, wat zal leiden tot een groei van de zorgkosten (McKinsey & Company, 2013: 7).

### Technologische ontwikkelingen

Door vele nieuwe technologische innovaties zijn nieuwe behandelmethoden mogelijk en dragen deze nieuwe behandelmethoden bij aan een betere zorgverlening. Echter, voor meer kwaliteit moeten we dikwijls ook meer betalen (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2012).

Tevens is het door nieuwe technologische innovaties mogelijk om meer mensen te behandelen en te verzorgen. Zo zijn er behandelmethoden beschikbaar voor klachten die voorheen niet behandelbaar waren; we kunnen meer mensen helpen, verzorgen en genezen. Daar komt bij dat door technologische innovaties bepaalde behandelingen minder ingrijpend worden, waardoor mensen eerder in aanraking komen met een dergelijke behandeling. Dit alles leidt ertoe dat er meer geld wordt uitgegeven in de zorg, als gevolg van een groter zorgaanbod (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2012).

### 4.3 Impact ontwikkelingen op de ziekenhuiszorg

De voorgaande paragrafen beschrijven drie belangrijke ontwikkelingen in de samenleving, die van grote invloed zijn op de toenemende zorgkosten. Die verschillende ontwikkelingen en de daaraan gekoppelde stijging van zorgkosten hebben een grote impact op de ziekenhuiszorg. Verschillende initiatieven en ontwikkelingen vanuit/in de directe en ruime omgeving van ziekenhuizen zorgen voor dynamiek in het speelveld van ziekenhuizen: ook de ziekenhuissector is aan verandering onderhevig. Navolgend wordt ingegaan op enkele van die initiatieven en ontwikkelingen vanuit/in zowel de directe als ook ruime omgeving van ziekenhuizen. Dergelijke initiatieven en ontwikkelingen zijn voor dit onderzoek van belang,

omdat het voor ziekenhuisbestuurders redenen kunnen zijn om te gaan samenwerken in een specifieke vorm (zie hoofdstuk 2 en 3).

#### **4.3.1 Spreiding en concentratie van ziekenhuisfuncties**

In 2011 hebben VWS, verzekeraars en zorgaanbieders het Bestuurlijk hoofdlijnenakkoord 2012-2015 ondertekend en daarbij de intentie uitgesproken om met name de kostenstijging in de ziekenhuiszorg te beheersen (Tweede Kamer, 2011a: 1-9). In het akkoord staat tevens opgenomen welke inspanningen en verplichtingen zorgaanbieders en zorgverzekeraars aan dienen te gaan om in de periode 2012-2015 de uitgavenontwikkeling vanaf 2012 te beheersen en tevens om te buigen naar een substantieel lager percentage. Een van die inspanningen is het realiseren van spreiding en concentratie van ziekenhuisfuncties, waarover in het akkoord het volgende wordt gezegd:

***“Zorgaanbieders en zorgverzekeraars zullen spreiding en specialisatie van ziekenhuisfuncties bewerkstelligen daar waar dit vanuit kwaliteit, doelmatigheid en innovatie wenselijk is.”***

***“De herinrichting van het zorglandschap is noodzakelijk om de trendbreuk te realiseren. Hierbij gaat het om het zonodig afbouwen van capaciteit en het specialiseren en spreiden van zorg.”***

De twee begrippen ‘spreiding’ en ‘concentratie’ (in het akkoord aangeduid als ‘specialisatie’) zijn onlosmakelijk verbonden met “volume” en “kwaliteit” en wordt gezien als een van de oplossingen om de kosten in de (ziekenhuis)zorg te beheersen en zonodig te verlagen.

#### **Concentratie van ziekenhuisfuncties**

Concreet houdt dit in dat met name de complexe zorg (laagvolume zorg zoals hartoperaties, vaatoperaties, etc.) zal worden geconcentreerd in gespecialiseerde ziekenhuizen. De overtuiging hierbij is dat naarmate het aantal behandelingen hoger is in ziekenhuizen de kwaliteit van zorg omhoog gaat (NVZ, 2010). Tevens zullen gespecialiseerde ziekenhuizen een betere kwaliteit kunnen leveren en garanderen dan niet-gespecialiseerde ziekenhuizen. Naast het leveren en garanderen van kwalitatieve zorg, zorgt concentratie van ziekenhuisfuncties ook voor lagere kosten. Enerzijds heeft dat te maken met het feit dat door het bundelen van specialistische zorg schaalvoordeel behaald worden, hetgeen de doelmatigheid en kosteneffectiviteit ten goede komt (Poel, 2011: 11). Anderzijds heeft dat te maken met het feit dat door een hogere zorgkwaliteit het aantal heropnames, of het aantal fouten bij de behandeling afneemt en dus ook de kosten van de zorgverlening afnemen. Door die concentratie van complexe zorg, hebben wetenschappelijke verenigingen minimumaantallen voor laag volume, hoog complexe zorg gedefinieerd. In de contractonderhandelingen tussen ziekenhuizen en zorgverzekeraars zullen zorgverzekeraars die minimumaantallen meenemen als eis; wanneer ziekenhuizen niet het aantal behandelingen haalt, zoals gedefinieerd door de wetenschappelijke verenigingen, zullen ze niet gecontracteerd worden door zorgverzekeraars. Ziekenhuizen zullen er daarom alles aan doen om hun ‘aantallen’ te halen, teneinde nog gecontracteerd te kunnen worden door de zorgverzekeraar.

## **Spreiding van ziekenhuisfuncties**

Dit thema heeft minder te maken met de samenhang tussen de begrippen ‘volume’ en ‘kwaliteit’, dan het thema ‘concentratie’. Spreiding van ziekenhuisfuncties heeft vooral te maken met de portfoliokeuze van ziekenhuizen, om in de regio te kunnen komen tot een integraal zorgaanbod. Het gaat dan ook met name om de hoog volume, laag complexe zorg. Zoals in hoofdstuk 2 is te lezen kan samenwerking tussen ziekenhuizen een middel zijn om een zo breed mogelijk pakket van zorg tegen een zo hoog mogelijke kwaliteit en tegen een zo laag mogelijke prijs aan te bieden.

### **4.3.2 Selectief inkoopgedrag zorgverzekeraar**

Met selectieve inkoop van zorg wordt bedoeld dat de zorgverzekeraar niet alle zorg contracteert: alleen goede en doelmatige zorg wordt gecontracteerd. Gezien het feit iedere Nederlander een zorgverzekering heeft, worden patiënten dus in feite gestuurd door de zorgverzekeraar. Het betekent niet dat er geen keuze meer is voor patiënten, daar er te allen tijde keuze mogelijkheden dienen te zijn voor de verzekerde. Voor zorgaanbieders betekent selectieve inkoop dat ‘slechte’ zorg niet meer wordt gecontracteerd door de zorgverzekeraars en dat er dus grote risico’s bestaan omtrent productie en afzet. Immers, slechte zorg betekent minder patiënten en kan dus uiteindelijk het einde van een contract betekenen.

De rol van selectieve inkoper is tevens vastgelegd in het Bestuurlijk hoofdlijnenakkoord 2012-2015 (2011: 4). De inspanningsverplichting van zorgverzekeraars wordt als volgt verwoord:

***“Zorgverzekeraars zullen de selectieve inkoop van zorg sterk uitbreiden, te beginnen bij de zorginkoop voor 2012: contracteren op basis van prijs, kwaliteit, doelmatigheid en gepast gebruikt, alsmede het terugdringen van ongewenste praktijkvariatie.”***

Doordat zorgverzekeraars de rol van selectieve inkoper hebben gekregen, is er een beweging in het ziekenhuislandschap te zien. Immers, ziekenhuizen zullen er alles aan doen om gecontracteerd te worden door zorgverzekeraars; samenwerking tussen ziekenhuizen kan een middel zijn om een betere onderhandelingspositie te hebben richting zorgverzekeraars.

### **4.3.3 Concurrentie op de markt: steeds meer samenwerkende ziekenhuizen**

De hiervoor beschreven ontwikkelingen in de ziekenhuissector zorgen voor een zeer competitieve markt. Ziekenhuizen moeten er alles aan doen om kwalitatieve zorg te leveren, tegen betaalbare prijzen. Tevens zullen ziekenhuizen een zo breed mogelijk pakket aan zorgen willen bieden, om zo veel als mogelijk patiënten te kunnen helpen. De rol van de zorgverzekeraar is daarbij om de patiënt te ‘sturen’: middels selectieve inkoop worden patiënten naar voorkeursaanbieders gestuurd. Door het selectieve inkoop gedrag van zorgverzekeraars ontstaat er concurrentie tussen ziekenhuizen. Immers, ziekenhuizen zullen er alles aan doen om gecontracteerd te worden door zorgverzekeraars, teneinde zorg te kunnen blijven aanbieden. Door de concurrentie zijn ziekenhuizen continu in beweging: ziekenhuizen gaan op zoek naar een sterke positie binnen de markt, teneinde gecontracteerd te

kunnen worden door de zorgverzekeraar. Vanuit dat perspectief zal samenwerking tussen ziekenhuizen een middel zijn om competitieve voordelen te halen op concurrenten. Omdat ieder ziekenhuis afhankelijk is van het selectieve inkoop gedrag van de zorgverzekeraar, is binnen de ziekenhuissector een dynamiek te zien waarbij veel ziekenhuizen op zoek gaan naar vormen van samenwerking. Die dynamiek van samenwerking heeft een versterkend effect op samenwerking: doordat steeds meer ziekenhuizen op zoek gaan naar vormen van samenwerking, zullen andere ziekenhuizen niet achter kunnen en willen blijven en dus tevens op zoek gaan naar vormen van samenwerking. De reden hiervoor is het feit dat wanneer je als ziekenhuis niet mee gaat in de dynamiek, je een minder sterke positie in de markt hebt en je dus het risico loopt om niet meer gecontracteerd te worden door zorgverzekeraars.

### **De Mededingingswet**

Doordat de ziekenhuismarkt zich steeds meer ontwikkelt richting een competitieve markt waarbinnen ziekenhuizen met elkaar concurreren, is de Autoriteit Consument en Markt (ACM) een belangrijke speler in de omgeving van ziekenhuizen.

Wanneer ziekenhuizen op zoek gaan naar vormen van samenwerking, dienen ze rekening te houden met de Mededingingswet (Mw). De ACM ziet erop toe dat ziekenhuizen die met elkaar concurreren de Mw niet overtreden. Bij het formaliseren van een samenwerkingsverband tussen ziekenhuizen, is het daarom van belang om na te gaan of de samenwerking valt onder het 'kartelverbod' en of de samenwerking eerst moet worden gemeld bij de ACM. Wanneer het gaat om een (bestuurlijke) fusie, zal ook de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) een zienswijze afgeven met betrekking tot kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de zorg (Boekel de Nerée, 2012: 12).

Het kartelverbod is een van de belangrijkste pijlers van de Mw; afspraken die tot doel of gevolg kunnen hebben dat mededinging nadelig wordt beïnvloedt, worden afgekeurd op basis van de Mw. Hierbij kan gedacht worden aan prijsafspraken en de verdeling van markten (Boekel de Nerée, 2012: 10). Bij iedere samenwerking zal dus moeten afgevraagd of de mededinging nadelig wordt beïnvloedt. Wanneer het gaat om samenwerking op het gebied van inkoop of ondersteunende diensten zal daar minder snel sprake van zijn, dan wanneer het gaat om samenwerking op het gebied van het aanbieden van zorg. Een tweede belangrijke pijler van de Mw is het concentratietoezicht. De Mw stelt dat iedere concentratie, zoals een (bestuurlijke) fusie of coöperatie, wordt verboden zolang deze niet officieel is gemeld en deze niet binnen een wettelijke termijn is goedgekeurd door de ACM.

Bij de uiteindelijke keuze met betrekking tot de inhoud, vormgeving en governance van de samenwerking zijn mededingingrechtelijke overwegingen daarom van grote invloed.

Wanneer ziekenhuizen kiezen voor een concentratie, zal de ACM een eenmalige toets uitvoeren, waarbij zekerheid wordt gegeven over de toelaatbaarheid van de samenwerking (Boekel de Nerée, 2012: 12). In het geval van een coöperatie, zal ieder onderdeel dat ondergebracht wordt in de coöperatie beoordeeld moeten worden door de ACM. Wanneer het gaat om samenwerking op het gebied van inkoop of ondersteunende diensten zal daar minder snel sprake van zijn, dan wanneer het gaat om samenwerking op het gebied van het aanbieden van zorg. In het geval van een bestuurlijke fusie echter, is die meldingsplicht slechts

eenmalig. Nadat de ACM de aanvraag voor de bestuurlijke fusie heeft goedgekeurd en ook de NZa haar zienswijze heeft afgegeven, kunnen de desbetreffende ziekenhuizen samenwerken zonder meldingsplicht. Doordat de meldingsprocedure bij de ACM gepaard gaat met veel tijd en kosten, zullen mededingingsrechtelijke overwegingen een zeer belangrijke rol spelen bij de uiteindelijke keuze met betrekking tot de inhoud, vormgeving en governance van de samenwerking.

## Hoofdstuk 5 Welke beweegredenen zijn voor bestuurders van betekenis bij samenwerkingsverbanden?

Waarom gaan ziekenhuizen samenwerken en wat bepaalt de vorm van die samenwerking? Uit de literatuur blijkt dat er verschillende argumenten kunnen bestaan voor het aangaan van samenwerking, alsmede voor het kiezen van een specifieke vorm. Dit hoofdstuk toont de resultaten van het onderzoek, waarin duidelijk wordt welke (combinaties van) beweegredenen bestuurders gebruiken bij de toelichting op (de vorm van) bestuurlijke samenwerking. In de eerste paragraaf van dit hoofdstuk staan de drie ‘bestuurlijke fusie’ casus centraal. Per casus worden de beweegredenen besproken die bestuurders gebruiken bij de toelichting op (de vorm van) bestuurlijke samenwerking, waarna vervolgens een algeheel beeld wordt geschetst van de beweegredenen die bestuurders gebruiken, met betrekking tot de ‘bestuurlijke fusie’. De tweede paragraaf is op een zelfde manier opgebouwd, echter gaat het om beweegredenen met betrekking tot de ‘coöperatie’. De laatste paragraaf van het hoofdstuk geeft een overzichtelijk beeld van de verschillende beweegredenen van bestuurders, alsmede de verschillen daarin als het gaat om de twee specifieke vormen.

### 5.1 Samenwerking in de ziekenhuiszorg: de bestuurlijke fusie

#### 5.1.1 Casus 1

##### **Waarom bestuurlijke samenwerking?**

De beweegredenen die naar voren komen in deze casus met betrekking tot de vraag ‘waarom gaan ziekenhuizen op zoek naar vormen van bestuurlijke samenwerking?’, zijn vooral inhoudelijk van aard. Het blijken beweegredenen die refereren aan de omgeving van ziekenhuizen: de veranderingen in de directe omgeving van ziekenhuizen zijn van groot belang op de totstandkoming van een samenwerkingsrelatie. Er blijken geen aanwijzingen te zijn voor beweegredenen die refereren aan de organisatie van het ziekenhuis, alsmede voor beweegredenen die refereren aan de persoon van de bestuurder. Bij de toelichting op de bestuurlijke samenwerking blijken drie beweegredenen duidelijk naar voren te komen die de totstandkoming van bestuurlijke samenwerking verklaren:

- Veranderende omgeving
- Bronnen
- Wederzijdse afhankelijkheden

##### Veranderende omgeving

De veranderingen in de omgeving van ziekenhuizen blijken in deze casus een belangrijke beweegreden te zijn om op zoek gaan naar vormen van bestuurlijke samenwerking. Met name drie ontwikkelingen in die omgeving blijken te worden aangehaald als zijnde beweegredenen voor bestuurlijke samenwerking: concurrentie op de markt, spreiding en concentratie thematiek, selectief inkoopgedrag zorgverzekeraar.



In hoofdstuk 1 is te lezen dat er een stijgend aantal samenwerkingsverbanden te zien is in de Nederlandse ziekenhuiszorg. Als gevolg van de toename van samenwerkingsverbanden, zullen sommige ziekenhuizen in grootte toenemen (denk hierbij aan fusie ziekenhuizen). Dit kan betrekking hebben op bijv. omzet, personeel, of patiëntenstromen. In deze casus blijkt dat de steeds groter wordende ziekenhuizen in Nederland een reden is om op zoek te gaan naar bestuurlijke samenwerking. Met andere woorden, in deze casus blijkt dat door de concurrentie in de ziekenhuiszorg, men sneller geneigd is om op zoek te gaan naar vormen van bestuurlijke samenwerking:

*“Maar als je dus met de grote spelers mee wilt doen, dan wordt het wel lastig als die grote spelers inmiddels drie keer zo groot zijn geworden... ..als we geen waarborgen hebben dat we niet alleen op papier groter worden, ja als dat niet zo is dan blijven wij het zwakste vogeltje in het nest van STZ ziekenhuizen en worden we eruit geknikkerd.”* – respondent

Tevens een belangrijke beweegreden om op zoek te gaan naar vormen van bestuurlijke samenwerking blijkt voort te vloeien uit de spreiding en concentratie thematiek, zoals besproken in hoofdstuk 4. De twee termen zijn onlosmakelijk verbonden met de begrippen ‘volume’ en ‘kwaliteit’ en worden gezien als een van de oplossingen om de kosten in de (ziekenhuis)zorg te beheersen en zonodig te verlagen. Daarbij bestaat de overtuiging dat naarmate het aantal behandelingen in ziekenhuizen hoger is, de kwaliteit van zorg omhoog gaat. In termen van bestuurlijke samenwerking betekent dit dat ziekenhuizen onderling gaan kijken waar ze bepaalde behandelingen het beste kunnen uitvoeren; het is goedkoper om en efficiënter om niet op twee plekken hetzelfde aan te bieden, terwijl het op 1 plek beter kan. Dit hangt nauw samen met de selectieve zorginkoop functie van de zorgverzekeraar: de zorgverzekeraar koopt alleen daar in, waar de zorg in kwaliteit het hoogst is en daar waar de zorg tevens het goedkoopst kan worden aangeboden. Door die selectieve zorginkoop functie van de zorgverzekeraar worden min of meer gedwongen zich te gaan bewegen. In deze casus komt naar voren dat bestuurlijke samenwerking kan helpen om bepaalde delen van zorg goedkoper en efficiënter aan te bieden, waardoor voorgelopen wordt op selectieve inkoop:

*“Wij zitten natuurlijk in een zorgklem. Aan de ene kant loopt de vraag om zorg op, kost het steeds meer en hebben we dure plicht om het betaalbaar te houden en dan met name voor de mensen die absoluut zorg nodig hebben en vaak niet de goedkoopste zorg. Dus is het dan ook handig dat je niet op twee plekken hetzelfde aanbiedt, als het op 1 plek beter kan en op termijn waarschijnlijk ook efficiënter zal kunnen. Dat helpt denk ik dat je dan vooruit loopt op selectieve inkoop.”* – respondent

*“Want je kunt je voorstellen, ziekenhuis X is een kolos, ziekenhuis Y is een moloch, je kunt je voorstellen dat als er door de verzekeraar selectief wordt ingekocht, dan is de kans dat wij gepasseerd worden om de volumina heel groot.”* – respondent

### Bronnen

Naast het inspelen op veranderingen in de omgeving van ziekenhuizen blijkt het binnenhalen van unieke bronnen een belangrijke beweegreden te zijn in de casus, om op zoek te gaan naar

vormen van bestuurlijke samenwerking. In deze casus worden ‘professionals’ gezien als bronnen. De gedachte hierbij is dat wanneer ziekenhuizen op zoek gaan naar bestuurlijke samenwerking, zij hun portfolio zullen uitbreiden; door samenwerking wordt het zorgpakket verbreed en gedifferentieerd. Door het aanbieden van een breed zorgpakket zijn ziekenhuizen in staat om sneller en makkelijker professionals aan zich te binden. Een dergelijke gedachte blijkt in deze casus centraal te staan en blijkt tevens te worden gebruikt als beweegreden om op zoek te gaan naar vormen van bestuurlijke samenwerking:

*“En kijk, we willen ook graag goed werkgever zijn, dus we willen de mensen die het kunnen en willen groeien en bloeien, willen we niet verliezen aan ons omringende ziekenhuizen. Maar we willen daarnaast ook jonge veelbelovende mensen blijven strikken, binden en boeien. En op het moment je dus eigenlijk de breedte van het zorgpalet min of meer blijft verzekeren, dan is de kans op dat soort HR doelstellingen verzilveren ook groter” – respondent*

#### Wederzijdse afhankelijkheden

In hoofdstuk 2 is te lezen dat ziekenhuizen een maatschappelijke opdracht hebben en dat ziekenhuizen daarmee dus te allen tijde een maatschappelijk doel voor ogen dienen te hebben. Dat maatschappelijke doel blijkt in deze casus een belangrijke beweegreden te zijn om op zoek te gaan naar vormen van bestuurlijke samenwerking. Door verschillende ontwikkelingen in de omgeving van ziekenhuizen, zijn ziekenhuizen steeds meer geneigd om op zoek te gaan naar vormen van bestuurlijke samenwerking. In zekere zin komen ziekenhuizen tegemoet aan een moreel appel: het kan gewoon niet anders. Door op zoek te gaan naar vormen van bestuurlijke samenwerking, zijn ziekenhuizen in staat om samen met partners tegemoet te komen aan het moreel appel, namelijk het ten uitvoer brengen van de maatschappelijke opdracht:

*“Door proactief te proberen zorgen efficiënte zorg te leveren toegankelijk en goedkoper door een ander zorglandschap in de regio te maken, draag je op termijn bij aan betere zorg voor een acceptabele prijs en toegankelijk.” – respondent*

#### **Waarom een bestuurlijke fusie?**

Met betrekking tot de vorm van bestuurlijke samenwerking, blijken in deze casus twee voornaamste beweegredenen te worden genoemd die verklaren waarom voor de bestuurlijke fusie gekozen is. De eerste voornaamste beweegreden refereert aan de omgeving van ziekenhuizen en heeft betrekking op de veranderingen in de omgeving van het ziekenhuis. De tweede voornaamste beweegreden refereert aan de organisatie van het ziekenhuis en heeft betrekking op de structuur van de bestuurlijke fusie.

#### Veranderende omgeving

In hoofdstuk 4 is te lezen dat de mededingingsautoriteit en de daarmee gepaard gaande mededingingswetgeving van grote invloed zijn op de te kiezen vorm van bestuurlijke samenwerking. In deze casus blijkt de rol en aanwezigheid van de mededingingsautoriteit dan ook een belangrijke reden te zijn geweest om voor een bestuurlijke fusie te kiezen. Dit ligt met name gelegen in de rol van de ACM en de daarmee gepaard gaande meldingsprocedure.

Wanneer ziekenhuizen voor een bestuurlijke fusie kiezen zijn ze verplicht om eenmalig toestemming te vragen aan de ACM, om vervolgens vrijelijk te kunnen bewegen binnen de bestuurlijke samenwerking en daarmee een vrijbrief hebben om samen te werken op (zorg)onderdelen naar keuze. In deze casus blijken de partijen liever in 1 keer toestemming te willen vragen (en daarmee een bestuurlijke fusie te ambiëren), dan voor een andere vorm van bestuurlijke samenwerking te kiezen waarbij op ieder onderdeel van samenwerking toestemming moet worden gevraagd:

*“Maar op het moment dat je op meerdere onderdelen samenwerkt, dan zou je met de ACM, als je pech hebt, elke maand om de tafel moeten. Dat kost klauwen met geld, kunnen we niet in 1 keer de verantwoordingsprocedure doorlopen?....Maar hoe voorkomen we nou dat we op ieder deelgebied die hele ACM en Na afweging moeten maken, nou dan komt dus een bestuurlijke fusie aan de orde.” – respondent*

#### Strategie: organisatiestructuur

Naast de meldingsprocedure rondom bestuurlijke samenwerking, blijkt ook de structuur van de bestuurlijke fusie een belangrijke beweegreden te zijn om te kiezen voor een dergelijke vorm van bestuurlijke samenwerking. Enerzijds heeft dat te maken met het feit dat een bestuurlijke fusie in zekere zin een waarborg is voor de bestuurlijke samenwerking. In deze casus wordt ‘het waarborgen’ van de bestuurlijke samenwerking niet sec neergezet, maar in samenhang met de aanwezigheid en rol van de mededingingsautoriteit blijkt het een belangrijke beweegreden te zijn:

*“Nou stel dat hier feitelijk 2x twee bestuurders zitten en die vinden het een goed plan. Ik besluit om in Argentinië golfleraar te worden en er komen hier twee nieuwe bestuurders en je hebt niet anders dan een samenwerkingsovereenkomst en die bestuurders zeggen we hebben een geweldig idee om met iemand anders te gaan samenwerken. Als dat niet ergens dus zodanig kan zijn gewaarborgd dat je daar dan collectief met elkaar de afweging maakt, breng je eigenlijk weer een waterscheiding aan. Daar zit dus een belangrijke reden om die onomkeerbaarheid hoog te plaatsen en in feite randvoorwaardelijk te maken.....Is dat bestuurlijk een keiharde noodzaak, ik denk van niet. er zijn ook andere constructen die voorkomen dat we in een dergelijke fuik terecht komen. Maar tegelijkertijd heb je dus de ACM die op dat moment een aantal bodems had gedefinieerd dat als je daar doorheen brak, je meldingsplichtig was.” – respondent*

Anderzijds heeft het te maken met de bestuurbaarheid van een bestuurlijke fusie. Bij een bestuurlijke fusie is er in tegenstelling tot een coöperatie een bestuurlijk geheel die sturing geeft aan de organisatie (zie hoofdstuk 2). In deze casus blijkt dat een belangrijke reden te zijn om te kiezen voor een bestuurlijke fusie. Naar voren komt dat een andere vorm van samenwerking (bijv. de coöperatie) voor bestuurlijke complexiteit zorgt en dat je last gaat krijgen van allerlei bestuurlijke gremia:

*“Omdat je de besturingsfilosofie en de marktstrategie met elkaar deelt, dan haal je er wel heel veel bestuurlijke drukte en complexiteit uit door daar 1 bestuur boven te zetten, dat geloof ik*

*wel. Je krijgt anders een nieuwe bureaucratie.....Op een gegeven moment heb je zoveel dingen gezamenlijk, dat je last gaat krijgen van het feit dat je allerlei bestuurlijke gremia hebt. Dat gaat dan te veel tijd kosten in verhouding en dan is het beter om te praten over een bestuurlijk eenheid.” – respondent*

## 5.1.2 Casus 2

### **Waarom bestuurlijke samenwerking?**

De beweegredenen die naar voren komen in deze casus zijn vooral inhoudelijk van aard. Het blijken beweegredenen die refereren aan de omgeving van ziekenhuizen en beweegredenen die refereren aan de organisatie van het ziekenhuis. Er blijken geen aanwijzingen te zijn voor beweegredenen die refereren aan de persoon van de bestuurder. Bij de toelichting op de bestuurlijke samenwerking blijken vijf beweegredenen duidelijk naar voren te komen die de totstandkoming van bestuurlijke samenwerking verklaren:

- Marktpositie
- Bronnen
- Wederzijdse afhankelijkheden
- Strategie: organisatiestructuur

#### Marktpositie

De marktpositie van ziekenhuizen blijkt in deze casus een belangrijke beweegreden te zijn om op zoek gaan naar vormen van bestuurlijke samenwerking. Het beschermen en behouden van de positie in de markt blijkt naar voren te komen als belangrijke beweegreden om op zoek te gaan naar vormen van bestuurlijke samenwerking. In deze casus heeft het te maken met het beschermen van bepaalde onderdelen uit het portfolio van ziekenhuizen. Doordat bepaalde businessstakken onder druk komen te staan als gevolg van veranderingen in de directe omgeving van ziekenhuizen, verliezen ziekenhuizen hun positie in de markt. Door te gaan samenwerken kunnen ziekenhuizen bepaalde delen van het portfolio beschermen, waardoor ook hun positie in de markt beschermd wordt. Het halen van voorafgestelde aantallen door wetenschappelijke verenigingen blijkt daarbij van belang te zijn. Middels samenwerking kunnen ziekenhuizen voldoen aan de vastgestelde normen van wetenschappelijke verenigingen, waardoor zij hun positie in de markt kunnen beschermen en behouden (mede door een betere onderhandelingspositie richting de zorgverzekeraar):

*“Je wilt als ziekenhuis kunnen zeggen, we doen eigenlijk alles, ook de ingewikkelde dingen dat zal duidelijk zijn. Om dat in de lucht te houden zit je met je adherentie, hoeveel casuïstiek komt er voorbij en als dat te weinig is, en dat is bij heel veel ziekenhuizen te weinig, dan moet je op basis daarvan gaan samenwerken....er zijn een aantal gebieden waar het evident is om samen te werken, anders verlies je het.” – respondent*

*“Kijk, hier had het te maken met, we moeten onze krachten bundelen om ervoor te zorgen dat wij een stevige partij zijn tegenover de zorgverzekeraars die alleen maar machtiger worden. Dat was echt een hele belangrijke beweegreden.” – respondent*

### Bronnen

Evenals in de vorige casus blijkt het binnenhalen van ‘bronnen’ een belangrijke beweegreden te zijn om op zoek te gaan naar vormen van bestuurlijke samenwerking. Het binnenhalen van bronnen betekent in deze casus het binnenhalen van kennis en kunde, ofwel het binnenhalen van professionals. Ook blijkt in deze casus bestuurlijke samenwerking te helpen om het portfolio uit te breiden; door bestuurlijke samenwerking kun je je portfolio uitbreiden met zaken die je solo niet of nauwelijks kunt aanbieden. De beide toelichtingen zijn tevens in sterke mate met elkaar verbonden. Door het aanbieden van een breed zorgpakket zijn ziekenhuizen namelijk in staat om sneller en makkelijker professionals aan zich te binden:

*“Je wilt voor professionals aantrekkelijk zijn, om die ‘leuke dingen’ te hebben. Want als je die niet meer hebt, ben je minder aantrekkelijk.....Als je kijkt naar wat er voor complexiteit op ons afkomt, dan zitten we in een vraagstuk van hoe kunnen we daar goed mee omgaan en hoe kunnen we ervoor zorgen dat wij voldoende kennis en expertise in huis hebben om dat ook adequaat in de lucht te houden. Daar heb je elkaar voor nodig, want die uitdagingen die op ons afkomen zijn hetzelfde voor dit ziekenhuis als voor een ander ziekenhuis.” – respondent*

*“Als je de krachten bundelt, heb je wel in 1 keer een aanvulling op je pakket, wat je solo bijna niet kan aanbieden.” – respondent*

### Wederzijdse afhankelijkheden

Ook in deze casus blijkt ‘de maatschappelijke opdracht’ van ziekenhuizen een belangrijke reden te zijn om op zoek te gaan naar vormen van bestuurlijke samenwerking. Duidelijk naar voren komt het feit dat ziekenhuizen in deze tijd moeite hebben om stand-alone de maatschappelijke doelen van het ziekenhuis te behalen; door verschillende ontwikkelingen in de omgeving van ziekenhuizen (zie hoofdstuk 4) is het voor ziekenhuizen nauwelijks nog mogelijk om stand-alone ‘de maatschappelijke opdracht’ uit te voeren, zoals verwoord in hoofdstuk 2. Om die reden gaan ziekenhuizen sneller op zoek naar vormen van bestuurlijke samenwerking:

*“We hebben de maatschappelijke opdracht om ervoor te zorgen dat de medisch specialistische zorg, voor zover dat past binnen de kwaliteitskaders, zo dicht als mogelijk bij de patiënt aan te bieden. Dat vind ik een maatschappelijke opdracht. Dat kan dus betekenen dat je zegt je om dat juist te bewerkstelligen hebben wij op een aantal onderdelen die samenwerking nodig met een grotere partij zodat wij die zaken kunnen regelen.” – respondent*

### Strategie: organisatiestructuur:

Door verschillende ontwikkelingen in de omgeving van ziekenhuizen is de toekomst van ziekenhuizen onzeker geworden. Word je als ziekenhuis nog wel gecontracteerd door de zorgverzekeraar? Hoe behoud je je positie in de markt? Hoe zorg je ervoor dat je als ziekenhuis nog de juiste professionals blijft binden en boeien, teneinde kwalitatieve en betaalbare zorg te kunnen leveren? Het betreffen vragen die informatie geven over de toekomst van een ziekenhuis. Immers, zonder contract met de zorgverzekeraar, zonder

bestaansrecht en zonder goede professionals, kunnen ziekenhuizen niet voldoen aan ‘de maatschappelijke opdracht’ en zal het ziekenhuis dus ook niet het maatschappelijke doel kunnen realiseren. Ziekenhuisbestuurders zullen antwoorden moeten formuleren op dergelijke vragen en manieren zien te bedenken teneinde te kunnen voldoen aan de doelen van het ziekenhuis. In deze casus blijkt dat de structuur van de organisatie wordt bepaald door de lange termijn strategie van het ziekenhuis en dat die strategie van het ziekenhuis vooral te maken heeft met het waarborgen van de continuïteit van de voorziening. Door de vele veranderingen in de omgeving van ziekenhuizen blijkt de continuïteit van het bedrijf in gevaar te komen en daar proberen bestuurders op te anticiperen. Vanuit die gedachte heeft de organisatiestrategie betrekking op de continuïteit van het ziekenhuis: door op zoek te gaan naar vormen van bestuurlijke samenwerking is het ziekenhuis in staat haar continuïteit te waarborgen:

*“Ik vond dat je bestuurlijk moest kijken naar hoe je de continuïteit van de voorziening kon borgen. De continuïteit van het bedrijf borgen.....Ik vind het onze verantwoordelijkheid om ervoor te zorgen dat je de continuïteit van je ziekenhuis, je bedrijf veilig stelt.” – respondent*

### **Waarom een bestuurlijke fusie?**

Met betrekking tot de vorm van bestuurlijke samenwerking, blijken in deze casus twee voornaamste beweegredenen te worden genoemd die verklaren waarom voor de bestuurlijke fusie gekozen is. De eerste voornaamste beweegreden refereert aan de omgeving van ziekenhuizen en heeft betrekking op de veranderingen in de omgeving van het ziekenhuis. De tweede voornaamste beweegreden refereert aan de organisatie van het ziekenhuis en heeft betrekking op de structuur van de bestuurlijke fusie.

#### Veranderende omgeving

Ook in deze casus blijkt dat de aanwezigheid en rol van de mededingingsautoriteit en de daarmee gepaard gaande mededingingswetgeving van grote invloed zijn op de te kiezen vorm van bestuurlijke samenwerking. Door te kiezen voor een bestuurlijke fusie zijn ziekenhuizen in staat, mits zij goedkeuring krijgen voor een bestuurlijke fusie, vrijelijk te bewegen en samen te werken zonder daarvoor verantwoording te hoeven afleggen bij de mededingingsautoriteit. Hoewel bij de oprichting van een bestuurlijke fusie wel degelijk een meldingsplicht bestaat, blijken bestuurders bewust te kiezen voor deze eenmalige meldingsprocedure in plaats van te kiezen voor een andere vorm van samenwerking waarbij bij iedere samenwerking (op onderdelen) goedkeuring gevraagd dient te worden bij de mededingingsautoriteiten. Zogezegd maken bestuurders een zeer praktische overweging bij het kiezen van de vorm van bestuurlijke samenwerking:

*“Als je niet voor een fusie kiest, maar voor samenwerking op onderdelen, dan moet je eigenlijk voor ieder onderdeel waarop je wilt samenwerken langs de NZa, en die moeten elk onderdeel weer goed keuren. Terwijl als je het fusie-model kiest dan moet je in 1 keer heel veel, maar als je het hebt mag je daarbinnen alles. Wij zeggen, nee we doen de hele klap in 1 keer en dan zien we wel op welke onderdelen we dan gaan samenwerken. we hebben dus*

*gewoon een praktische afweging gemaakt. In 1 keer veel gedoe, maar tot de lengte in jaren geen gedoe.” – respondent*

#### Strategie: organisatiestructuur

Naast de aanwezigheid en rol van de mededingingsautoriteit, blijkt ook in deze casus de structuur van de bestuurlijke fusie van grote invloed te zijn bij de keuze voor de vorm van bestuurlijke samenwerking. In de casus komt meermaals naar voren dat de ‘eenduidige gezagslijn’ van een bestuurlijke fusie voor een zekere mate van beslissingsmacht of doorzettingsmacht zorgt, wat zoveel wil zeggen als dat beslissingen sneller genomen kunnen worden dan bijv. in een coöperatie (zie hoofdstuk 2). Het hebben van een zekere mate van beslissingsmacht blijkt van groot belang te zijn bij de te kiezen vorm van bestuurlijke samenwerking en in deze casus blijkt daarom dan ook te zijn gekozen voor een bestuurlijke fusie.

*“Dus af en toe krijgen wij de discussie, omdat ze er op lokaal niveau niet uitkomen, wie betaalt nou de nieuwe gordijnen in de gemeenschappelijke hal. Lullig voorbeeld, maar daar hebben wij 10 seconden voor nodig in die eenduidige gezagslijn. En in een coöperatief geheel is die beslissingsmacht veel kleiner.” – respondent*

Tevens blijkt in deze casus dat het hebben van een eenduidige gezagslijn van groot belang is bij het uitvoeren van strategisch beleid. Naar voren komt bijv. dat bij het uitvoeren van strategisch beleid een zekere mate van doorzettingsmacht vereist is; om zaken van de grond te krijgen moeten beslissingen snel en eenduidig genomen kunnen worden. In een bestuurlijke fusie blijkt dit, in tegenstelling tot bijv. de coöperatie, het geval te zijn. O.a. vanwege die reden is in deze casus door het/de betreffende ziekenhuis(zen) gekozen voor een bestuurlijke fusie:

*“Wil je echt strategisch beleid uitvoeren, wil je doorzettingsmacht hebben in je bedrijf, dan moet je een eenduidige gezagslijn hebben.” – respondent*

*“Je hebt dus allerlei synergie effecten, ieder voor zich niet heel wereldschokkend, maar gemakkelijker gerealiseerd kunnen zijn omdat het 1 geheel is met een eenduidige gezagsstructuur.....Als je geen bestuurskracht hebt, ik vind het meer kracht dan macht, dus als je geen doorzettingsmacht hebt, dan houdt het verhaal op.” – respondent*

### 5.1.3 Casus 3

#### **Waarom bestuurlijke samenwerking?**

In deze casus blijken naast inhoudelijke beweegredenen ook persoonlijke beweegredenen gebruikt te worden, om de totstandkoming van bestuurlijke samenwerking toe te lichten. De inhoudelijke beweegredenen refereren aan de omgeving van ziekenhuizen, de persoonlijke beweegredenen refereren aan de persoon van de bestuurder. Er blijken geen aanwijzingen te zijn voor beweegredenen die refereren aan de organisatie van ziekenhuizen. Bij de toelichting

op de bestuurlijke samenwerking blijken twee beweegredenen duidelijk naar voren te komen die de totstandkoming van bestuurlijke samenwerking verklaren:

- Veranderende omgeving en marktpositie
- Prestatiemotivatie

#### Veranderende omgeving en marktpositie

In deze casus blijken de twee afzonderlijke beweegredenen ‘veranderende omgeving’ en ‘marktpositie’ gecombineerd gebruikt te worden bij de toelichting op de totstandkoming van de bestuurlijke samenwerking. Zo blijkt in deze casus dat de vele veranderingen in de omgeving van ziekenhuizen ervoor zorgen dat een defensieve houding wordt aangenomen; de angst om onderdelen van het ziekenhuis te verliezen, de angst om een bepaalde positie in de markt te verliezen. Redenen daarvan kunnen bijv. zijn de volumenormenten, het selectieve inkoopgedrag van de zorgverzekeraar, maar ook concurrentie in de omgeving van ziekenhuizen. Het blijken redenen voor ziekenhuizen te zijn om vanuit een defensieve strategie op zoek te gaan naar vormen van bestuurlijke samenwerking. Interessant hierbij is dat die defensieve houding sinds de totstandkoming van de bestuurlijke samenwerking in deze casus is omgeslagen naar een offensieve houding, waarbij wordt aangegeven dat de continue strijd tegen ‘het verlies’ plaatsmaakt voor een ‘full plan aanvalshouding’:

*“Ik merk ook dat vanaf het moment we met de fusie bezig zijn, heb ik ook pas nog gezegd op een strategiemiddag, is er bij mij persoonlijk de emotie omgeslagen van een continue defensieve houding tegen alles wat er op ons afkwam, van mijn god hoe gaan we hier nog aan voldoen, hoe zorgen we dat aan de minimum volumenormenten voor dit of dat of zus of zo blijven voldoen, want als we dit verliezen, verliezen we ook dat en dan zakt de organisatie in elkaar of dan verliezen we de opleiding. Het is continu de strijd tegen het verlies geweest, naar nu opeens de full plan aanvalshouding, waarbij je merkt dat mensen vragen van hoe doen jullie dat.” – respondent*

In deze casus blijkt dat een defensieve strategie ervoor zorgt dat ziekenhuizen op zoek gaan naar vormen van bestuurlijke samenwerking, maar dat vanuit die bestuurlijke samenwerking een offensieve strategie ervoor zorgt dat ziekenhuizen een tegenwicht proberen te bieden tegen externe invloeden, zoals concurrentie in de markt of het selectieve inkoopgedrag van de zorgverzekeraar.

#### Prestatiemotivatie

Opvallend aan deze casus is dat, in tegenstelling tot de andere twee casus, persoonlijke beweegredenen ook een belangrijke rol blijken te spelen bij de totstandkoming van bestuurlijke samenwerking. Het beter maken van het ziekenhuis en het bij vertrek beter achter laten van het ziekenhuis, blijken belangrijke elementen te zijn in de toelichting op de totstandkoming van bestuurlijke samenwerking. Hiermee wordt in feite aangegeven dat bestuurlijke samenwerking wordt gezien als middel om de organisatie beter te maken en daarmee heeft de desbetreffende bestuurder een zogenoemde sociale prestatiemotivatie. In het verlengde hiervan blijkt ook een persoonlijke prestatiemotivatie van belang te zijn bij de totstandkoming van bestuurlijke samenwerking. De gerealiseerde samenwerking in deze casus



blijkt iets te zijn waar de desbetreffende bestuurder persoonlijk trots op is en wat voelt als een persoonlijk gerealiseerd doel. Ook hierbij geldt dat het uitgangspunt van de bestuurder is om het ziekenhuis beter te maken:

*“Ik zit nu een tijd in de Raad van Bestuur en als ik nog een tijdje doorga wil ik uiteindelijk niet een kliniek verlaten die op sluiten staat. Ik zou het verschrikkelijk vinden om bij het ziekenhuis weg te gaan waarbij je een organisatie achterlaat die eigenlijk op sterven na dood is. Ik ben nu heel trots op deze organisatie en op die fusie. Ik heb het gevoel dat je dan ook echt iets persoonlijks achterlaat op het moment dat je een keer zou weggaan, waar je ook met trots op terugkijkt en waar mensen ook waardering voor hebben.” – respondent*

### **Waarom een bestuurlijke fusie?**

Met betrekking tot de vorm van bestuurlijke samenwerking, blijkt in deze casus slechts een voorname beweegreden te worden genoemd die verklaren waarom voor de bestuurlijke fusie gekozen is. De beweegreden refereert aan de omgeving van ziekenhuizen en heeft betrekking op de veranderingen in de omgeving van het ziekenhuis.

#### Veranderende omgeving

In deze casus komt duidelijk naar voren dat de keuze voor een bestuurlijke fusie bewust gemaakt is op basis van de aanwezigheid en rol van de mededingingsautoriteit en de daarmee gepaard gaande mededingingswetgeving. Evenals in de vorige twee casus heeft de meldingsplicht rondom samenwerking eraan bijgedragen dat in deze casus is gekozen voor een bestuurlijke fusie. Opvallend hierbij is het volgende citaat van een respondent:

*“Ik denk dat als de mededingingswet niet bestaan had, we niet gefuseerd waren. Dan hadden we gewoon voor uitwisseling en samenwerking gekozen. Wij doen dit, jullie doen dat. Gewoon onderhandelen in de restaurants. En die hele fusie waarin Nederland nu zit is louter en alleen te danken of te wijten aan de mededingingswet. En het is een beetje dat men allemaal is gaan trouwen zoals toen je voor het huwelijk geen seks mocht hebben, bij wijze van spreken. Het is een soort kerkelijke dwang. Maar goed, als die mededingingswet er niet was geweest, dan waren er ook wel samenwerkingsinitiatieven op gang gekomen in dit verband, ook wel gedreven door de zorgverzekeraar, maar dat was niet zo zeer gebeurd in dit soort juridische organisatievormen.” – respondent*

In bovenstaand citaat is te lezen dat de invloed van de mededingingswet dusdanig is, dat wanneer deze er niet was geweest er ook geen bestuurlijke fusie had plaatsgevonden. Blijkbaar willen ziekenhuizen vrijelijk kunnen bewegen, zonder de verplichting te hebben om bij iedere beweging die noopt naar samenwerking een melding te moeten maken. Aangezien dit bij een coöperatie het geval is, is in deze casus bewust gekozen voor een bestuurlijke fusie: een eenmalige meldingsplicht, om vervolgens geen verantwoording meer te hoeven afleggen aan de mededingingsautoriteit:

*“We hebben niet gekozen voor de coöperatie, omdat we eigenlijk geen enkel idee hebben dat die coöperatie hout snijdt richting de ACM. De coöperatie is niet een juridische eenheid*

waarbinnen je mag kwartetten zeg maar .....Ik denk dat bij ons de belangrijkste reden voor het kiezen van een bestuurlijke fusie is omdat wij dat het op dat moment passende kader vonden waarbij wij dan in 1 keer van de ACM afwaren.” – respondent

### 5.1.4 Overzicht beweegredenen bestuurlijke fusie

In voorgaande paragrafen is ingegaan op de beweegredenen van bestuurders om (1) op zoek te gaan naar vormen van bestuurlijke samenwerking en (2) te kiezen voor een bestuurlijke fusie. De verschillende beweegredenen zijn in onderstaand schema per casus weergegeven, het geeft een duidelijk beeld van de gebruikte beweegredenen van bestuurders.

Casus	Beweegredenen: waarom bestuurlijke samenwerking?	Beweegredenen: waarom bestuurlijke fusie?
Casus 1	<p>Beweegredenen die refereren aan de omgeving van ziekenhuizen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Veranderende omgeving</b> → concurrentie op de markt, spreiding en concentratie thematiek, selectief inkoopgedrag zorgverzekeraar</li> <li>- <b>Bronnen</b> → professionals binnenhalen, goed werkgever zijn</li> <li>- <b>Wederzijdse afhankelijkheden</b> → ten uitvoer brengen maatschappelijke opdracht</li> </ul>	<p>Beweegredenen die refereren aan de omgeving van ziekenhuizen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Veranderende omgeving</b> → mededingingsautoriteit en daarmee gepaard gaande meldingsprocedures</li> </ul> <p>Beweegredenen die refereren aan de organisatie van ziekenhuizen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Strategie: organisatiestructuur</b> → waarborging bestuurlijke samenwerking, bestuurbaarheid bestuurlijke fusie</li> </ul>
Casus 2	<p>Beweegredenen die refereren aan de omgeving van ziekenhuizen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Marktpositie</b> → beschermen en behouden marktpositie</li> <li>- <b>Bronnen</b> → professionals binnenhalen, portfolio uitbreiden</li> <li>- <b>Wederzijdse afhankelijkheden</b> → ten uitvoer brengen maatschappelijke opdracht</li> </ul> <p>Beweegredenen die refereren aan de organisatie van ziekenhuizen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Strategie: organisatiestructuur</b> → continuïteit van het ziekenhuis waarborgen</li> </ul>	<p>Beweegredenen die refereren aan de omgeving van ziekenhuizen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Veranderende omgeving</b> → mededingingsautoriteit en daarmee gepaard gaande meldingsprocedures</li> </ul> <p>Beweegredenen die refereren aan de organisatie van ziekenhuizen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Strategie: organisatiestructuur</b> → bestuurbaarheid bestuurlijke fusie, uitvoeren van strategisch beleid</li> </ul>
Casus 3	<p>Beweegredenen die refereren aan de omgeving van ziekenhuizen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Veranderende omgeving in combinatie met marktpositie</b> → Veranderingen in omgeving van ziekenhuizen zorgen voor defensieve strategie. Na totstandkoming bestuurlijke samenwerking: offensieve strategie</li> </ul> <p>Beweegredenen die refereren aan de persoon van de bestuurder:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Prestatiemotivatie</b> → Beter maken van het ziekenhuis, persoonlijk gerealiseerd doel voelt als collectief succes</li> </ul>	<p>Beweegredenen die refereren aan de omgeving van ziekenhuizen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Veranderende omgeving</b> → mededingingsautoriteit en daarmee gepaard gaande meldingsprocedures</li> </ul>

## 5.2 Samenwerking in de ziekenhuiszorg: de coöperatie

### 5.2.1 Casus 1

#### Waarom bestuurlijke samenwerking?

In deze casus blijken zowel inhoudelijke als ook persoonlijke beweegredenen gebruikt te worden bij de toelichting op de totstandkoming van bestuurlijke samenwerking. De inhoudelijke beweegredenen refereren aan de omgeving van ziekenhuizen, daar waar de persoonlijke beweegredenen refereren aan de persoon van de bestuurder. In deze casus zijn er geen beweegredenen gevonden die direct refereren aan de organisatie van ziekenhuizen. Bij de toelichting op de bestuurlijke samenwerking blijken vier beweegredenen duidelijk naar voren te komen:

- Veranderende omgeving
- Marktpositie
- Bronnen
- Prestatiemotivatie

#### Veranderende omgeving

In deze casus komt naar voren dat de Nederlandse ziekenhuizen zich in een moeilijke en zware periode bevinden. Er wordt aan de ene kant verlangd dat de kwaliteit van zorg omhoog gaat, terwijl aan de andere kant de kosten van zorg omlaag moeten. In deze casus blijkt dat de ‘storm’ die op ziekenhuizen afkomt een reden is om partners te zoeken. Volgens de respondent(en) in deze casus is het niet haalbaar om stand-alone de storm te overwinnen, wat voor alle andere ziekenhuizen in Nederland ook zal gelden:

*“Want als wij tot de conclusie komen dat we stand-alone de storm in Nederland niet gaan overwinnen, dan zou het heel raar zijn als iemand anders wel tot die conclusie kwam dat je stand-alone verder kan.”* – respondent

In de casus blijken twee veranderingen in de omgeving van ziekenhuizen meermaals naar voren te komen als zijnde beweegredenen om op zoek te gaan naar vormen van bestuurlijke samenwerking. De concurrentie van omliggende ziekenhuizen en de daarmee gepaard gaan ‘marktdruk’ blijkt een grote invloed te hebben op ziekenhuizen. Omdat ziekenhuizen in de omgeving steeds meer gaan samenwerken, ontstaat er een zekere mate van druk om ook mee te gaan in die beweging; ziekenhuis worden als het ware gedwongen om ook te gaan samenwerken, omdat omliggende ziekenhuizen steeds groter worden (bijv. grotere patiëntenstromen krijgen). Als gevolg daarvan dreig je als ziekenhuis ‘de slag te missen’, bijv. als het gaat om contractering door de zorgverzekeraar:

*“Dat speelt natuurlijk mee, marktdruk. Ook wel kopieergedrag, iedereen is aan het praten en daarom moeten wij ook mee.”* – respondent

Nauw verbonden hiermee is het feit dat ziekenhuizen worden gedwongen om een grotere schaal te realiseren. Hiermee wordt bedoeld dat ziekenhuizen meer patiënten moeten kunnen behandelen. In hoofdstuk 4 is ingegaan op de ‘spreiding en concentratie thematiek’, dat heeft er alles mee te maken. Doordat er volumenormen zijn vastgesteld door wetenschappelijke verenigingen bij bepaalde ingrepen, dienen ziekenhuizen daaraan te voldoen. Als zij niet voldoen aan die volumenormen, hun aantallen dus niet halen, dreigen zij niet gecontracteerd te worden door de zorgverzekeraar; de zorgverzekeraar koopt steeds selectiever haar zorg in. Vanuit die gedachte gaan ziekenhuizen op zoek naar bestuurlijke samenwerking, teneinde hun schaal te vergroten. Tevens blijkt in deze casus dat bestuurlijke samenwerking helpt om de kosten van zorg te drukken. Vanuit ‘economy of scale’ is dat een logische gedachte: je hebt een grotere schaal nodig om de kosten per behandeling laag te houden. Hoewel het dus lijkt dat het nastreven van ‘economy of scale’ duidt op het behalen van competitieve voordelen, is het vergroten van de schaal en daarmee het verlagen van de kosten vooral ingegeven door de spreiding en concentratie thematiek, alsmede door de selectief inkopende zorgverzekeraars:

*“Daar waar de schaal te klein wordt door de kwaliteitsdiscussie, heb je een kapstok om je partners te zoeken.”* – respondent

*“Je zult je partners moeten vinden om je kosten ten minste te beheersen. Dat is dus 1, de economy of scale. Je hebt een wat grotere schaal nodig om lagere kosten te maken, aantoonbaar.”* – respondent

### Marktpositie

Mede als gevolg van het selectieve inkoop gedrag van de zorgverzekeraar gaan ziekenhuizen op zoek naar vormen van bestuurlijke samenwerking. Door middel van bestuurlijke samenwerking trachten ziekenhuizen hun ‘aantallen te halen’; door bestuurlijke samenwerking kunnen ziekenhuizen hun patiëntenstroom vergroten, waardoor er meer casuïstiek voorbij komt. Ook in deze casus blijkt een dergelijke gedachtegang te leiden tot de totstandkoming van bestuurlijke samenwerking. Vanuit een defensieve strategie zijn de ziekenhuizen in deze casus op zoek gegaan naar bestuurlijke samenwerking. Door op zoek te gaan naar bestuurlijke samenwerking trachten de ziekenhuizen hun ‘aantallen omhoog te krijgen’, waardoor ze een stevigere positie richting de zorgverzekeraars creëren en daarmee hun positie in de markt beschermen/behouden:

*“Je moet letterlijk het aantal omhoog zien te krijgen, ander ben je het gewoon, dan wel prijs je jezelf uit de markt. Dus wil je iets bereiken, dan moet je bewegen en degene die beweegt gaat er met de hoofdprijs vandoor. Als je blijft zitten waar je zit, verspeel je je positie.”* – respondent

*“En als derde punt, dat je een stevige positie zou hebben in de markt van verzekeraars die zich onbelemmerd concentreert tot 4 grote partijen, waar je dan wel erg afhankelijk van wordt.....Als we de opleiding willen behouden, moeten we zoveel aantallen halen en is het dus wel handig om daar een bestuurlijk verband voor te hebben.”* – respondent

### Bronnen

In deze casus blijkt het binnenhalen en verspreiden van bepaalde bronnen een belangrijke beweegredenen te zijn om op zoek te gaan naar vormen van bestuurlijke samenwerking. In deze casus worden ‘professionals’ gezien als bronnen. De gedachte hierbij is dat wanneer ziekenhuizen op zoek gaan naar bestuurlijke samenwerking, zij hun portfolio zullen uitbreiden; door samenwerking wordt het zorgpakket verbreed en gedifferentieerd. Door het aanbieden van een breed zorgpakket zijn ziekenhuizen in staat om sneller en makkelijker professionals aan zich te binden. In deze casus blijkt het een belangrijke beweegreden te zijn om op zoek te gaan naar bestuurlijke samenwerking:

*“Je wilt interessant blijven voor je dokters. Dus we proberen ook echt kwaliteit te leveren en interessant te blijven en daar doen we ook veel voor. Omdat wij denken dat je daarmee goede dokters kan blijven boeien en binden.”* – respondent

*“Toen wij stand-alone waren was het voor ons ontzettend moeilijk om voldoende ..... te krijgen en voldoende ..... Wij hadden het netwerk.... nog niet gepubliceerd en we zetten een gemeenschappelijk verhaal naar buiten, u kunt op meerdere locaties op meerdere levels werken en iedereen zei, nou dat lijkt me aantrekkelijk.”* – respondent

Bovenstaand geeft aan dat een gedifferentieerd portfolio aantrekkelijk is voor professionals. In deze casus is uit de praktijk gebleken dat het binden en boeien van professionals makkelijker gaat wanneer je die professionals ook daadwerkelijk wat te bieden hebt (in dit geval een uitgebreid en gedifferentieerd netwerk).

*“Je zult je partners moeten vinden om je kosten ten minste te beheersen. Dat is dus 1, de economy of scale. Je hebt een wat grotere schaal nodig om lagere kosten te maken, aantoonbaar.”* – respondent

### Prestatiemotivatie

In deze casus blijken naast inhoudelijke beweegredenen ook persoonlijke beweegredenen naar voren te komen bij de toelichting op de totstandkoming van bestuurlijke samenwerking. Het beter maken van het ziekenhuis en het bij vertrek beter achter laten van het ziekenhuis, blijken belangrijke elementen te zijn in de toelichting op de totstandkoming van bestuurlijke samenwerking. Hiermee wordt in feite aangegeven dat bestuurlijke samenwerking wordt gezien als middel om de organisatie beter te maken en daarmee heeft de desbetreffende bestuurder een zogenoemde sociale prestatiemotivatie:

*“Ik wil wel kunnen zeggen, ik heb het ziekenhuis goed achtergelaten. Persoonlijk wil ik het ziekenhuis stukken beter achterlaten dan dat ik het aantrof.”* – respondent

In de casus blijkt naar voren te komen dat het realiseren van een bestuurlijke samenwerking een stap vooruit is voor het ziekenhuis en dat daarmee het ziekenhuis ‘beter’ gemaakt wordt. In deze casus kan gesteld worden dat bestuurder persoonlijk gemotiveerd raken van het feit

dat het ‘beter’ met het ziekenhuis gaat en dat het ziekenhuis in betere staat is dan toen de bestuurders aantraden.

### Inter-persoonlijk vertrouwen

Hoewel ‘vertrouwen’ niet als beweegreden wordt gebruikt bij de toelichting op de totstandkoming van de bestuurlijke samenwerking, blijkt het wel een belangrijke invloed te hebben op die totstandkoming van bestuurlijke samenwerking. In deze casus komt het begrip ‘vertrouwen’ meermaals naar voren en lijkt het een randvoorwaarde te zijn bij iedere vorm van bestuurlijke samenwerking:

*“Elke samenwerking begint met mensen die elkaar wat gunnen, die het met elkaar zien zitten en dat die er verstandig aan doen om te verkennen of ze samen iets willen hebben of niet. Of het nou om een coöperatie of een bestuurlijke fusie gaat, je moet elkaar wat kunnen gunnen. Als dat gevoel niet bestaat gaan dokters afhaken en uiteindelijk het bestuur dus ook.”* – respondent

Het ‘elkaar iets gunnen’ en ‘het met elkaar zien zitten’ blijken in deze casus randvoorwaarden te zijn voor bestuurlijke samenwerking. Hoewel het dus niet een beweegreden is om te gaan samenwerken, blijkt ‘inter-persoonlijk vertrouwen’ wel degelijk een belangrijke rol te spelen bij de totstandkoming van bestuurlijke samenwerking.

### **Waarom een coöperatie?**

Met betrekking tot de vorm van bestuurlijke samenwerking, blijken in deze casus twee voornamelijk beweegredenen te worden genoemd die verklaren waarom voor de coöperatie gekozen is. De beweegredenen zijn zowel inhoudelijk als ook persoonlijk van aard. De inhoudelijke beweegredenen refereren aan de organisatie van ziekenhuizen en hebben betrekking op de structuur van een coöperatie. De persoonlijke beweegredenen refereren aan de persoon van de bestuurder en hebben betrekking op de politieke grenzen binnen de bestuurlijke samenwerking.

### Strategie: organisatiestructuur

In deze casus is duidelijk naar voren gekomen dat de ‘zwaarte’ van een coöperatie ten opzichte van een bestuurlijke fusie aanzienlijk verschilt. Hiermee wordt bedoeld dat de coöperatie naar de buitenwereld toe een ‘zachtere’ en minder ‘drastische’ connotatie heeft, dan dat de bestuurlijke fusie dat heeft. Of dat in werkelijkheid ook zo is, valt niet op te maken uit de interviews. Wel valt op te maken dat een belangrijke beweegreden is, om te kiezen voor de coöperatie, dat de coöperatie een aanzienlijk lichtere vorm van bestuurlijke samenwerking is naar de buitenwereld en dat het beeld van een coöperatie blijkbaar positievere gevoelens met zich mee brengt dan het beeld van een bestuurlijke fusie:

*“We hebben bewust gekozen voor een coöperatie, omdat dat de meest zachte vriendelijke uitstraling heeft. Juridisch maakt het geen moer uit of je nu een nv bent of een coöperatie, maar naar buiten toe staat hij, hij is ook van mij, ik kan mijn ideeën erin kwijt, dus als je het nou over framing hebt was dat helemaal een voorbeeld van framen.”* – respondent

Bovenstaand citaat geeft duidelijk aan dat de structuur van de organisatie voort vloeit uit de strategie van de organisatie. In dit geval heeft de betreffende organisatie een aantal inhoudelijke redenen om te gaan samenwerken, maar wil daarbij een zacht en vriendelijk beeld naar buiten brengen. In de ogen van de betreffende organisatie is ‘de coöperatie’ dan bij uitstek de structuur die het beste bij hun strategie past.

### Politieke grenzen

In deze casus spelen ‘politieke grenzen’ een belangrijke rol bij de te kiezen vorm van bestuurlijke samenwerking. Naar voren komt het feit dat de bestuurlijke fusie een vorm van bestuurlijke samenwerking is waarbinnen de politieke grenzen van de organisatie voor spanningen kunnen zorgen, als gevolg van nieuwe posities en nieuwe settings. Binnen de coöperatie blijkt daar minder sprake van te zijn: taken en verantwoordelijkheden worden helder belegd en vragen als ‘wie doet wat’ en ‘what’s in it for us’ zullen binnen een coöperatie minder snel tot spanningen leiden. Uit de casus blijkt dat met name de aspecten ‘wie doet wat’ en ‘what’s in it for us’ van grote invloed zijn. Middels een mop geeft een van de respondenten aan wat er met die aspecten bedoeld wordt:

*“Maar als er te grote slagen worden gemaakt, zo van ja maar dan staan wij met lege handen. Ken je die mop van het varken en de kip die wilden fuseren? De kip zei tegen de varken, laten we fuseren, dan maken we een uitsmijter fabriek. Nou zegt het varken, laat mij daar maar een nachtje over slapen. De volgende dag komen ze elkaar tegen, varken zegt tegen de kip, jij blijft bestaan en ik ga eraan. Ja zegt de kip, dat is altijd zo met een fusie.” – respondent*

Met de mop blijkt de respondent aan te geven dat de verdeling van taken en vragen als ‘wie doet wat’, ‘what’s in it for us’ van groot belang zijn. In deze casus is het een belangrijke reden geweest om voor de coöperatie te kiezen, als vorm van bestuurlijke samenwerking.

## 5.2.2 Casus 2

### **Waarom bestuurlijke samenwerking?**

In deze casus blijken, net als in de vorige casus, zowel inhoudelijke als ook persoonlijke beweegredenen gebruikt te worden bij de toelichting op de totstandkoming van bestuurlijke samenwerking. De inhoudelijke beweegredenen refereren aan de omgeving van ziekenhuizen, daar waar de persoonlijke beweegredenen refereren aan de persoon van de bestuurder. In deze casus zijn er geen beweegredenen gevonden die direct refereren aan de organisatie van ziekenhuizen. Bij de toelichting op de bestuurlijke samenwerking blijken vijf beweegredenen duidelijk naar voren te komen:

- Veranderende omgeving
- Marktpositie
- Bronnen
- Wederzijdse afhankelijkheden
- Prestatiemotivatie

### Veranderende omgeving

Deze casus laat zien dat de dynamiek in de omgeving van ziekenhuizen, zoals beschreven in hoofdstuk 4, een belangrijke rol speelt bij de totstandkoming van bestuurlijke samenwerking. Duidelijk naar voren komt het feit dat bestuurders naar ‘buiten’ kijken en zich proberen aan te passen aan hun directe omgeving. Bestuurder blijken zich ervan bewust te zijn dat ziekenhuizen afhankelijk zijn van hun omgeving en daarom te allen tijde naar buiten moeten blijven kijken om veranderingen in die omgeving waar te nemen:

*“De wereld staat niet stil en de omgeving verandert gewoon. De buitenwereld veranderde. En als je dan niet meegaat met die veranderingen dan hadden hier twee kleine ziekenhuizen kunnen blijven staan, twee satellieten.”* – respondent

Vanuit die gedachte blijken bestuurders zich bewust van het feit dat ziekenhuizen als gevolg van veranderingen en dynamiek in de omgeving nauwelijks nog kunnen voldoen aan de volume normen. Om toch te kunnen voldoen aan die volume normen gaan ziekenhuizen op zoek naar vormen van bestuurlijke samenwerking. Zo ook in deze casus, het blijkt een belangrijke beweegreden te zijn om op zoek te gaan naar vormen van bestuurlijke samenwerking:

*“Ik kom hier binnen en denk dit is een groot ziekenhuis. Maar denk even verder, we halen onze aantallen niet, laten we nou eens kijken of dat via een fusie of coöperatie wel doen. We weten dat als we nog doorgaan we een hele boel dingen gaan verliezen. En op die aannames, op de veranderende buitenwereld, zijn we tot elkaar gekomen. Want wij willen alle twee onze ambitie blijven volhouden. De buitenwereld heeft ons gedwongen dat we beiden de ambitie hebben om een groot ziekenhuis te blijven en om veel aan medische opleidingen te doen. Dat heeft ons bij elkaar gebracht om te zeggen, we moeten een aantal dingen samen gaan doen”* – respondent

### Marktpositie

De marktpositie van ziekenhuizen blijkt in deze casus een belangrijke beweegreden te zijn om op zoek te gaan naar vormen van bestuurlijke samenwerking. Het beschermen en behouden van de positie in de markt blijkt naar voren te komen als belangrijke beweegreden om op zoek te gaan naar vormen van bestuurlijke samenwerking. In deze casus heeft het te maken met het beschermen van bepaalde onderdelen uit het portfolio van ziekenhuizen. Doordat bepaalde businessstakken onder druk komen te staan als gevolg van veranderingen in de directe omgeving van ziekenhuizen, verliezen ziekenhuizen hun positie in de markt. Door te gaan samenwerken kunnen ziekenhuizen bepaalde delen van het portfolio beschermen, waardoor ook hun positie in de markt beschermd wordt. Het halen van voorafgestelde aantallen door wetenschappelijke verenigingen blijkt daarbij van belang te zijn. Middels samenwerking kunnen ziekenhuizen voldoen aan de vastgestelde normen van wetenschappelijke verenigingen, waardoor zij hun positie in de markt kunnen beschermen en behouden. Daarbij blijkt tevens van belang te zijn dat het ‘bestaansrecht in de regio’ gewaarborgd blijft. Het



blijkt een belangrijke beweegreden om op zoek te gaan naar vormen van bestuurlijke samenwerking: hoogwaardige en toegankelijke zorg in de regio kunnen blijven aanbieden:

*“Het belangrijkste is dat wij hier bestaansrecht hebben. Als je daar dan naar kijkt, dat is een keuze die je zelf maakt, wij willen dat in de breedte blijven doen, nou dan heb je in die zin de noodzaak om te gaan samenwerken. Van, jongens, zijn wij nog in staat om het functiepakket naar de toekomst toe voor de regio te behouden. Hou behouden we zoveel mogelijk zorg en dan ook hoog complexe zorg, hoe behouden we die in de regio.” – respondent*

*“Willen wij een belangrijke speler blijven in Nederland en voor de regio zelf, want daar gaat het toch om, dan moeten wij ons verenigen. We moeten ervoor zorgen dat de ziekenhuizen eendrachtig samenwerken om hier het beste te bieden wat je kunt bieden en dat je dus niet weg hoeft.” – respondent*

*“We zijn twee grote ziekenhuizen, die behoorlijke patiëntenstromen hebben. maar die toch ieder voor zich te klein zijn om het hele pakket wat je zou kunnen bieden als ziekenhuis te kunnen blijven bieden.” – respondent*

### Bronnen

In deze casus blijkt het binnenhalen en/of het behouden van bronnen een belangrijke beweegreden te zijn om op zoek te gaan naar vormen van bestuurlijke samenwerking. Met bronnen worden in deze casus ‘professionals’ bedoeld: door op zoek te gaan naar vormen van bestuurlijke samenwerking kunnen ziekenhuizen een breder pakket van zorg aanbieden, waardoor ze als ziekenhuis aantrekkelijker worden voor professionals. Uit de casus blijkt dat de respondent(en) van mening is/zijn dat je op den duur als ziekenhuis interessanter bent voor professionals wanneer je als ziekenhuis een breed pakket van zorg kunt aanbieden. Dat brede pakket van zorg kun je als ziekenhuis beter garanderen wanneer je op zoek gaat naar vormen van bestuurlijke samenwerking. Bestuurders hebben het in dat geval over het binnenhalen of garanderen van ‘specialistische zorg’, ‘hoog-complex, laag-volume zorg’ en ‘de leuke dingen’. Op het moment dat ziekenhuizen in staat zijn om een gedifferentieerd pakket van zorg aan te bieden, waardoor ze voor professionals aantrekkelijker zijn, is de kans ook groter voor een ziekenhuis om bepaalde zorg binnen de regio te houden ofwel bestaansrecht te houden binnen de regio:

*“Het interessant blijven voor professionals hangt heel erg samen van als ik het behoud van zorg in de regio, dan gaat het natuurlijk om laagvolume zorg, om het te benoemen, waarvoor blijf je interessant voor verpleegkundigen en medisch specialisten, als je toch die bijzondere dingen blijft doen. Ik denk dat je als organisatie op termijn toch wat interessanter bent om wat meer bijzondere dingen te doen.” – respondent*

### Wederzijdse afhankelijkheden

In deze casus blijkt ‘de maatschappelijke opdracht’ van ziekenhuizen een belangrijke reden te zijn om op zoek te gaan naar vormen van bestuurlijke samenwerking. Duidelijk naar voren komt het feit dat ziekenhuizen in deze tijd moeite hebben om stand-alone de maatschappelijke

doelen van het ziekenhuis te behalen; door verschillende ontwikkelingen in de omgeving van ziekenhuizen (zie hoofdstuk 4) is het voor ziekenhuizen nauwelijks nog mogelijk om stand-alone ‘de maatschappelijke opdracht’ uit te voeren, zoals verwoord in hoofdstuk 2. Omdat de maatschappelijke opdracht inhoudt ‘kwalitatieve, betaalbare en toegankelijke zorg bieden’ zien ziekenhuizen de noodzaak om partners te zoeken waarmee ze ook daadwerkelijk die maatschappelijke opdracht kunnen uitvoeren. Zo ook in deze casus blijkt het een belangrijke beweegreden te zijn om op zoek te gaan naar vormen van bestuurlijke samenwerking:

*“We hebben een maatschappelijke opdracht om zorg voor de regio te blijven leveren. Wij willen dat in de breedte blijven doen, dan heb je in die zin de noodzaak om te gaan samenwerken.”* – respondent

#### Prestatiemotivatie

Ook in deze casus blijken naast inhoudelijke beweegredenen persoonlijke beweegredenen naar voren te komen bij de toelichting op de totstandkoming van bestuurlijke samenwerking. Het beter maken van het ziekenhuis en het bij vertrek beter achter laten van het ziekenhuis, blijken belangrijke elementen te zijn in de toelichting op de totstandkoming van bestuurlijke samenwerking. Hiermee wordt in feite aangegeven dat bestuurlijke samenwerking wordt gezien als middel om de organisatie beter te maken en daarmee heeft de desbetreffende bestuurder een zogenoemde sociale prestatiemotivatie. Zo blijkt het verwezenlijken van het maatschappelijke doel van het ziekenhuis een tevens persoonlijk doel te zijn van de bestuurder. Door te voldoen aan de maatschappelijke doelen van een ziekenhuis raakt de bestuurder persoonlijk gemotiveerd:

*“Kijk het persoonlijke is dat je het maatschappelijk wil. Het maatschappelijke, persoonlijk verwezenlijken, dat is een sublimering. Als je ziekenhuisdirecteur bent, dan houd je je bezig met een maatschappelijk doel. Je wilt, zoals dat dan zo braaf heet, ook dit kleine beetje van de wereld beter achterlaten dan dat je hem hebt aangetroffen. En het doel is dan dus de zorg in de regio verbeteren en bereikbaar houden, voor iedereen.”* – respondent

#### **Waarom een coöperatie?**

Met betrekking tot de vorm van bestuurlijke samenwerking, blijken in deze casus drie voornaamste beweegredenen te worden genoemd die verklaren waarom voor de coöperatie gekozen is. De beweegredenen zijn zowel inhoudelijk als ook persoonlijk van aard. De inhoudelijke beweegredenen refereren aan de omgeving van ziekenhuizen en hebben betrekking op de veranderende omgeving. De persoonlijke beweegredenen refereren aan de persoon van de bestuurder en hebben betrekking op zowel de politieke grenzen als ook identiteitsgrenzen binnen de bestuurlijke samenwerking.

#### Veranderende omgeving

In eerdere casus is te lezen dat de meldingsprocedure bij de mededingingsautoriteit van grote invloed is op de te kiezen vorm van samenwerking. Naast de meldingsprocedure blijkt ook de mate van concurrentie binnen een bepaalde regio, gecontroleerd door de mededingingsautoriteit, van groot belang te zijn bij de te kiezen vorm van bestuurlijke

samenwerking. Zo kan in sommige gevallen een bestuurlijke fusie simpelweg afgekeurd worden, vanuit het oogpunt van verminderde concurrentie in een bepaalde regio: een samenwerkingsverband tussen ziekenhuizen mag niet tot een verminderde keuzevrijheid van ‘patiënten’ leiden. Wanneer er te weinig concurrentie in een regio overblijft als gevolg van een beoogde samenwerking tussen ziekenhuizen, zal de mededingingsautoriteit (op basis van de mededingingswet) een fusie afkeuren.

In deze casus blijkt bovenstaand het geval te zijn en is de aanwezigheid en rol van de mededingingsautoriteit een belangrijke beweegreden om te kiezen voor een coöperatie:

*“Ik denk dat ieder verhaal past bij de regio waarin hij zit. Kijk, in deze regio zou een fusie nooit zijn toegestaan, omdat we meer dan 700000 mensen de keuzemogelijkheid ontnemen. Als je tegen die achtergrond kijkt moet je iets doen, dus als de fusie niet mag dan kom je bij de coöperatie.”* – respondent

*“En als derde element natuurlijk het hele ACM verhaal; we zitten in een regio waarin als we zouden fuseren er geen concurrentie meer is binnen een half uur reizen. En de ACM heeft tot nu toe altijd geconcludeerd dat dat dan een fusie verbiedt.”* – respondent

#### Politieke grenzen

Evenals in de vorige casus blijken ‘politieke grenzen’ ook in deze casus een belangrijke beweegreden te zijn om te kiezen voor een coöperatie. Naar voren komt het feit dat de bestuurlijke fusie een vorm van bestuurlijke samenwerking is waarbinnen de politieke grenzen van de organisatie voor spanningen kunnen zorgen, als gevolg van nieuwe posities en nieuwe settings. Binnen de coöperatie blijkt daar minder sprake van te zijn: taken en verantwoordelijkheden worden helder belegd en vragen als ‘wie doet wat’ en ‘what’s in it for us’ zullen binnen een coöperatie minder snel tot spanningen leiden. Een van de respondenten refereert daarbij aan een eerdere fusie waarin hij werkzaam is en spreekt daarbij dus uit ervaring:

*“Een fusie leidt tot een enorme interne inkijk. Er komen nieuwe posities, mensen moeten nieuwe posities bevechten. Kijk naar de fusies tussen de staven van ..... Volgens mij is dat nog steeds niet neergedaald. Er zijn nog steeds heel veel spanningen binnen die groep. Wie doet nu wat, wie heeft waar wat over te zeggen, hoe organiseer je dingen. En bij iedere fusie zie je dat dat gebeurt. Als je nu weet wat voor een energie dat ons twee jaar lang heeft gekost en nu is die fusie gerealiseerd en hoeveel energie we nu weer moeten steken in allerlei intern gedoe. Want ja, dat duurt weer een jaar voordat zich dat weer settelt in nieuwe vaste structuren en dat er ook weer aandacht is voor andere dingen. Nou ik moet er niet aan denken om dat nog eens een keertje mee te moeten maken.”* – respondent

#### Identiteitsgrenzen

Naast politieke grenzen blijken ook identiteitsgrenzen in deze casus een belangrijke rol te spelen bij de te kiezen vorm van bestuurlijke samenwerking. In deze casus komt duidelijk naar voren dat een bestuurlijke fusie kan leiden tot een politisering van verschillende culturen. Het opgeven van een stuk bestuurlijke authenticiteit en het verliezen van een stuk van de

eigen identiteit lijken daarbij doorslaggevende factoren te zijn om niet voor een bestuurlijke fusie, maar voor een coöperatie te kiezen. Blijkbaar spelen de identiteitsgrenzen geen rol binnen een coöperatie, gezien het feit dat spanningen als gevolg van identiteitsgrenzen binnen een bestuurlijke fusie in deze casus wordt aangehaald als beweegreden om te kiezen voor een coöperatie:

*“Onderwerpen die heel duidelijk speelden is een stukje van jongens, we hebben nu een goede naam en we hebben nu een goede identiteit, we zijn bekend en gaan we die nu gewoon opofferen in het kader van meteen die fusie te doen?”* – respondent

*“...Omdat de meeste ziekenhuizen toch gesteld zijn op het behoud van de eigen identiteit en hun eigen eigenheid en helemaal niet zo zitten te wachten op schaalvergroting.”* – respondent

### 5.2.3 Casus 3

#### **Waarom bestuurlijke samenwerking?**

In deze laatste casus blijken vooral inhoudelijke beweegredenen gebruikt te worden bij de toelichting op de totstandkoming van bestuurlijke samenwerking. De inhoudelijke beweegredenen refereren aan de omgeving van ziekenhuizen. In deze casus zijn er geen beweegredenen gevonden die refereren aan de organisatie van ziekenhuizen, of aan de persoon van de bestuurder. Bij de toelichting op de bestuurlijke samenwerking blijken twee beweegredenen duidelijk naar voren te komen:

- Veranderende omgeving
- Marktpositie

#### Veranderende omgeving

De veranderingen in de omgeving van ziekenhuizen blijken in deze casus een belangrijke beweegreden te zijn om op zoek gaan naar vormen van bestuurlijke samenwerking. Met name twee ontwikkelingen in die omgeving blijken te worden aangehaald als zijnde beweegredenen voor bestuurlijke samenwerking: concurrentie op de markt en spreiding en concentratie thematiek.

De concurrentie van omliggende ziekenhuizen en de daarmee gepaard gaan ‘marktdruk’ blijkt een grote invloed te hebben op ziekenhuizen. Omdat ziekenhuizen in de omgeving steeds meer gaan samenwerken, ontstaat er een zekere mate van druk om ook mee te gaan in die beweging; ziekenhuis worden als het ware gedwongen om ook te gaan samenwerken, omdat omliggende ziekenhuizen steeds groter worden (bijv. grotere patiëntenstromen krijgen). Als gevolg daarvan ontstaat er de wens en noodzaak om op zoek te gaan naar bestuurlijke samenwerking:

*“Een ander strategisch element dat momenteel geweldig leeft is de marktdynamiek. Vanuit die marktdynamiek is er de wens en noodzaak om te gaan samenwerken.”* - respondent

Tevens een belangrijke beweegreden om op zoek te gaan naar vormen van bestuurlijke samenwerking blijkt voort te vloeien uit de spreiding en concentratie thematiek, zoals besproken in hoofdstuk 4. De twee termen zijn onlosmakelijk verbonden met de begrippen

‘volume’ en ‘kwaliteit’ en worden gezien als een van de oplossingen om de kosten in de (ziekenhuis)zorg te beheersen en zonodig te verlagen. Daarbij bestaat de overtuiging dat naarmate het aantal behandelingen in ziekenhuizen hoger is, de kwaliteit van zorg omhoog gaat. In termen van bestuurlijke samenwerking betekent dit dat ziekenhuizen elkaar proberen te vinden en te helpen bij het vergroten van de schaal. In andere woorden betekent dit dat door bestuurlijke samenwerking ziekenhuizen in staat zijn om hun patiëntenstromen te vergroten:

*“De zorg moet beter en daar heb je een zekere mate van schaalvergroting voor nodig. Die kwaliteitseis wordt geformuleerd en dat betekent dus dat je naar schaalvergroting moet.”* – respondent

### Marktpositie

De marktpositie van ziekenhuizen blijkt in deze casus een belangrijke beweegreden te zijn om op zoek gaan naar vormen van bestuurlijke samenwerking. Het beschermen en behouden van de positie in de markt blijkt naar voren te komen als belangrijke beweegreden om op zoek te gaan naar vormen van bestuurlijke samenwerking. Doordat bepaalde businessstakken onder druk komen te staan als gevolg van veranderingen in de directe omgeving van ziekenhuizen, verliezen ziekenhuizen hun positie in de markt. Door te gaan samenwerken kunnen ziekenhuizen bepaalde delen van het portfolio beschermen, waardoor ook hun positie in de markt beschermd wordt. Het halen van voorafgestelde aantallen door wetenschappelijke verenigingen blijkt daarbij van belang te zijn. Middels samenwerking kunnen ziekenhuizen voldoen aan de vastgestelde normen van wetenschappelijke verenigingen, waardoor zij hun positie in de markt kunnen beschermen en behouden. Het besef dat het op sommige onderdelen zeer moeilijk is om stand-alone verder te gaan, blijkt in deze casus een beweegreden te zijn om op zoek te gaan naar vormen van bestuurlijke samenwerking:

*“Nou het belangrijkste is wel dat in onze analyse voor de langere termijn, dat wij op een aantal terreinen het zelf niet meer zouden redden.”* – respondent

### Inter-persoonlijk vertrouwen

Hoewel ‘vertrouwen’ niet als beweegreden wordt gebruikt bij de toelichting op de totstandkoming van de bestuurlijke samenwerking, blijkt het wel een belangrijke invloed te hebben op die totstandkoming van bestuurlijke samenwerking. In deze casus komt het begrip ‘vertrouwen’ meermaals naar voren en lijkt het een randvoorwaarde te zijn bij iedere vorm van bestuurlijke samenwerking:

*“Je gunt elkaar wat dan kun je geven en nemen en dan heb je per saldo een oplossing. Want wil je in al die herverkavelingen in de zorg er met elkaar uit kunnen komen, dan moet je elkaar wat gunnen. Dus dan is het geven en nemen.”* – respondent

Het ‘elkaar iets gunnen’ en ‘het met elkaar zien zitten’ blijken ook in deze casus randvoorwaarden te zijn voor bestuurlijke samenwerking. Hoewel het dus niet een beweegreden is om te gaan samenwerken, blijkt ‘inter-persoonlijk vertrouwen’ wel degelijk een belangrijke rol te spelen bij de totstandkoming van bestuurlijke samenwerking.

## **Waarom een coöperatie?**

Met betrekking tot de vorm van bestuurlijke samenwerking, blijken in deze casus twee voornaamste beweegredenen te worden genoemd die mogelijk kunnen verklaren waarom voor de coöperatie gekozen is. De nadruk ligt hierbij op ‘mogelijk’, daar het in deze casus niet of nauwelijks mogelijk is om direct aanwijsbare beweegredenen te identificeren die de vorm van bestuurlijke samenwerking in deze casus kunnen verklaren. De beweegredenen die genoemd worden blijken de vorm van bestuurlijke samenwerking ‘in het algemeen’ te kunnen verklaren, maar niet de vorm van bestuurlijke samenwerking zoals in deze casus.

De beweegredenen zijn zowel inhoudelijk als ook persoonlijk van aard. De inhoudelijke beweegredenen refereren aan de organisatie van ziekenhuizen en hebben betrekking op de structuur van de organisatie. De persoonlijke beweegredenen refereren aan de persoon van de bestuurder en hebben betrekking op de politieke grenzen binnen de bestuurlijke samenwerking.

### Strategie: organisatiestructuur

Opvallend in deze casus is dat er niet een directe beweegreden wordt gegeven voor de vorm van bestuurlijke samenwerking. In deze casus wordt wel aangegeven dat de helderheid van aansturing in een bestuurlijke fusie en de daarmee gepaard gaande gedeelde verantwoordelijkheid dikwijls een reden is om voor een bestuurlijke fusie te kiezen. Echter, in het geval een dergelijke situatie nog niet wenselijk is of nog niet haalbaar is, lijkt de coöperatie een voor de hand liggende keuze. In die zin is de keuze voor om te gaan samenwerken in de vorm van een coöperatie een tamelijk opportunistische keuze geworden:

*“Zodra je de bestuurlijke situatie meer 1 hebt gemaakt, ja dan weet je het samen en ben je er samen verantwoordelijk voor en dan kom je er wel uit, het is dus iets meer helderheid in de besturing. Maar soms is dat niet haalbaar, of wil je dat bewust nog niet. Nou dan is die coöperatieve vorm erg prettig.”* – respondent

Hoewel dus in deze casus niet direct is op te maken waarom er voor een coöperatie is gekozen, blijkt in de casus wel een mogelijke beweegreden gegeven te worden om te kiezen voor een coöperatie; de helderheid in aansturing en de gedeelde verantwoordelijkheid van een bestuurlijke fusie lijken de keuze om te gaan samenwerken in de vorm van een bestuurlijke fusie te vergemakkelijken, echter blijkt dat in sommige situaties dat nog niet haalbaar is en er daarom voor een coöperatie wordt gekozen.

### Politieke grenzen

Ook hier lijkt de gebruikte beweegreden niet direct terug te slaan op de vorm van bestuurlijke samenwerking in deze casus. Wel blijken er beweegredenen naar voren te komen die mogelijk de totstandkoming van een coöperatie kunnen verklaren. Naar voren komt het feit dat de bestuurlijke fusie een vorm van bestuurlijke samenwerking is waarbinnen de politieke grenzen van de organisatie voor spanningen kunnen zorgen, als gevolg van nieuwe posities en nieuwe settings. Binnen de coöperatie blijkt daar minder sprake van te zijn: taken

en verantwoordelijkheden worden helder belegd en vragen als ‘wie doet wat’ en ‘what’s in it for us’ zullen binnen een coöperatie minder snel tot spanningen leiden.

*“En dat is wel aardig vanuit de coöperatie gedacht, dat je denkt van jongens als je het hebt over zeggenschap dat zo’n coöperatie de zeggenschap evenwichtiger kan regelen, dan dat je het in een andere vorm gaat doen. Dat heb je natuurlijk altijd bij fusies, wie wordt nu de baas. Zeker als je het met zittende personen blijft doen.” – respondent*

Hoewel bovenstaand citaat niet direct terug slaat op de gekozen vorm van samenwerking zoals in de casus, blijken de gebruikte beweegredenen mogelijkwijs te verklaren waarom bepaalde ziekenhuizen kiezen voor een coöperatie.

#### **5.2.4 Overzicht beweegredenen coöperatie**

In voorgaande paragrafen is ingegaan op de beweegredenen van bestuurders om (1) op zoek te gaan naar vormen van bestuurlijke samenwerking en (2) te kiezen voor een coöperatie. De verschillende beweegredenen zijn in onderstaand schema per casus weergegeven, het geeft een duidelijk beeld van de gebruikte beweegredenen van bestuurders.

Casus	Beweegredenen: waarom bestuurlijke samenwerking?	Beweegredenen: waarom een coöperatie?
Casus 1	<p>Beweegredenen die refereren aan de omgeving van ziekenhuizen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Veranderende omgeving</b> → concurrentie op de markt, spreiding en concentratie thematiek</li> <li>- <b>Marktpositie</b> → beschermen en behouden marktpositie, aantallen halen</li> <li>- <b>Bronnen</b> → professionals binnenhalen, goed werkgever zijn</li> </ul> <p>Beweegredenen die refereren aan de persoon van de bestuurder:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Prestatiemotivatie</b> → beter maken van het ziekenhuis, persoonlijk gerealiseerd doel voelt als collectief succes</li> </ul>	<p>Beweegredenen die refereren aan de organisatie van ziekenhuizen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Strategie: organisatiestructuur</b> → 'zachte' en 'vriendelijke' beeld van een coöperatie naar de buitenwereld</li> </ul> <p>Beweegredenen die refereren aan de persoon van de bestuurder:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Politieke grenzen</b> → wie doet wat, what's in it for us, onevenwichtige belegging van taken en verantwoordelijkheden</li> </ul>
Casus 2	<p>Beweegredenen die refereren aan de omgeving van ziekenhuizen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Veranderende omgeving</b> → spreiding en concentratie thematiek: aantallen halen</li> <li>- <b>Marktpositie</b> → beschermen en behouden marktpositie, ook in de regio</li> <li>- <b>Bronnen</b> → professionals binnenhalen</li> <li>- <b>Wederzijdse afhankelijkheden</b> → ten uitvoer brengen maatschappelijke opdracht</li> </ul> <p>Beweegredenen die refereren aan de persoon van de bestuurder:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Prestatiemotivatie</b> → beter maken van het ziekenhuis, persoonlijk gerealiseerd doel voelt als collectief succes</li> </ul>	<p>Beweegredenen die refereren aan de omgeving van ziekenhuizen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Veranderende omgeving</b> → mate van concurrentie binnen een bepaalde regio, geografische ligging</li> </ul> <p>Beweegredenen die refereren aan de persoon van de bestuurder:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Politieke grenzen</b> → wie doet wat, what's in it for us, onevenwichtige belegging van taken en verantwoordelijkheden</li> <li>- <b>Identiteitsgrenzen</b> → behoud eigen identiteit, opgeven goede naam</li> </ul>
Casus 3	<p>Beweegredenen die refereren aan de omgeving van ziekenhuizen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Veranderende omgeving</b> → concurrentie op de markt, spreiding en concentratie thematiek</li> <li>- <b>Marktpositie</b> → beschermen en behouden marktpositie, aantallen halen</li> </ul>	<p>Beweegredenen die refereren aan de organisatie van ziekenhuizen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Strategie: organisatiestructuur</b> → opportunistische keuze, het bestuurlijk 1 geheel maken is een stap te ver</li> </ul> <p>Beweegredenen die refereren aan de persoon van de bestuurder:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Politieke grenzen</b> → wie doet wat, what's in it for us, onevenwichtige belegging van taken en verantwoordelijkheden</li> </ul>

## 5.2 Overzicht beweegredenen: waarom bestuurlijke samenwerking?

In voorgaande paragrafen is duidelijk geworden welke beweegredenen bestuurders gebruiken bij de toelichting op de totstandkoming van bestuurlijke samenwerking in de vorm van een bestuurlijke fusie en in de vorm van een coöperatie. Deze paragraaf gaat nader in op die beweegredenen, specifiek op het 'waarom' van bestuurlijke samenwerking: waarom gaan bestuurders op zoek naar vormen van bestuurlijke samenwerking?

Uit de analyse van de beweegredenen met betrekking tot het 'waarom' van bestuurlijke samenwerking blijkt dat bestuurders van een bestuurlijke fusie en een coöperatie nagenoeg dezelfde beweegredenen gebruiken bij de toelichting op de totstandkoming van bestuurlijke samenwerking. In onderstaande figuur zijn de beweegredenen schematisch weergegeven:



Casus	Beweegredenen: waarom bestuurlijke samenwerking? – bestuurlijke fusie	Beweegredenen: waarom bestuurlijke samenwerking? – coöperatie
Casus 1	<p>Beweegredenen die refereren aan de omgeving van ziekenhuizen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Veranderende omgeving</b> → concurrentie op de markt, spreiding en concentratie thematiek, selectief inkoopgedrag zorgverzekeraar</li> <li>- <b>Bronnen</b> → professionals binnenhalen, goed werkgever zijn</li> <li>- <b>Wederzijdse afhankelijkheden</b> → ten uitvoer brengen maatschappelijke opdracht</li> </ul>	<p>Beweegredenen die refereren aan de omgeving van ziekenhuizen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Veranderende omgeving</b> → concurrentie op de markt, spreiding en concentratie thematiek</li> <li>- <b>Marktpositie</b> → beschermen en behouden marktpositie, aantallen halen</li> <li>- <b>Bronnen</b> → professionals binnenhalen, goed werkgever zijn</li> </ul> <p>Beweegredenen die refereren aan de persoon van de bestuurder:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Prestatiemotivatie</b> → beter maken van het ziekenhuis, persoonlijk gerealiseerd doel voelt als collectief succes</li> </ul>
Casus 2	<p>Beweegredenen die refereren aan de omgeving van ziekenhuizen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Marktpositie</b> → beschermen en behouden marktpositie</li> <li>- <b>Bronnen</b> → professionals binnenhalen, portfolio uitbreiden</li> <li>- <b>Wederzijdse afhankelijkheden</b> → ten uitvoer brengen maatschappelijke opdracht</li> </ul> <p>Beweegredenen die refereren aan de organisatie van ziekenhuizen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Strategie: organisatiestructuur</b> → continuïteit van het ziekenhuis waarborgen</li> </ul>	<p>Beweegredenen die refereren aan de omgeving van ziekenhuizen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Veranderende omgeving</b> → spreiding en concentratie thematiek: aantallen halen</li> <li>- <b>Marktpositie</b> → beschermen en behouden marktpositie, ook in de regio</li> <li>- <b>Bronnen</b> → professionals binnenhalen</li> <li>- <b>Wederzijdse afhankelijkheden</b> → ten uitvoer brengen maatschappelijke opdracht</li> </ul> <p>Beweegredenen die refereren aan de persoon van de bestuurder:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Prestatiemotivatie</b> → beter maken van het ziekenhuis, persoonlijk gerealiseerd doel voelt als collectief succes</li> </ul>
Casus 3	<p>Beweegredenen die refereren aan de omgeving van ziekenhuizen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Veranderende omgeving in combinatie met marktpositie</b> → Veranderingen in omgeving van ziekenhuizen zorgen voor defensieve strategie. Na totstandkoming bestuurlijke samenwerking: offensieve strategie</li> </ul> <p>Beweegredenen die refereren aan de persoon van de bestuurder:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Prestatiemotivatie</b> → Beter maken van het ziekenhuis, persoonlijk gerealiseerd doel voelt als collectief succes</li> </ul>	<p>Beweegredenen die refereren aan de omgeving van ziekenhuizen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Veranderende omgeving</b> → concurrentie op de markt, spreiding en concentratie thematiek</li> <li>- <b>Marktpositie</b> → beschermen en behouden marktpositie, aantallen halen</li> </ul>

Uit de schematische weergave van de beweegredenen blijkt dat bestuurders met name beweegredenen gebruiken die refereren aan de omgeving van ziekenhuizen. Ook de beweegredenen die refereren aan de persoon van de bestuurder blijken meermaals terug te komen. De beweegredenen die refereren aan de organisatie van ziekenhuizen zijn slechts in 1 casus duidelijk naar voren gekomen.

Uit de verschillende interviews blijkt dat bestuurders bij de toelichting op het ‘waarom’ van bestuurlijke samenwerking een samenhangend verhaal neerzetten rondom drie zogenoemde kern beweegredenen:

- Veranderingen in de omgeving van ziekenhuizen (spreiding en concentratie, selectief inkoopgedrag zorgverzekeraar, concurrentie op de markt) hebben invloed op de marktpositie van ziekenhuizen

- Het maatschappelijk doel van ziekenhuizen: ziekenhuizen voelen een maatschappelijke verantwoordelijkheid om een bijdrage te leveren aan het verbeteren van de kwaliteit van de zorg en het garanderen van de toegankelijkheid tot die zorg voor iedereen in Nederland
- Persoonlijke doelen: Bestuurders willen het ziekenhuis beter maken en bij eventueel vertrek 'goed' achterlaten

De drie beweegredenen blijken in alle gesprekken (zowel in bestuurlijke fusie casus als in coöperatie casus) tot de kern van het 'waarom' van bestuurlijke samenwerking te horen en zullen daarom navolgend de 'kern beweegredenen' genoemd. Bij de uiteenzetting van de drie kern beweegredenen blijken bestuurders ook andere beweegredenen te gebruiken die in zekere zin voortvloeien uit de drie kern beweegredenen.

Hoewel 'vertrouwen' van belang blijkt te zijn bij bestuurlijke samenwerking, worden ze door bestuurders niet gebruikt als beweegreden bij de toelichting op het 'waarom' van bestuurlijke samenwerking. Enkele 'mogelijke beweegredenen', zoals beschreven in hoofdstuk 3, blijken niet naar voren te zijn gekomen in de gesprekken:

- strategie: competitieve voordelen behalen
- machtsmotivatie
- politieke grenzen
- identiteitsgrenzen

#### *Veranderingen in de omgeving van ziekenhuizen hebben invloed op de marktpositie van ziekenhuizen*

Uit de gesprekken blijkt dat door veranderingen in de omgeving van ziekenhuizen (lees: spreiding en concentratie, selectief inkoopgedrag zorgverzekeraar en concurrentie op de markt), de marktpositie van ziekenhuizen in gevaar komt. Door op zoek te gaan naar vormen van bestuurlijke samenwerking kunnen ziekenhuizen hun positie beschermen, dan wel behouden (bijv. doordat ziekenhuizen beter in staat zijn om aan de volume normen te voldoen, of doordat een sterkere positie richting de zorgverzekeraar wordt gecreëerd). Tevens zullen ziekenhuizen als gevolg van veranderingen in hun omgeving manieren moeten vinden om goede professionals te binden en te boeien. Door op zoek te gaan naar vormen van bestuurlijke samenwerking zijn ziekenhuizen in staat om een gedifferentieerd functiepakket aan te bieden, waardoor ze aantrekkelijker worden voor professionals.

#### *Maatschappelijk doel*

Ziekenhuizen hebben de maatschappelijke opdracht om een bijdrage te leveren aan het verbeteren van de kwaliteit van de zorg en het garanderen van de toegankelijkheid ervan voor iedereen in Nederland. Het ten uitvoer brengen van die maatschappelijk opdracht in samenhang met de vele veranderingen in de omgeving van ziekenhuizen, maakt het dat bestuurlijke samenwerking een noodgedwongen beweging lijkt te worden in de zorgsector: bestuurlijke samenwerking is een middel om het maatschappelijke doel van ziekenhuizen te realiseren.

Vanuit het maatschappelijk doel vloeit het organisatiedoel voort: de continuïteit van het ziekenhuis waarborgen. Door de vele veranderingen in de omgeving van ziekenhuizen wordt het moeilijker voor bestuurders om de continuïteit van het ziekenhuis te waarborgen,

waardoor het realiseren van het maatschappelijk doel ook in gevaar komt. Door op zoek te gaan naar vormen van bestuurlijke samenwerking kan de continuïteit van het ziekenhuis gewaarborgd worden, waardoor het realiseren van het maatschappelijk doel niet in gevaar komt. Het realiseren van het organisatie doel (en indirect het realiseren van het maatschappelijk doel) blijkt vooral te maken te hebben met het invulling geven aan de strategie van de organisatie. De strategie van het ziekenhuis staat voorop en daaruit vloeit de structuur van de organisatie voort. Vanuit die gedachte bepaald de strategie van het ziekenhuis automatisch de structuur van het ziekenhuis en is bestuurlijke samenwerking een noodzakelijk gevolg van de (lange termijn) strategie van het ziekenhuis.

### Persoonlijke/sociale prestatie motivatie

Uit de gesprekken blijkt dat bestuurders naast inhoudelijke beweegredenen, ook enkele persoonlijke beweegredenen gebruiken bij de toelichting op het ‘waarom’ van bestuurlijke samenwerking. Zo blijken de persoonlijke doelen van bestuurders van belang bij de totstandkoming van samenwerkingsrelaties. Dat persoonlijke doel van bestuurders is tweeledig. Enerzijds lijken bestuurders een sterke motivatie te hebben om de prestaties van het ziekenhuis te verbeteren, anderzijds blijken bestuurders een sterke motivatie te hebben om het maatschappelijke doel van het ziekenhuis persoonlijk te verwezenlijken. Door op zoek te gaan naar vormen van bestuurlijke samenwerking zijn bestuurders beter in staat om uiting te geven aan hun persoonlijke doelen: bestuurlijke samenwerking wordt gezien als een middel om de persoonlijke doelen van bestuurders te realiseren.

Opvallend is dat de persoonlijke beweegredenen van bestuurders inhoudelijk van aard zijn en dat ‘het beter maken van het ziekenhuis’ en ‘het maatschappelijk doel van het ziekenhuis realiseren’ de belangrijkste persoonlijke beweegredenen blijken te zijn. Met andere woorden, de persoonlijke beweegredenen van bestuurders blijken sterk overeen te komen met ‘het ten uitvoer brengen van de maatschappelijke opdracht’ en lijken daardoor sterk op de inhoudelijke beweegredenen. Dit kan te maken hebben met het feit dat bestuurders geen openheid van zaken willen geven, omtrent hun persoonlijke beweegredenen. De notie uit hoofdstuk 2 is hierbij van belang: *beweegredenen zijn de motieven die we voor ons gedrag benoemen, de redenen die wij aangeven waarom we bepaalde dingen doen en/of nalaten; de redenen die wij geven hoeven niet noodzakelijkerwijs waar te zijn, ze zijn gevoelig voor sociale wenselijkheid*. Dit is een belangrijk gegeven, omdat het sociaal wenselijk antwoorden van bestuurders invloed kan hebben op de resultaten van dit onderzoek. Mogelijkerwijs hebben de bestuurders een sociaal wenselijke toelichting op het ‘waarom’ van bestuurlijke samenwerking gegeven, waardoor de persoonlijke beweegredenen van bestuurders sterk overeenkomen met de inhoudelijke beweegredenen. Beweegredenen als ‘machtsmotivatie’, ‘politieke grenzen’ en ‘identiteitsgrenzen’ zouden door bestuurders bewust naar de achtergrond kunnen zijn geschoven, teneinde ze niet als beweegredenen bij de toelichting op de totstandkoming van bestuurlijke samenwerking te gebruiken.

### 5.3 Overzicht beweegredenen: bestuurlijke fusie of coöperatie?

In voorgaande paragrafen is duidelijk geworden welke beweegredenen bestuurders gebruiken bij de toelichting op de totstandkoming van bestuurlijke samenwerking in de vorm van een bestuurlijke fusie en in de vorm van een coöperatie. Deze paragraaf gaat nader in op die beweegredenen, specifiek op het ‘hoe’ van bestuurlijke samenwerking: hoe kan de vorm van bestuurlijke samenwerking verklaard worden? In de navolgende twee subparagrafen wordt per samenwerkingsvorm (bestuurlijke fusie en coöperatie) langsgelopen welke beweegredenen bestuurders specifiek gebruiken om de vorm van bestuurlijke samenwerking toe te lichten. Als basis voor de twee subparagrafen geldt de onderstaande figuur. In de figuur zijn de beweegredenen voor de twee vormen van bestuurlijke samenwerking schematisch weergegeven:

Casus	Beweegredenen: waarom een bestuurlijke fusie?	Beweegredenen: waarom een coöperatie?
Casus 1	<p>Beweegredenen die refereren aan de omgeving van ziekenhuizen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Veranderende omgeving</b> → mededingingsautoriteit en daarmee gepaard gaande meldingsprocedures</li> </ul> <p>Beweegredenen die refereren aan de organisatie van ziekenhuizen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Strategie: organisatiestructuur</b> → waarborging bestuurlijke samenwerking, bestuurbaarheid bestuurlijke fusie</li> </ul>	<p>Beweegredenen die refereren aan de organisatie van ziekenhuizen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Strategie: organisatiestructuur</b> → ‘zachte’ en ‘vriendelijke’ beeld van een coöperatie naar de buitenwereld</li> </ul> <p>Beweegredenen die refereren aan de persoon van de bestuurder:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Politieke grenzen</b> → wie doet wat, what’s in it for us, onevenwichtige belegging van taken en verantwoordelijkheden</li> </ul>
Casus 2	<p>Beweegredenen die refereren aan de omgeving van ziekenhuizen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Veranderende omgeving</b> → mededingingsautoriteit en daarmee gepaard gaande meldingsprocedures</li> </ul> <p>Beweegredenen die refereren aan de organisatie van ziekenhuizen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Strategie: organisatiestructuur</b> → bestuurbaarheid bestuurlijke fusie, uitvoeren van strategisch beleid</li> </ul>	<p>Beweegredenen die refereren aan de omgeving van ziekenhuizen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Veranderende omgeving</b> → mate van concurrentie binnen een bepaalde regio, geografische ligging</li> </ul> <p>Beweegredenen die refereren aan de persoon van de bestuurder:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Politieke grenzen</b> → wie doet wat, what’s in it for us, onevenwichtige belegging van taken en verantwoordelijkheden</li> <li>- <b>Identiteitsgrenzen</b> → behoud eigen identiteit, opgeven goede naam</li> </ul>
Casus 3	<p>Beweegredenen die refereren aan de omgeving van ziekenhuizen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Veranderende omgeving</b> → mededingingsautoriteit en daarmee gepaard gaande meldingsprocedures</li> </ul>	<p>Beweegredenen die refereren aan de organisatie van ziekenhuizen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Strategie: organisatiestructuur</b> → opportunistische keuze, het bestuurlijk 1 geheel maken is een stap te ver</li> </ul> <p>Beweegredenen die refereren aan de persoon van de bestuurder:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Politieke grenzen</b> → wie doet wat, what’s in it for us, onevenwichtige belegging van taken en verantwoordelijkheden</li> </ul>

#### 5.3.1 Waarom een bestuurlijke fusie?

Uit de schematische weergave van de beweegredenen is op te maken dat bestuurders van een bestuurlijke fusie vooral inhoudelijke beweegredenen gebruiken om de keuze voor de vorm van bestuurlijke samenwerking (in dit geval: bestuurlijke fusie) toe te lichten. Uit de verschillende interviews blijkt dat bestuurders van een bestuurlijke fusie bij de toelichting op het ‘hoe’ van bestuurlijke samenwerking een samenhangend verhaal neerzetten rondom twee zogenoemde kern beweegredenen:

- veranderingen in de omgeving van ziekenhuizen: door meer concurrentie in de markt is de rol van de mededingingsautoriteit en de daarmee gepaard gaande wetgeving van groot belang voor de te kiezen vorm van bestuurlijke samenwerking
- structuur van de vorm van bestuurlijke samenwerking: uit de strategie van het ziekenhuis vloeit de keuze voor de vorm van bestuurlijke samenwerking voort

#### De mededingingsautoriteit en de daarmee gepaard gaande wetgeving

De ziekenhuismarkt ontwikkelt zich steeds meer richting een competitieve markt waarbinnen ziekenhuizen met elkaar concurreren. In hoofdstuk 4 is behandeld dat om die reden de mededingingsautoriteit (ACM) een zeer belangrijke speler is geworden voor ziekenhuizen en dat mededingingsrechtelijke overwegingen daarom van grote invloed zijn op de inhoud, vormgeving en governance van de bestuurlijke samenwerking.

Bestuurders van een bestuurlijke fusie geven aan onderling te willen samenwerken, zonder daarbij verantwoording te moeten afleggen bij de ACM. Omdat bij een bestuurlijke fusie slechts een eenmalige meldingsplicht bestaat en ziekenhuizen na goedkeuring vrijelijk kunnen bewegen, lijkt de keuze voor een bestuurlijke fusie voor de hand te liggen. Bestuurders van een bestuurlijke fusie geven aan dat de continue meldingsplicht bij iedere samenwerkingsactiviteit binnen een coöperatie als hinderlijk en zeer nadelig wordt gezien. Voor bestuurders blijkt de eenmalige meldingsplicht van de bestuurlijke fusie dan ook een zeer belangrijke reden te zijn om daadwerkelijk te kiezen voor een bestuurlijke fusie.

#### Structuur van de vorm van bestuurlijke samenwerking

Bestuurders van een bestuurlijke fusie blijken het veelal te hebben over de ‘bestuurbaarheid’ van de organisatie en de complexiteit van bepaalde organisatiestructuren. Bestuurders van een bestuurlijke fusie geven aan dat de helderheid in aansturing en de doorzettingsmacht binnen een bestuurlijke fusie redenen zijn om te kiezen voor een bestuurlijke fusie. Bovenliggend feit hierbij is dat bestuurders aangeven dat de structuur van de samenwerking veelal voortvloeit uit het strategisch beleid van ziekenhuizen en dat strategisch beleid beter en sneller uitgevoerd kan worden wanneer er een heldere gezagslijn aanwezig is binnen organisaties. In een coöperatie zullen beslissingen minder snel genomen kunnen worden als gevolg van het complexe karakter van besluitvormingsprocessen en de mindere mate van helderheid in de gezagslijn.

### **5.3.2 Waarom een coöperatie?**

Uit de schematische weergave van de beweegredenen is op te maken dat bestuurders van een coöperatie, in tegenstelling tot bestuurders van een bestuurlijke fusie, met name persoonlijke beweegredenen gebruiken om de keuze voor de vorm van bestuurlijke samenwerking (in dit geval: coöperatie) toe te lichten:

- interne spanningen binnen de organisatie: politieke grenzen en identiteitsgrenzen hebben invloed op de te kiezen vorm van bestuurlijke samenwerking

Naast persoonlijke beweegredenen blijken bestuurders ook inhoudelijke beweegredenen te gebruiken bij de toelichting op het ‘hoe’ van bestuurlijke samenwerking:

- veranderingen in de omgeving van ziekenhuizen: door meer concurrentie in de markt is de rol van de mededingingsautoriteit en de daarmee gepaard gaande wetgeving van groot belang voor de te kiezen vorm van bestuurlijke samenwerking
- structuur van de vorm van bestuurlijke samenwerking: uit de strategie van het ziekenhuis vloeit de keuze voor de vorm van bestuurlijke samenwerking voort

Echter, in iedere casus blijken andere inhoudelijke beweegredenen een rol te spelen, waardoor er geen uitspraken gedaan kunnen worden over de rol en aanwezigheid van inhoudelijke beweegredenen omtrent de keuze om te gaan samenwerken in de vorm van een coöperatie. De beweegredenen zijn casusafhankelijk en dus niet representatief voor andere casus.

### Interne spanningen binnen de organisatie als gevolg van politieke grenzen en identiteitsgrenzen

Bestuurders van een coöperatie geven aan dat interne spanningen als gevolg van zowel politieke grenzen als ook identiteitsgrenzen binnen de organisatie een reden zijn om bewust voor een coöperatie te kiezen. Bestuurders van een coöperatie stellen dat een bestuurlijke fusie zorgt voor nieuwe settings, nieuwe posities en nieuwe verhoudingen. Tevens blijkt het moeilijk te zijn om verantwoordelijkheden goed te beleggen binnen de organisatie en dat vragen als ‘what’s in it for us’ en ‘wie doet wat’ zeer moeilijk te beantwoorden zijn. Binnen een coöperatie zijn die vragen makkelijker en sneller te beantwoorden, waardoor er minder sprake kan zijn van interne spanning en ‘intern gedoe’. Dergelijke zaken (politieke grenzen) blijken een grote invloed te hebben op de totstandkoming van bestuurlijke samenwerking in de vorm van een coöperatie.

Naast politieke grenzen blijken ook de identiteitsgrenzen van belang te zijn, als het gaat om de te kiezen vorm van bestuurlijke samenwerking. Zo blijkt dat ziekenhuizen gesteld zijn op hun eigen identiteit en eigenheid, waardoor een bestuurlijke fusie al snel een stap te ver is. Uit de gesprekken blijkt niet dat een bestuurlijke fusie daardoor geen optie in de toekomst is, maar wel blijkt dat door de aanwezigheid van identiteitsgrenzen in sommige gevallen de bestuurlijke fusie een stap te ver is en er daardoor gekozen wordt voor de coöperatie.

### De mededingingsautoriteit en de daarmee gepaard gaande wetgeving

Voor de bestuurders in deze casus is de mededingingsautoriteit een belangrijke reden om te kiezen voor een coöperatie. Niet zo zeer de meldingsprocedure is in dat geval van belang, maar de geografische ligging van de organisatie. Zo stelt de mededingingsautoriteit dat er bij iedere vorm van bestuurlijke samenwerking moet worden vastgesteld of er sprake kan zijn van een merkbare beperking van de mededinging in de desbetreffende regio (Boekel de Nerée, 2012: 11-12). In enkele gevallen zou het dan dus ook zo kunnen zijn dat een bestuurlijke fusie, vanuit concurrentieel oogpunt, afgekeurd wordt door de mededingingsautoriteit. Zo blijkt de coöperatie een tamelijk opportunistische keuze te zijn geworden als het gaat om mededingingsrechterlijke autoriteiten: als de bestuurlijke fusie niet mag, is de keuze om te gaan samenwerken in de vorm van een coöperatie voor de hand liggend.

### Structuur van de vorm van bestuurlijke samenwerking

Zoals ook bij de bestuurlijke fusie het geval is, blijkt de keuze voor een coöperatie voor een belangrijk deel voort te vloeien uit de organisatiestrategie. Enerzijds blijkt de coöperatie een ‘zachte’ en ‘vriendelijke’ uitstraling naar buiten te hebben, waardoor er een positief beeld ontstaat bij de bestuurlijke samenwerking. In een enkele casus blijkt dit een belangrijke reden te zijn geweest om te gaan samenwerken in de vorm van een coöperatie.

Ook blijkt uit gesprekken dat een bestuurlijke fusie in sommige gevallen nog niet gewenst en/of haalbaar is. Dit kan te maken hebben met het feit dat het voor de samenwerkende partijen nog te vroeg is om bestuurlijk 1 geheel te vormen. De redenen hiervoor kunnen uiteenlopend zijn, in de gesprekken is daar echter niet verder op ingegaan. Wel blijkt dat de coöperatie op dat moment een voor de hand liggende en daarmee opportunistische keuze is.

## Hoofdstuk 6 Conclusie

Dit hoofdstuk biedt een overzicht van de resultaten van het onderzoek. De hoofdvraag van dit onderzoek luidt:

*Welke (combinatie van) beweegredenen gebruiken ziekenhuisbestuurders, gegeven de veranderingen in het Nederlandse zorglandschap, bij de toelichting op het ‘waarom’ van bestuurlijke samenwerking en hoe kan de keuze voor een bestuurlijke fusie en een coöperatie verklaard worden?*

Uit de hoofdvraag vloeien enkele deelvragen voort, welke navolgend behandeld en beantwoord worden. Tot slot geeft de laatste paragraaf antwoord op de hoofdvraag van dit onderzoek.

### 6.1 Beantwoording deelvragen

De navolgende paragrafen geven antwoord op de verschillende deelvragen van dit onderzoek:

- deelvraag 1: Hoe ziet het Nederlandse zorglandschap eruit?
- deelvraag 2: Wat zijn de huidige ontwikkelingen in het zorglandschap en welke invloed hebben die ontwikkelingen op de ziekenhuissector?
- deelvraag 3: Wat wordt er verstaan onder bestuurlijke samenwerking en welke vormen van bestuurlijke samenwerking kent de ziekenhuissector?
- deelvraag 4: Wat zijn mogelijke beweegredenen voor bestuurlijke samenwerking in de ziekenhuissector en hoe kunnen die geordend worden?
- deelvraag 5: Wat zijn beweegredenen voor ziekenhuisbestuurders op zoek te gaan naar vormen van bestuurlijke samenwerking?

#### 6.1.1 Het Nederlandse zorglandschap

De ‘zorgsector’ is het geheel van zorgverleners, instellingen, middelen en activiteiten, welke zich richten op het in stand houden en verbeteren van de gezondheidstoestand en/of de zelfredzaamheid van de Nederlandse burger en op het reduceren, opheffen, compenseren en voorkomen van tekorten daarin. Deze definitie focust zich vooral op de primaire doelstelling van instellingen en activiteiten binnen die zorgsector, namelijk het verlenen van zorg. De zorgsector is echter breder dan deze definitie doet vermoeden; naast de instellingen en activiteiten die dichtbij het zogenoemde primaire proces van de zorgverlening staan, bevat de zorgsector ook nog instellingen en activiteiten die meer op afstand staan van het primaire proces. Die partijen en activiteiten hebben een belangrijke rol bij het scheppen van de randvoorwaarden voor het verlenen van zorg.

Om een onderscheid te kunnen aanbrengen in instellingen en activiteiten binnen de zorgsector, worden dikwijls de begrippen ‘care’ en ‘cure’ gebruikt. Binnen ‘care’ vallen de instellingen en activiteiten die tot doel hebben om de nadelen van ziekten, stoornissen en



beperkingen zo veel mogelijk te verminderen en te voorkomen. Het betreffen dikwijls activiteiten in het domein van de langdurige zorg (verpleeghuis, verzorgingshuis, thuiszorg, geestelijke gezondheidszorg en de gehandicaptenzorg). Wanneer men het heeft over de ‘cure’, heeft men het dikwijls over ziekenhuizen, de huisarts en de revalidatie (RVZ, 2011); de instellingen en activiteiten binnen de ‘cure’ richten zich vooral op genezing en herstel.

### 6.1.2 Ontwikkelingen in het Nederlandse zorglandschap

De zorgsector is in beweging en bevindt zich momenteel in een fase waarin betrokken partijen gezamenlijk proberen de collectieve uitgaven te beheersen. Met de invoering van de zorgverzekeringswet in 2006 laat de overheid steeds meer marktmechanismen in de zorg toe, teneinde de gezondheidszorg doelmatiger en efficiënter te maken. Het proces van marktwerking in de gezondheidszorg is dan ook in volle gang en het biedt mogelijkwerijs weerstand tegen de grote veranderingen waaraan het huidige zorglandschap onderhevig is. Met name demografische, sociaaleconomische en technologische ontwikkelingen leiden tot een flinke kostenstijging in de zorgsector. Daarbij is het voor dit onderzoek van belang te vermelden dat bijna een kwart van de uitgaven in de zorgsector bestemd zijn voor de ziekenhuiszorg. Het is dan ook niet verwonderlijk dat de verschillende ontwikkelingen in de samenleving en de daarmee gepaard gaande stijging van de zorgkosten een grote impact hebben op de ziekenhuiszorg: ook de ziekenhuissector is aan grote veranderingen onderhevig. Uit de empirie blijkt dat met name drie ontwikkelingen in de omgeving van ziekenhuizen grote impact hebben op de ziekenhuissector: 1) spreiding en concentratie van ziekenhuisfuncties, 2) selectief inkoopgedrag zorgverzekeraar en 3) steeds meer concurrentie en samenwerking in de markt. De drie verschillende ontwikkelingen zorgen voor dynamiek in het speelveld van ziekenhuizen, waardoor de structuur van de sector verandert. Het onderzoek van KPMG Plexus ‘Wie doet het met wie in de zorg?’ toont dat aan: samenwerking tussen ziekenhuizen staat onverminderd hoog op de bestuurlijke agenda en in de toekomst zal het aantal zelfstandige ziekenhuizen flink afnemen als gevolg van steeds meer samenwerkingsverbanden tussen ziekenhuizen.

### 6.1.3 Wat is bestuurlijke samenwerking?

Onder bestuurlijke samenwerking wordt verstaan een samenwerkingsverband tussen een of meer onafhankelijke organisaties, dat voldoet aan de volgende criteria:

#### Doelen

Gezamenlijke doelen liggen ten grondslag aan de beoogde samenwerking. Met andere woorden, organisaties werken samen om een bepaald doel te bereiken waarbij de organisaties elkaar nodig hebben.

#### Risico's, kosten en opbrengsten

Binnen de samenwerking zijn er gezamenlijke risico's, kosten en opbrengsten. Met het woord ‘gezamenlijk’ wordt niet bedoeld dat er per definitie één winst- en verliesrekening aanwezig hoeft te zijn binnen het samenwerkingsverband. Het gaat er vooral om dat iedere organisatie binnen de samenwerking risico's, kosten en opbrengsten heeft die zonder het samenwerkingsverband niet aan de orde zouden zijn geweest.

### Gezamenlijke besluitvorming

Binnen de samenwerking moet er sprake zijn van gezamenlijke besluitvorming. Hierbij hoeft er geen sprake te zijn van een volmaakte democratie, maar enige vorm van eenzijdige besluitvorming dient afwezig te zijn.

### Regelmatige samenwerking

Tussen organisaties vindt regelmatige samenwerking plaats, waarbij input van alle samenwerkende partijen van belang is; een licentieovereenkomst waarbij eenmalige uitwisseling van gegevens en informatie plaatsvindt en waarbij organisatie vervolgens hun eigen weg gaan voldoet niet aan deze eis.

### Samenwerking tussen organisaties

De beoogde samenwerking wordt aangegaan door de Raden van Bestuur van organisaties. Hiermee wordt bedoeld dat het gaat om samenwerking tussen organisaties en niet zo zeer samenwerking tussen individuen in afdelingen, teams of projecten.

Door de verscheidenheid aan onderzoeken en daaruit voortvloeiende typen samenwerkingsverbanden, worden er verschillende criteria gebruikt om samenwerkingsvormen in de theorie en praktijk te duiden. In dit onderzoek wordt figuur 2 (zie hoofdstuk 2) gebruikt om de verschillende vormen van samenwerking in theorie en praktijk te duiden. De pijl van links naar rechts geeft de mate van 'duurzame intentie' aan; bij een eenmalige markttransactie tussen twee partijen is er daarom niet sprake van samenwerking, daar er geen sprake is van een duurzame intentie. Ook geldt dat wanneer een organisatie besluit om een andere organisatie over te nemen (juridische fusie/overname), er wederom geen sprake kan zijn van een samenwerkingsrelatie. De reden hiervoor is het feit dat de overgenomen organisatie haar volledige autonomie opgeeft en dat daarmee de intentie om samen te werken een permanent karakter krijgt.

In dit onderzoek staan de coöperatie en bestuurlijke fusie centraal. In een coöperatie worden bepaalde gezamenlijke activiteiten ondergebracht; dikwijls wordt er gesproken over 'het samenwerken op onderdelen'. Betrokkenen kunnen als lid toetreden tot de coöperatie en in de ledenovereenkomst kunnen afspraken gemaakt worden over de beoogde samenwerking. In de praktijk zijn er verschillende soorten coöperaties te zien. In dit onderzoek is ingegaan op de coöperatie die 'onder' de samenwerkende ziekenhuizen hangt, dit betekent dat de samenwerkende partijen zelfstandig blijven bestaan. In een bestuurlijke fusie kunnen de samenwerkende partijen als afzonderlijke rechtspersonen blijven bestaan, echter wordt er een gemeenschappelijk bestuur in het leven geroepen. Zo kunnen de deelnemende partijen onder de zeggenschap van een gemeenschappelijk bestuur als afzonderlijke rechtspersonen, bijvoorbeeld in een werkmaatschappij, blijven functioneren. Door het in het leven geroepen gemeenschappelijk bestuur, kent een bestuurlijke fusie in tegenstelling tot een coöperatie gemeenschappelijke besluitvormingsorganen.

#### **6.1.4 Wat zijn mogelijke beweegredenen voor bestuurlijke samenwerking in de ziekenhuissector?**

In dit onderzoek is onderzocht wat de beweegredenen zijn van bestuurders om te gaan samenwerken in de vorm van een bestuurlijke fusie of een coöperatie. Met het onderzoeken van beweegredenen van bestuurders wordt in feite antwoord gegeven op de vraag wat hen nu eigenlijk motiveert om samenwerkingsrelaties aan te gaan en welke overwegingen een rol spelen bij de totstandkoming van een samenwerkingsrelatie.

Beweegredenen zijn de motieven die we voor ons gedrag benoemen, de redenen die wij aangeven waarom we bepaalde dingen doen en/of nalaten. In dit onderzoek is een onderscheid gemaakt in twee typen beweegredenen: inhoudelijke en persoonlijke beweegredenen.

Bij inhoudelijke beweegredenen gaat het vooral om rationele overwegingen die betiteld kunnen worden als argumenten. Die overwegingen worden dikwijls ontleend aan een rationele analyse van een betreffende situatie. Bij persoonlijke beweegredenen gaat het vooral om overwegingen die bestuurders ontleen aan persoonlijke overtuigingen en drijfveren, zoals macht, autonomie, engagement, angst, etc. De twee typen beweegredenen zijn gedurende het onderzoek geordend aan de hand van drie niveaus: 1) beweegredenen die refereren aan de omgeving van ziekenhuizen – macro niveau, 2) beweegredenen die refereren aan de organisatie van ziekenhuizen – meso niveau en 3) beweegredenen die refereren aan de persoon van de bestuurder – micro niveau. Per niveau zijn er verschillende concepten ontleend aan theorie, welke afzonderlijk een mogelijke verklaring bieden voor de totstandkoming van (vormen van) bestuurlijke samenwerking. Om die reden kunnen de concepten betiteld worden als ‘mogelijke beweegredenen voor vormen van bestuurlijke samenwerking’. In hoofdstuk 3 zijn die mogelijke beweegredenen via operationalisatie waarneembaar en dus ook meetbaar gemaakt. Doordat er in de literatuurverkenning is gekeken naar drie niveaus, zullen de beweegredenen van bestuurders ook geordend worden op basis van die drie niveaus: beweegredenen die refereren aan (1) de omgeving van ziekenhuizen, (2) de organisatie van ziekenhuizen en (3) de persoon van de bestuurder. Daarbij geldt dat de beweegredenen refererend aan de omgeving en organisatie van ziekenhuizen betiteld kunnen worden als ‘inhoudelijke beweegredenen’ en de beweegredenen refererend aan de persoon van de bestuurder als ‘persoonlijke beweegredenen’. Door in de empirie op zoek te gaan naar de beweegredenen van bestuurders omtrent (de vorm van) bestuurlijke samenwerking, zal blijken of de theoretische concepten ook daadwerkelijk een verklaring bieden voor de totstandkoming van coöperaties en bestuurlijke fusies in de Nederlandse ziekenhuissector. In hoofdstuk is in drie schema’s weergegeven wat per niveau mogelijke beweegredenen voor bestuurders kunnen zijn om op zoek te gaan naar vormen van bestuurlijke samenwerking.

#### **6.2 Beantwoording hoofdvraag**

De hoofdvraag in dit onderzoek bestaat uit twee delen. Het eerste deel gaat in op het ‘waarom’ van bestuurlijke samenwerking. Het geeft antwoord op de vraag waarom bestuurders van ziekenhuizen op zoek gaan naar vormen van bestuurlijke samenwerking. Door in kaart te brengen welke beweegredenen bestuurders gebruiken bij de toelichting op de

totstandkoming van bestuurlijke samenwerking wordt duidelijk waarom bestuurders op zoek gaan naar vormen van bestuurlijke samenwerking. Het tweede deel van de hoofdvraag gaat in op het ‘hoe’ van bestuurlijke samenwerking. Het geeft antwoord op de vraag hoe de vorm van bestuurlijke samenwerking verklaard kan worden. Door in kaart te brengen welke beweegredenen bestuurders gebruiken bij de toelichting op de vorm van bestuurlijke samenwerking (bestuurlijke fusie of coöperatie) wordt duidelijk hoe de keuze om te gaan samenwerken in de vorm van een bestuurlijke fusie of coöperatie verklaard kan worden.

### 6.2.1 Waarom gaan ziekenhuizen op zoek naar bestuurlijke samenwerking?

Bij de toelichting op het ‘waarom’ van bestuurlijke samenwerking blijken bestuurders van een bestuurlijke fusie en een coöperatie nagenoeg dezelfde beweegredenen te gebruiken. Die beweegredenen zijn zowel inhoudelijk als ook persoonlijk van aard. De inhoudelijke beweegredenen refereren vooral aan de omgeving van ziekenhuizen, de persoonlijke beweegredenen aan de persoon van de bestuurder. Beweegredenen die refereren aan de organisatie van het ziekenhuis blijken slechts in 1 casus terug te komen.

Concluderend kan gesteld worden dat bestuurders van ziekenhuizen de volgende ‘kern beweegredenen’ gebruiken, om het ‘waarom’ van bestuurlijke samenwerking toe te lichten:

- Veranderingen in de omgeving van ziekenhuizen (spreiding en concentratie, selectief inkoopgedrag zorgverzekeraar, concurrentie op de markt) hebben invloed op de marktpositie van ziekenhuizen
- Het maatschappelijk doel van ziekenhuizen: ziekenhuizen voelen een maatschappelijke verantwoordelijkheid om een bijdrage te leveren aan het verbeteren van de kwaliteit van de zorg en het garanderen van de toegankelijkheid tot die zorg voor iedereen in Nederland
- Persoonlijke doelen: Bestuurders willen het ziekenhuis beter maken en bij eventueel vertrek ‘goed’ achterlaten

Bij de uiteenzetting van de drie kern beweegredenen blijken bestuurders ook enkele andere beweegredenen te gebruiken die in zekere zin voortvloeien uit de drie kern beweegredenen. Hoewel ‘vertrouwen’ van belang blijkt te zijn bij bestuurlijke samenwerking, worden ze door bestuurders niet gebruikt als beweegreden bij de toelichting op het ‘waarom’ van bestuurlijke samenwerking. Enkele ‘mogelijke beweegredenen’, zoals beschreven in hoofdstuk 3, blijken niet naar voren te zijn gekomen in de gesprekken:

- strategie: competitieve voordelen behalen
- machtsmotivatie
- politieke grenzen
- identiteitsgrenzen

#### *Veranderingen in de omgeving van ziekenhuizen hebben invloed op de marktpositie van ziekenhuizen*

Veranderingen in de omgeving van ziekenhuizen (lees: spreiding en concentratie, selectief inkoopgedrag zorgverzekeraar en concurrentie op de markt) hebben grote invloed op de marktpositie van ziekenhuizen. Door op zoek te gaan naar vormen van bestuurlijke samenwerking zijn ziekenhuizen in staat om hun positie in de markt te beschermen, dan wel te behouden (bijv. doordat ziekenhuizen beter in staat zijn om aan de volume normen te

voldoen, of doordat een sterkere positie richting de zorgverzekeraar wordt gecreëerd). Tevens zullen ziekenhuizen als gevolg van veranderingen in hun omgeving manieren moeten vinden om goede professionals te binden en te boeien. Door op zoek te gaan naar vormen van bestuurlijke samenwerking zijn ziekenhuizen in staat om een gedifferentieerd functiepakket aan te bieden, waardoor ze aantrekkelijker worden voor professionals. Het binnenhalen van bronnen blijkt een belangrijke beweegreden te zijn voor bestuurders om op zoek te gaan naar vormen van bestuurlijke samenwerking.

### Maatschappelijk doel

Het ten uitvoer brengen van de maatschappelijk opdracht in samenhang met de vele veranderingen in de omgeving van ziekenhuizen maakt het dat bestuurlijke samenwerking een noodgedwongen beweging lijkt te worden in de ziekenhuissector: bestuurlijke samenwerking is een middel om het maatschappelijke doel te realiseren.

Vanuit het maatschappelijk doel vloeit het organisatiedoel voort: de continuïteit van het ziekenhuis waarborgen. Door de vele veranderingen in de omgeving van ziekenhuizen wordt het moeilijker voor bestuurders om de continuïteit van het ziekenhuis te waarborgen, waardoor het realiseren van het maatschappelijk doel ook in gevaar komt. Door op zoek te gaan naar vormen van bestuurlijke samenwerking zijn ziekenhuizen in staat te voldoen aan de maatschappelijk doelen en daarmee de continuïteit van de organisatie te waarborgen. Het realiseren van dergelijke doelen blijkt vooral te maken te hebben met het invulling geven aan de strategie van de organisatie. De strategie van het ziekenhuis staat voorop en daaruit vloeit de structuur van de organisatie voort. Vanuit die gedachte bepaald de strategie van het ziekenhuis automatisch de structuur van het ziekenhuis en is bestuurlijke samenwerking een noodzakelijk gevolg van de (lange termijn) strategie van het ziekenhuis.

### Persoonlijke/sociale prestatie motivatie

Persoonlijke doelen van bestuurders blijken van belang te zijn bij de totstandkoming van vormen van bestuurlijke samenwerking. Het persoonlijke doel van bestuurders is tweeledig. Enerzijds hebben bestuurders een sterke motivatie om de prestaties van het ziekenhuis te verbeteren, anderzijds hebben bestuurders een sterke motivatie om het maatschappelijke doel van het ziekenhuis persoonlijk te verwezenlijken. Door op zoek te gaan naar vormen van bestuurlijke samenwerking zijn bestuurders beter in staat om uiting te geven aan hun persoonlijke doelen: bestuurlijke samenwerking is een middel om persoonlijke doelen te realiseren.

De persoonlijke beweegredenen van bestuurders komen overeen met ‘het ten uitvoer brengen van de maatschappelijke opdracht’ en lijken daardoor sterk op de inhoudelijke beweegredenen. Dit kan te maken hebben met het feit dat bestuurders geen openheid van zaken willen geven omtrent hun persoonlijke beweegredenen. De notie uit hoofdstuk 2 is hierbij van belang: *beweegredenen zijn de motieven die we voor ons gedrag benoemen, de redenen die wij aangeven waarom we bepaalde dingen doen en/of nalaten; de redenen die wij geven hoeven niet noodzakelijkerwijs waar te zijn, ze zijn gevoelig voor sociale wenselijkheid.* Mogelijkerwijs hebben de bestuurders een sociaal wenselijke toelichting op het ‘waarom’ van bestuurlijke samenwerking gegeven, waardoor beweegredenen als ‘machtsmotivatie’, ‘politieke grenzen’ en ‘identiteitsgrenzen’ bewust naar de achtergrond zijn geschoven,

teneinde ze niet als beweegredenen bij de toelichting op de totstandkoming van bestuurlijke samenwerking te gebruiken.

### **Schematische weergave combinatie van beweegredenen**

In onderstaande figuur zijn de drie kern beweegredenen weergegeven en de daaruit voortvloeiende overige beweegredenen. De combinatie van die verschillende beweegredenen worden in samenhang neergezet door bestuurders van zowel een bestuurlijke fusie, als ook van een coöperatie, bij de toelichting op de totstandkoming van bestuurlijke samenwerking.

Veranderingen in de omgeving van ziekenhuizen	Maatschappelijk doel	Persoonlijke/sociale prestatie motivatie
<ul style="list-style-type: none"><li>• Marktpositie beschermen/behouden: aantallen halen, sterke positie richting zorgverzekeraar creëren</li><li>• Bronnen: door gedifferentieerd functiepakket, aantrekkelijke werkgever</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Organisatiedoelen: continuïteit van het bedrijf waarborgen, waardoor maatschappelijk doel gerealiseerd kan worden</li><li>• Strategie: samenwerking als uitwerking van strategie teneinde de continuïteit van het ziekenhuis te kunnen waarborgen</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Persoonlijke doelen: ziekenhuis beter willen maken en goed willen achterlaten bij eventueel vertrek</li><li>• Persoonlijke doelen: als bestuurder en als ziekenhuis het maatschappelijk doel verwezenlijken</li></ul>

### **6.2.2 Hoe kan de vorm van bestuurlijke samenwerking verklaard worden?**

Uit de analyse blijkt dat bestuurders van een bestuurlijke fusie bij de toelichting van de gekozen vorm van bestuurlijke samenwerking andere beweegredenen gebruiken dan bestuurders van een coöperatie. Met dit gegeven wordt duidelijk dat verklaringen voor de vorm van bestuurlijke samenwerking afhankelijk zijn van de vorm van bestuurlijke samenwerking.

#### **Verklaringen voor de bestuurlijke fusie**

Bestuurders van een bestuurlijke fusie gebruiken vooral inhoudelijke beweegredenen om de keuze voor de vorm van bestuurlijke samenwerking toe te lichten. Bestuurders van een bestuurlijke fusie zetten bij de toelichting op het 'hoe' van bestuurlijke samenwerking een samenhangend verhaal neer rondom twee zogenoemde kern beweegredenen:

- veranderingen in de omgeving van ziekenhuizen: door meer concurrentie in de markt is de rol van de mededingingsautoriteit en de daarmee gepaard gaande wetgeving van groot belang voor de te kiezen vorm van bestuurlijke samenwerking
- structuur van de vorm van bestuurlijke samenwerking: uit de strategie van het ziekenhuis vloeit de keuze voor de vorm van bestuurlijke samenwerking voort

### De mededingingsautoriteit en de daarmee gepaard gaande wetgeving

Bestuurders van een bestuurlijke fusie geven aan onderling te willen samenwerken zonder daarbij verantwoording te moeten afleggen bij de ACM. Omdat bij een bestuurlijke fusie slechts een eenmalige meldingsplicht bestaat en ziekenhuizen na goedkeuring door de mededingingsautoriteit vrijelijk kunnen bewegen, lijkt de keuze voor een bestuurlijke fusie voor de hand te liggen. Bestuurders van een bestuurlijke fusie geven aan dat de continue meldingsplicht bij iedere samenwerkingsactiviteit binnen een coöperatie als hinderlijk en zeer nadelig wordt gezien. De meldingsplicht en de daarmee gepaard gaande meldingsprocedure blijken te verklaren waarom bestuurders voor een bestuurlijke fusie kiezen; de bestuurlijke fusie is de enige vorm van bestuurlijke samenwerking waarbij er slechts een eenmalige meldingsplicht bestaat. Na goedkeuring door de mededingingsautoriteit kunnen de samenwerkende partijen vrijelijk bewegen zonder daarbij de verplichting te hebben om samenwerkingsactiviteiten te melden.

### Structuur van de vorm van bestuurlijke samenwerking

Bestuurders van een bestuurlijke fusie geven aan dat de helderheid in aansturing en de doorzettingsmacht binnen een bestuurlijke fusie redenen zijn om te kiezen voor een bestuurlijke fusie. Bovenliggend feit hierbij is dat bestuurders aangeven dat de structuur van de bestuurlijke samenwerking veelal voortvloeit uit het strategisch beleid van ziekenhuizen en dat strategisch beleid beter en sneller uitgevoerd kan worden wanneer er een heldere gezagslijn aanwezig is binnen organisaties. Bestuurders geven aan dat beslissingen binnen een coöperatie minder snel genomen kunnen worden als gevolg van het complexe karakter van besluitvormingsprocessen en de mindere mate van helderheid in de gezagslijn. Het hebben van ‘doorzettingsmacht’ als gevolg van een eenduidige gezagslijn blijkt te verklaren waarom bestuurders een bestuurlijke fusie verkiezen boven een andere vorm van bestuurlijke samenwerking (bijv. een coöperatie).

### **Schematische weergave combinatie van beweegredenen**

In onderstaande figuur zijn de twee kern beweegredenen weergegeven. De combinatie van die twee beweegredenen worden in samenhang neergezet door bestuurders van een bestuurlijke fusie, bij de toelichting op de vorm van bestuurlijke samenwerking. Het overzicht biedt een verklaring voor het feit dat bestuurders kiezen voor een bestuurlijke fusie als vorm van bestuurlijke samenwerking.

<p>Rol van de mededingingsautoriteit en daarmee gepaard gaande wetgeving</p>	<p>Structuur van de te kiezen samenwerkingsvorm, in relatie tot het strategisch beleid van ziekenhuizen</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Samenwerken zonder verantwoording te hoeven afleggen aan mededingingsautoriteit, meldingsprocedures</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bestuurbaarheid binnen een bestuurlijke fusie</li> <li>• Eenduidige gezagslijn en doorzettingsmacht t.b.v. uitvoeren strategisch beleid</li> </ul>

### Verklaringen voor een coöperatie

Bestuurders van een coöperatie gebruiken, in tegenstelling tot bestuurders van een bestuurlijke fusie, met name persoonlijke beweegredenen om de keuze voor de vorm van bestuurlijke samenwerking toe te lichten:

- interne spanningen binnen de organisatie: politieke grenzen en identiteitsgrenzen hebben invloed op de te kiezen vorm van bestuurlijke samenwerking

Naast persoonlijke beweegredenen blijken bestuurders ook inhoudelijke beweegredenen te gebruiken bij de toelichting op het 'hoe' van bestuurlijke samenwerking. Echter, in iedere casus blijken andere inhoudelijke beweegredenen een rol te spelen, waardoor er geen uitspraken gedaan kunnen worden over de rol en aanwezigheid van inhoudelijke beweegredenen omtrent de keuze om te gaan samenwerken in de vorm van een coöperatie. De beweegredenen zijn casusafhankelijk en dus niet representatief voor andere casus:

- veranderingen in de omgeving van ziekenhuizen: door meer concurrentie in de markt is de rol van de mededingingsautoriteit en de daarmee gepaard gaande wetgeving van groot belang voor de te kiezen vorm van bestuurlijke samenwerking
- structuur van de vorm van bestuurlijke samenwerking: uit de strategie van het ziekenhuis vloeit de keuze voor de vorm van bestuurlijke samenwerking voort

#### Interne spanningen binnen de organisatie als gevolg van politieke grenzen en identiteitsgrenzen

Bestuurders van een coöperatie geven aan dat interne spanningen als gevolg van zowel politieke grenzen als ook identiteitsgrenzen binnen de organisatie een reden zijn om bewust voor een coöperatie te kiezen. Bestuurders van een coöperatie stellen dat een bestuurlijke fusie zorgt voor nieuwe settings, nieuwe posities en nieuwe verhoudingen. Tevens blijkt het moeilijk te zijn om verantwoordelijkheden goed te beleggen binnen een bestuurlijke fusie en dat vragen als 'what's in it for us' en 'wie doet wat' zorgen voor interne spanningen. Binnen een coöperatie zijn die vragen makkelijker en sneller te beantwoorden, waardoor er minder sprake kan zijn van interne spanning en 'intern gedoe'. Dergelijke zaken blijken te verklaren waarom bestuurders de coöperatie kiezen als vorm voor bestuurlijke samenwerking.

Naast politieke grenzen zijn ook identiteitsgrenzen van belang, als het gaat om de te kiezen vorm van bestuurlijke samenwerking. Ziekenhuizen zijn gesteld op hun eigen identiteit en eigenheid, waardoor een bestuurlijke fusie al snel een stap te ver is. Uit de gesprekken blijkt



niet dat een bestuurlijke fusie daardoor geen optie in de toekomst is, maar wel blijkt de aanwezigheid van identiteitsgrenzen te verklaren waarom er voor een coöperatie gekozen wordt als vorm van bestuurlijke samenwerking.

#### De mededingingsautoriteit en de daarmee gepaard gaande wetgeving

Voor sommige bestuurders is de mededingingsautoriteit een belangrijke reden om te kiezen voor een coöperatie. Niet zo zeer de meldingsprocedure is in dat geval van belang, maar de geografische ligging van de organisatie. Zo stelt de mededingingsautoriteit dat er bij iedere vorm van bestuurlijke samenwerking moet worden vastgesteld of er sprake kan zijn van een merkbare beperking van de mededinging in de desbetreffende regio. In enkele gevallen zou het kunnen zijn dat een bestuurlijke fusie vanuit concurrentieel oogpunt afgekeurd wordt door de mededingingsautoriteit. De coöperatie blijkt in een dergelijk geval een tamelijk opportunistische keuze te zijn: als de bestuurlijke fusie niet mag, is de keuze om te gaan samenwerken in de vorm van een coöperatie voor de hand liggend.

#### Structuur van de vorm van bestuurlijke samenwerking

Zoals ook bij de bestuurlijke fusie het geval is, blijkt de keuze voor een coöperatie voor een belangrijk deel voort te vloeien uit de organisatiestrategie. Enerzijds blijkt de coöperatie een 'zachte' en 'vriendelijke' uitstraling naar buiten te hebben, waardoor er een positief beeld ontstaat bij de bestuurlijke samenwerking. Voor sommige bestuurders blijkt dit een belangrijke reden te zijn om te kiezen voor een coöperatie als vorm van bestuurlijke samenwerking. Tevens kan een bestuurlijke fusie in sommige gevallen nog niet gewenst en/of haalbaar zijn. Dit kan te maken hebben met het feit dat het voor de samenwerkende partijen nog te vroeg is om bestuurlijk 1 geheel te vormen, de redenen hiervoor kunnen uiteenlopend zijn. De coöperatie blijkt in een dergelijk geval een tamelijk opportunistische keuze te zijn: als de bestuurlijke fusie (nog) niet gewenst en/of haalbaar is, is de keuze om te gaan samenwerken in de vorm van een coöperatie voor de hand liggend.

### **Schematische weergave combinatie van beweegredenen**

In onderstaande figuur zijn de kern beweegredenen weergegeven. De beweegredenen worden in samenhang neergezet door bestuurders van een coöperatie, bij de toelichting op de vorm van bestuurlijke samenwerking. Het overzicht biedt een verklaring voor het feit dat bestuurders kiezen voor een coöperatie als vorm van bestuurlijke samenwerking.

#### Interne spanningen a.g.v. politieke grenzen en identiteitsgrenzen

- Politieke grenzen: nieuwe settings, nieuwe verhoudingen en nieuwe posities zorgen voor interne spanning en 'intern gedoe'
- Identiteitsgrenzen: ziekenhuizen zijn gesteld op hun eigen identiteit en eigenheid, bestuurlijk fuseren komt te vroeg/is een stap te ver

In de 3 ‘coöperatiecasussen’ worden naast persoonlijke beweegredenen ook inhoudelijke beweegredenen gebruikt bij de toelichting op de keuze van de vorm van bestuurlijke samenwerking. De beweegredenen zijn echter casusafhankelijk en dus niet representatief voor andere casussen. De onderstaande figuur biedt een overzicht van de inhoudelijk beweegredenen die naast de persoonlijke beweegredenen een belangrijke rol blijken te spelen. Het overzicht biedt een verklaring waarom bestuurders in de 3 casus kiezen voor een coöperatie als vorm van bestuurlijke samenwerking.

Rol van de mededingingsautoriteit en daarmee gepaard gaande wetgeving	Structuur van de te kiezen samenwerkingsvorm
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Geografische ligging organisatie, mate van concurrentie, coöperatie is een opportunistische keuze</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 'Zachte' en 'vriendelijke' uitstraling van coöperatie</li> <li>• Bestuurlijk 1 geheel vormen is een stap te ver, coöperatie is een opportunistische keuze</li> </ul>

### 6.3 Opbrengsten van het onderzoek

De resultaten van dit onderzoek bieden inzicht in de beweegredenen van bestuurders in de ziekenhuiszorg omtrent bestuurlijke samenwerking. Vragen als ‘waarom gaan ziekenhuizen op zoek naar bestuurlijke samenwerking?’ en ‘wat verklaart de vorm van bestuurlijke samenwerking in de ziekenhuiszorg?’ kunnen naar aanleiding van dit onderzoek beantwoord worden. Tevens levert dit onderzoek een bijdrage aan de publieke discussie; het biedt een feitelijke onderbouwing bij vragen als ‘wat gebeurt er nu eigenlijk?’, ‘waarom wordt er samengewerkt in een specifiek vorm?’, ‘hoe wordt er samengewerkt?’.

#### 6.3.1 Het ‘waarom’ van bestuurlijke samenwerking

##### Inhoudelijke beweegredenen van bestuurders

De verschillende uiteengezette concepten in hoofdstuk 2 blijken slechts ten dele een juiste verklaring te bieden voor de totstandkoming van vormen van bestuurlijke samenwerking in de Nederlandse ziekenhuiszorg. Zo spelen de beweegredenen die refereren aan de organisatie van ziekenhuizen nauwelijks tot geen rol bij de totstandkoming van vormen van bestuurlijke samenwerking. Dit in tegenstelling tot de beweegredenen die refereren aan de omgeving van ziekenhuizen; de theoretische concepten en de daaruit voortvloeiende mogelijke verklaringen voor de totstandkoming van bestuurlijke samenwerking blijken overeen te komen met de inhoudelijke beweegredenen van bestuurders: de veranderingen in de omgeving van ziekenhuizen zijn van groot belang als het gaat om de totstandkoming van vormen van bestuurlijke samenwerking in de Nederlandse ziekenhuiszorg. Zowel de bestuurders van een

bestuurlijke fusie als ook de bestuurders van een coöperatie hebben dezelfde inhoudelijke beweegredenen: veranderingen in de omgeving van de Nederlandse ziekenhuizen dragen voor een groot deel bij aan de toenemende mate van de totstandkoming van vormen van bestuurlijke samenwerking in de Nederlandse ziekenhuiszorg. Het gaat daarbij niet zo zeer om het behalen van competitieve voordelen of het verkrijgen van marktmacht, maar vooral om het beschermen van belangrijke functies in het ziekenhuis: door op zoek te gaan naar vormen van bestuurlijke samenwerking trachten ziekenhuizen de kwaliteit en betaalbaarheid van zorg te verhogen, alsmede de toegankelijkheid van die zorg te waarborgen.

### **Persoonlijke beweegredenen van bestuurders**

Met betrekking tot de persoonlijke beweegredenen van bestuurders blijken de verschillende concepten en de daaruit voortvloeiende verklaringen slechts voor een klein deel overeen te komen met de persoonlijke beweegredenen van bestuurders: de in hoofdstuk 2 uiteengezette concepten op micro niveau blijken slechts voor een klein deel een verklaring te bieden voor de totstandkoming van bestuurlijke samenwerking in de Nederlandse ziekenhuiszorg. Zo spelen de concepten ‘machtsmotivatie’, ‘politieke grenzen’, ‘identiteitsgrenzen’ en ‘interpersoonlijk vertrouwen’ geen rol in de beweegredenen van bestuurders bij de toelichting op het ‘waarom’ van bestuurlijke samenwerking: slechts een klein deel van de beweegredenen van bestuurders zijn te betitelen als ‘persoonlijke beweegredenen’. Met betrekking tot deze conclusie zijn er twee opmerkelijkheden te noemen:

- eerder onderzoek heeft uitgewezen dat bestuurders vooral persoonlijke beweegredenen hebben voor de totstandkoming van bestuurlijke samenwerking en dat inhoudelijke beweegredenen slechts voor een klein gedeelte van belang zijn (Kaats en Opheij, 2008: 325).
- de naar voren gekomen persoonlijke beweegredenen in de verschillende casussen zijn inhoudelijk van aard zijn en komen daarmee sterk overeen met de naar voren gekomen inhoudelijke beweegredenen van bestuurders.

Bij vergelijking van de conclusie van dit onderzoek met de conclusie van eerder onderzoek, bijv. met het onderzoek van Kaats en Opheij (2008), lijken de termen ‘frontstage’ en ‘backstage verhalen’ de verschillen tussen beide conclusies te kunnen verklaren: welke verhalen vertellen bestuurders op de bühne en in het openbaar en welke verhalen worden binnenskamers gelaten? Mogelijkerwijs is dit onderzoek niet in staat geweest om de ‘backstage verhalen’ naar voren te halen, waardoor bepaalde beweegredenen en aspecten rondom de (vorm van) bestuurlijke samenwerking niet boven tafel zijn gekomen. De notie uit hoofdstuk 2 is hierbij van belang: *beweegredenen zijn de motieven die we voor ons gedrag benoemen, de redenen die wij aangeven waarom we bepaalde dingen doen en/of nalaten; de redenen die wij geven hoeven niet noodzakelijkerwijs waar te zijn, ze zijn gevoelig voor sociale wenselijkheid*. Mogelijkerwijs hebben de bestuurders een sociaal wenselijke toelichting op het ‘waarom’ van bestuurlijke samenwerking gegeven, waardoor beweegredenen als ‘machtsmotivatie’, ‘politieke grenzen’ en ‘identiteitsgrenzen’ bewust naar de achtergrond zijn geschoven, teneinde ze niet als beweegredenen bij de toelichting op de totstandkoming van bestuurlijke samenwerking te gebruiken. Mogelijk zijn het impliciete beweegredenen, beweegredenen die niet direct aan de oppervlakte komen. Dergelijke beweegredenen zijn moeilijk te meten, te herkennen en te analyseren, maar kunnen van groot

belang zijn bij het verklaren van de totstandkoming van vormen van bestuurlijke samenwerking. Het onderscheid tussen impliciete en expliciete beweegredenen is in dit onderzoek niet gemaakt en dus ook niet meegenomen bij de verzameling, ordening en analyse van de kwalitatieve data.

### **Theorie versus praktijk**

Zoals hierboven duidelijk is geworden blijken de theoretische concepten op macro niveau (beweegredenen die refereren aan de omgeving van ziekenhuizen) een juiste verklaring te geven voor de totstandkoming van vormen van bestuurlijke samenwerking in de Nederlandse ziekenhuiszorg. Echter, theoretische concepten op meso niveau (beweegredenen die refereren aan de organisatie van ziekenhuizen) blijken de totstandkoming van vormen van bestuurlijke samenwerking in de Nederlandse ziekenhuiszorg niet te kunnen verklaren. De theoretische concepten op micro niveau (beweegredenen die refereren aan de persoon van de bestuurder) blijken voor een klein deel de totstandkoming van vormen van bestuurlijke samenwerking in de Nederlandse ziekenhuiszorg te kunnen verklaren.

Dit onderzoek laat zien dat theoretische invalshoeken slechts voor een beperkt deel in staat zijn om de totstandkoming van vormen van bestuurlijke samenwerking in de Nederlandse ziekenhuiszorg te kunnen verklaren. Mogelijkerwijs heeft dat te maken met het feit dat er in de afgelopen jaren zeer veel veranderingen hebben plaatsgevonden binnen de zorgsector, waardoor de praktijk nauwelijks meer in modellen en theorieën is weer te geven. Met andere woorden, de verschillende blauwdrukken voor bestuurlijke samenwerking zoals in vele theorieën beschreven is, blijken niet op te gaan voor bestuurlijke samenwerking in de Nederlandse ziekenhuiszorg. Externe factoren hebben een te grote invloed op de totstandkoming van vormen van bestuurlijke samenwerking waardoor bestaande theorieën te kort schieten in het volledig verklaren, uiteenzetten en ondersteunen van de totstandkoming van vormen van bestuurlijke samenwerking in de Nederlandse ziekenhuissector. Wanneer vanuit de wetenschap wordt gekeken naar bestuurlijke samenwerking in de Nederlandse ziekenhuiszorg, zal rekening gehouden moeten worden met die verschillende externe factoren (zie hoofdstuk 4). Met andere woorden, bij het onderzoeken van bestuurlijke samenwerking in de Nederlandse ziekenhuiszorg zijn de ‘huidige omstandigheden’ van groot belang. Een ‘open-systems view’ helpt daarbij: door de omgeving van ziekenhuizen grondig in kaart te brengen is men in staat om belangrijke externe factoren mee te nemen in het onderzoek. Immers, dit onderzoek toont aan dat externe factoren in de omgeving van ziekenhuizen voor een groot deel kunnen verklaren waarom ziekenhuizen op zoek gaan naar vormen van bestuurlijke samenwerking.

### **6.3.2 Het ‘hoe’ van bestuurlijke samenwerking**

Bestuurders van een bestuurlijke fusie hebben met betrekking tot de vorm van bestuurlijke samenwerking andere beweegredenen dan bestuurders van een coöperatie. Met dit gegeven wordt duidelijk dat verklaringen voor de vorm van bestuurlijke samenwerking afhankelijk zijn van de vorm van bestuurlijke samenwerking.

## **De bestuurlijke fusie**

Bestuurders van een bestuurlijke fusie gebruiken bij hun toelichting op de vorm van bestuurlijke samenwerking alleen inhoudelijke beweegredenen, persoonlijke beweegredenen worden niet gebruikt. Die inhoudelijke beweegredenen refereren aan zowel de omgeving als ook aan de organisatie van ziekenhuizen. Opvallend is dat bestuurders van een bestuurlijke fusie geen persoonlijke beweegredenen blijken te gebruiken bij de toelichting op de vorm van bestuurlijke samenwerking. De notie uit hoofdstuk 2 is hierbij van belang: *beweegredenen zijn de motieven die we voor ons gedrag benoemen, de redenen die wij aangeven waarom we bepaalde dingen doen en/of nalaten; de redenen die wij geven hoeven niet noodzakelijkerwijs waar te zijn, ze zijn gevoelig voor sociale wenselijkheid*. Mogelijkerwijs hebben de bestuurders een sociaal wenselijke toelichting op het ‘hoe’ van bestuurlijke samenwerking gegeven, waardoor beweegredenen als ‘machtsmotivatie’, ‘politieke grenzen’ en ‘identiteitsgrenzen’ bewust naar de achtergrond zijn geschoven, teneinde ze niet als beweegredenen bij de toelichting op de vorm van bestuurlijke samenwerking te gebruiken. Interessant aan de beweegredenen die refereren aan de omgeving van ziekenhuizen is dat de mededingingsautoriteit van grote invloed is op de te kiezen vorm van bestuurlijke samenwerking. Door te kiezen voor een bestuurlijke samenwerking ontlopen ziekenhuizen de meldingsprocedures rondom samenwerkingsactiviteiten en zijn ze in staat ‘vrijelijk te bewegen’ zonder daarbij meldingsplichtig te zijn. Hiermee geven bestuurders aan dat de aanwezigheid van de mededingingsautoriteit als hinderlijk wordt gezien en dat ziekenhuizen daardoor op zoek gaan naar manieren om van de controlerende functie van de mededingingswet af te komen. Interessant gegeven hierbij is dat de mededingingswet controleert of de mate van concurrentie en mededinging in het geding komt als gevolg van een beoogde (bestuurlijke) samenwerking. Echter, achter de bestuurlijke samenwerking van ziekenhuizen blijken geen concurrentiele overwegingen te zitten: het kunnen blijven aanbieden van betaalbare, kwalitatieve en toegankelijke zorg blijkt de belangrijkste beweegreden te zijn van bestuurders om op zoek te gaan naar vormen van bestuurlijke samenwerking. Met andere woorden, de mededingingsautoriteit controleert bij iedere vorm van bestuurlijke samenwerking vanuit concurrentiële oogpunt terwijl ziekenhuizen niet-concurrentiële overwegingen hebben bij het zoeken en tot stand brengen naar/van vormen van bestuurlijke samenwerking. Vanuit die gedachte kan de vraag worden gesteld of de controlefunctie van de mededingingsautoriteit invloed heeft op het maatschappelijke doel van ziekenhuizen, namelijk het bieden van betaalbare, kwalitatieve en toegankelijke zorg. Uit dit onderzoek blijkt immers dat de aanwezigheid van de mededingingswet als hinderlijk wordt ervaren door ziekenhuizen, wanneer het gaat om bestuurlijke samenwerking. Heeft de aanwezigheid van de mededingingsautoriteit niet te veel invloed op de prijs, kwaliteit en toegankelijkheid van zorg en focussen ziekenhuisbestuurders zich niet te veel op de regelgeving rondom bestuurlijke samenwerking? En gaan beiden niet ten koste van de gezondheidszorg? Als dat zo is, dan zal de legitimiteit van de mededingingsautoriteit met betrekking tot de ziekenhuissector ter discussie gesteld moeten worden.

## **De coöperatie**

Bestuurders van een coöperatie gebruiken, in tegenstelling tot bestuurders van een bestuurlijke fusie, met name persoonlijke beweegredenen om de keuze voor de vorm van bestuurlijke samenwerking toe te lichten. Opvallend is dan ook het feit dat bestuurders een negatieve connotatie geven aan het woord ‘bestuurlijke fusie’. ‘Interne spanningen’ en ‘intern gedoe’ blijken te horen bij het woord ‘bestuurlijke fusie’ en het zijn voor bestuurders van een coöperatie redenen om bewust niet te kiezen voor een bestuurlijke fusie. Daar waar de bestuurders van een bestuurlijke fusie vooral kijken naar de mededingingsautoriteit en de bestuurbaarheid van de organisatie, kijken bestuurders van een coöperatie naar de interpersoonlijke verhoudingen binnen de organisatie. Voorzichtig kan gesteld worden dat, wanneer het gaat om de vorm van bestuurlijke samenwerking, bestuurders van een bestuurlijke fusie vooral naar ‘harde’ kanten (governance, structuur, invloed van omgeving, bedrijfsvoering) kijken, daar waar bestuurders van een coöperatie vooral naar de ‘zachte’ kanten (inter-persoonlijke verhoudingen, spanningen, dynamiek van het ziekenhuis) kijken. Opvallend aan de beweegredenen van de bestuurders van een coöperatie is dat de inhoudelijke beweegredenen casusafhankelijk zijn. Dat wil zeggen dat de keuze van bestuurders om te kiezen voor een coöperatie niet eenduidig is en dat de keuze voor een coöperatie dus ook niet per definitie voor de hand ligt. Dit in tegenstelling tot de bestuurlijke fusie, waarbij zeer duidelijke afwegingen worden gemaakt door bestuurders en waarbij die afwegingen ook representatief zijn voor andere casussen. Hieruit voort vloeit het feit dat er veel verschillende verklaringen zijn te vinden voor de totstandkoming van coöperaties in de Nederlandse ziekenhuissector en dat het dus moeilijk is om eenduidige uitspraken te doen over de totstandkoming van bestuurlijke samenwerking in de vorm van een coöperatie. Zo kan de geografische ligging van een ziekenhuis de totstandkoming van een coöperatie verklaren, maar ook de ‘zachte en vriendelijke’ uitstraling van een coöperatie. Echter, die verklaringen kunnen per casus verschillen.

## Hoofdstuk 7 Reflectie op het onderzoek

Dit hoofdstuk biedt een reflectie op het onderzoek; in dit hoofdstuk wordt gereflecteerd op enkele aspecten van het onderzoek.

### 7.1 Reflectie op onderzoeksonderwerp en methodologie

Bestuurders zijn in dit onderzoek centraal gesteld. Hun verhalen omtrent samenwerking zijn geanalyseerd en daarmee is getracht om inzicht te krijgen in hun beweegredenen omtrent bestuurlijke samenwerking. Verschillende casussen zijn geselecteerd, op basis van toegankelijkheid en geografische ligging. Binnen de casussen zijn bestuurders benaderd en geïnterviewd. Ter voorbereiding op de interviews hebben er verschillende gesprekken plaatsgevonden. Uiteindelijk hebben 13 bestuurders hun medewerking verleend aan het onderzoek, waarvan 2 respondenten niet verbonden zijn met de geselecteerde casussen. Getracht is om in de interviews te vragen naar de beweegredenen van bestuurders om op zoek te gaan naar vormen van bestuurlijke samenwerking. In hoofdstuk 2 is te lezen dat beweegredenen de motieven zijn die we voor ons gedrag benoemen, de redenen die wij aangeven waarom we bepaalde dingen doen en/of nalaten. Juist dit laatste element van het concept 'beweegredenen' maakt het dat dit onderzoek een complex karakter heeft en tevens ook haar tekortkomingen kent. Doordat beweegredenen van bestuurders gevoelig zijn voor herinterpretatie en sociale wenselijkheid, zal de consistentie van dit onderzoek moeilijk te borgen zijn. Enerzijds heeft dat te maken met de onderzoeker: in hoeverre is de onderzoeker in staat om sociale wenselijkheid in het verhaal van de bestuurder te filteren en in hoeverre is de onderzoeker in staat om zowel inhoudelijke als ook persoonlijke beweegredenen boven tafel te krijgen? Anderzijds heeft dat te maken met de persoon van de bestuurder: in hoeverre is de bestuurder bereid om al zijn inhoudelijke en persoonlijke beweegredenen op tafel te leggen?

Het filteren van sociale wenselijkheid en het naar boven halen van inhoudelijke en persoonlijke beweegredenen door de onderzoeker kan in zekere mate gecontroleerd worden. Het stellen van open vragen tijdens de interviews, het bieden van mogelijkheden om de bestuurder zijn verhaal te laten vertellen zonder interruptie en het zo min mogelijk sturen van het gesprek zijn daarbij van belang. Ook het ter redactie aanbieden van de transcripten aan de bestuurders heeft als middel gediend om de consistentie van het onderzoek te waarborgen en/of te vergroten. De persoon van de bestuurder is echter nauwelijks tot niet te controleren; het is geheel aan de bestuurder om al dan niet zijn beweegredenen op tafel te leggen. Wel is bij iedere case vooronderzoek verricht, zodat eventuele verschillen in het verhaal van de bestuurder en bestaande beleidsdocumenten aan de orde gesteld kunnen worden. Echter, de vraag blijft in hoeverre alle inhoudelijke en persoonlijke beweegredenen op tafel worden gelegd en te meten zijn. Met andere woorden: in hoeverre kunnen impliciete beweegredenen (beweegredenen die niet direct aan het licht komen maar wel bepalend kunnen zijn voor bepaald gedrag) gemeten en geanalyseerd worden? Het is een vraag die mogelijk anderszins pas

beantwoord kan worden in vervolgonderzoek: een onderzoek naar impliciete en expliciete beweegredenen van bestuurders in de ziekenhuiszorg. Resultaten van een dergelijk onderzoek maken mogelijk inzichtelijk of de resultaten van dit onderzoek consistent zijn en dus generaliseerbaar zijn voor andere bestuurlijke fusie- en coöperatiecasussen.

## 7.2 Reflectie op theoretisch kader

Het theoretisch kader biedt de basis voor het onderzoek; door verschillende concepten te operationaliseren in waarneembare beweegredenen voor bepaalde vormen van bestuurlijke samenwerking, zijn de beweegredenen die bestuurders gebruiken bij de toelichting op het ‘hoe’ en ‘waarom’ van bestuurlijke samenwerking te herkennen en te ordenen. Dat ordenen geschiedt op basis van drie niveaus: macro niveau, meso niveau en micro niveau. Het theoretisch framework bleek een stabiele basis voor het empirische gedeelte van het onderzoek. Echter, de verschillende beweegredenen voortvloeiend uit de theorie bleken slechts voor een beperkt deel overeen te komen met de beweegredenen voortvloeiend uit de empirie. Voornamelijk heeft dit te maken met het feit dat de omgeving van ziekenhuizen in korte tijd veranderd is en dat er veel verschillende externe factoren zijn die invloed hebben op ziekenhuizen en de totstandkoming van vormen van bestuurlijke samenwerking tussen ziekenhuizen. Wanneer vanuit de wetenschap wordt gekeken naar bestuurlijke samenwerking in de Nederlandse ziekenhuiszorg, zal rekening gehouden moeten worden met die verschillende externe factoren (zie hoofdstuk 4). Met andere woorden, bij het onderzoeken van bestuurlijke samenwerking in de Nederlandse ziekenhuiszorg zijn de ‘huidige omstandigheden’ van groot belang. Een ‘open-systems view’ helpt daarbij: door de omgeving van ziekenhuizen grondig in kaart te brengen is men in staat om belangrijke externe factoren mee te nemen in het onderzoek. Immers, dit onderzoek toont aan dat externe factoren in de omgeving van ziekenhuizen voor een groot deel kunnen verklaren waarom ziekenhuizen op zoek gaan naar vormen van bestuurlijke samenwerking.

## 7.3 Reflectie op onderzoeksresultaten: suggesties voor vervolgonderzoek

De resultaten van dit onderzoek bieden inzicht in de beweegredenen van bestuurders in de ziekenhuiszorg omtrent bestuurlijke samenwerking. Vragen als ‘waarom gaan ziekenhuizen op zoek naar bestuurlijke samenwerking?’ en ‘wat verklaart de vorm van bestuurlijke samenwerking in de ziekenhuiszorg?’ kunnen naar aanleiding van dit onderzoek beantwoord worden.

Zoals ook in hoofdstuk 6 is te lezen lijken de termen ‘frontstage’ en ‘backstage verhalen’ van groot belang te zijn in dit onderzoek: welke verhalen vertellen bestuurders op de bühne en in het openbaar en welke verhalen worden binnenskamers gelaten? Mogelijkerwijs is dit onderzoek niet in staat geweest om de ‘backstage verhalen’ naar voren te halen, waardoor bepaalde beweegredenen en aspecten rondom de (vorm van) bestuurlijke samenwerking niet boven tafel zijn gekomen. De notie uit hoofdstuk 2 is hierbij van belang: *beweegredenen zijn de motieven die we voor ons gedrag benoemen, de redenen die wij aangeven waarom we bepaalde dingen doen en/of nalaten; de redenen die wij geven hoeven niet noodzakelijkerwijs waar te zijn, ze zijn gevoelig voor sociale wenselijkheid*. Mogelijkerwijs hebben de



bestuurders een sociaal wenselijke toelichting op het ‘hoe’ en ‘waarom’ van bestuurlijke samenwerking gegeven, waardoor bepaalde beweegredenen bewust naar de achtergrond zijn geschoven. Dit gegeven biedt ruimte voor vervolgonderzoek: onderzoek naar impliciete en expliciete beweegredenen van ziekenhuisbestuurder bij de toelichting op het ‘hoe’ en ‘waarom’ van bestuurlijke samenwerking. Het onderscheid tussen impliciete en expliciete beweegredenen is in dit onderzoek niet gemaakt en dus ook niet meegenomen bij de verzameling, ordening en analyse van de kwalitatieve data. Om daadwerkelijk een duidelijk beeld te krijgen van de redenen achter de bestuurlijke samenwerking en om dus te kunnen oordelen of een bestuurlijke samenwerking al dan niet geoorloofd is (kijkend naar bijv. de mededingingsautoriteit, kwaliteit van zorg, kosten van beoogde samenwerking), is een onderzoek naar impliciete en expliciete beweegredenen van groot belang. Met andere woorden, een onderzoek naar zowel de ‘frontstage’ als ook ‘backstage’ verhalen zal een completer beeld geven van de redenen en motieven achter een bepaalde vorm van bestuurlijke samenwerking. In het verlengde hiervan ligt een tweede suggestie voor toekomstig onderzoek welke betrekking heeft op het maatschappelijk doel van ziekenhuizen. Een van de conclusies die op basis van dit onderzoek getrokken kan worden is het feit dat ziekenhuizen op zoek gaan naar vormen van bestuurlijke samenwerking omdat zij een maatschappelijke verantwoordelijkheid voelen om een bijdrage te leveren aan het verbeteren van de kwaliteit van de zorg en het garanderen van de toegankelijkheid tot die zorg voor iedereen in Nederland. Het realiseren van het maatschappelijk doel is in die zin een van de uitgangspunten van ziekenhuizen als het gaat om bestuurlijke samenwerking. Hoewel bestuurlijke samenwerking in de ziekenhuiszorg niet een nieuw verschijnsel is, is de fusie- en coöperatiegolf wel een zeer recente beweging. Er is dus nog vrij weinig bekend over de resultaten van dergelijke vormen van bestuurlijke samenwerking en de effecten daarvan op het verwezenlijken van het maatschappelijk doel. Met andere woorden, er is nauwelijks tot geen onderzoek gedaan naar fusie- en coöperatievorming in relatie met de kwaliteit en toegankelijkheid van zorg. Een vraag die daarbij gesteld zou kunnen worden is bijv. of bestuurders legitieme redenen hebben om op zoek te gaan naar vormen van bestuurlijke samenwerking. Immers, wanneer blijkt dat de kwaliteit en toegankelijkheid van zorg gelijk blijft of zelfs achteruit gaat als gevolg van bestuurlijke samenwerking, kan men zich afvragen of schaalvergroting in de ziekenhuiszorg wel wenselijk is.

#### **7.4 Discussie**

De laatste paragraaf van dit onderzoek is geschreven vanuit het oogpunt van de onderzoeker: welke zaken vallen de onderzoeker op en welke zaken dienen ter discussie te worden gesteld?

Een belangrijke conclusie die getrokken kan worden n.a.v. dit onderzoek is dat de omgeving van ziekenhuizen van grote invloed is op de totstandkoming van vormen van bestuurlijke samenwerking in de Nederlandse ziekenhuissector; met name de mededingingsautoriteit en de zorgverzekeraar blijken hierbij van grote invloed te zijn. Naar aanleiding van de verschillende gesprekken met bestuurders kan er dan ook gesteld worden dat de omgeving van ziekenhuizen van grote invloed is op het reilen en zijlen van ‘het Nederlandse ziekenhuis’. De vraag is echter of dit wenselijk is. Immers, volgens de bestuurders gaat het vooral om de maatschappelijke opdracht van ziekenhuizen: een bijdrage leveren aan het verbeteren van de

kwaliteit van de zorg en het garanderen van de toegankelijkheid ervan voor iedereen in Nederland. De mededingingsautoriteit en zorgverzekeraar daarentegen, gaan over de concurrentie en prijzen in de Nederlandse ziekenhuiszorg en hebben dus niet tot doel om de kwaliteit van zorg te waarborgen en de toegankelijkheid van die zorg te garanderen. In mijn ogen zou het meer moeten gaan om de inhoud van het ziekenhuis en de daarbij horende rol van professionals binnen het ziekenhuis. Immers, bij het garanderen van kwalitatieve zorg draait het uiteindelijk om de kwaliteit van professionals binnen het ziekenhuis. Zij zijn degenen die ervoor kunnen zorgen dat de patiënt de beste zorg krijgt, de mededingingswet en zorgverzekeraar hebben daar slechts een indirecte invloed op. Uit het onderzoek blijkt echter dat de mededingingswet en de zorgverzekeraar daar een directe invloed op hebben, wat in mijn ogen niet wenselijk is. Naar aanleiding van dit onderzoek is het in mijn ogen van groot belang om de discussie te voeren in hoeverre het wenselijk is dat de omgeving van ziekenhuizen direct bepalend is voor de inrichting van de ziekenhuissector. Met name de mededingingsautoriteit, de zorgverzekeraars en de Nederlandse ziekenhuizen moeten het met elkaar hebben over de kwaliteit van zorg en in hoeverre zij die kwaliteit van zorg met z'n drieën kunnen waarborgen. Met andere woorden, de drie partijen moeten met elkaar de discussie voeren over de inhoud van zorg en niet zo zeer over de prijs van zorg en de daarbij horende organisatievorm.

Een tweede belangrijke element in dit onderzoek is in mijn ogen het feit dat het aantal ziekenhuizen in sterke mate afneemt. Hiermee gepaard gaat het feit dat het aantal locaties waarop zorg wordt geleverd de komende jaren in aantal afneemt. Opvallend is het feit dat in de gesprekken het hier niet over is gegaan. Bestuurders hebben het vooral over de omgeving van ziekenhuizen en de grote veranderingen waarmee ziekenhuizen momenteel te maken hebben. In mijn ogen is dit zeer opmerkelijk te noemen. Immers, in veel gesprekken komt 'de maatschappelijke opdracht van ziekenhuizen' aan de orde, wat o.a. inhoudt dat ziekenhuizen de toegankelijkheid van zorg garanderen aan patiënten. Echter, op het moment dat het aantal ziekenhuislocaties in sterke mate afneemt, betekent dit dat ziekenhuizen minder goed in staat zijn om de toegankelijkheid van zorg te garanderen. Anders gezegd, als gevolg van de afname van het aantal ziekenhuislocaties in Nederland zullen de reistijden voor veel patiënten langer worden. Deze ontwikkeling is in mijn ogen zeer onwenselijk en ik vraag mij dan ook af in hoeverre ziekenhuizen in staat zijn om de toegankelijkheid van zorg te kunnen blijven garanderen. Als het daadwerkelijk zo is dat het ten uitvoer brengen van 'de maatschappelijke opdracht' het wenkend perspectief van ziekenhuizen is, dan is het de vraag of de toename van bestuurlijke samenwerking en de daarmee gepaard gaande afname van het aantal ziekenhuislocaties wenselijk is. In mijn ogen stapt men te snel over het feit heen dat het aantal ziekenhuislocaties de komende jaren zal afnemen. Hoe denken ziekenhuisbestuurders hier nu daadwerkelijk over?

## Literatuurlijst

- Bal, R. (2008)  
*De nieuwe zichtbaarheid. Sturing in tijden van marktwerking.*
- Bell, J., Ouden, B. den, en G.W. Ziggers (2006)  
*Dynamics of Cooperation: At the Brink of Irrelevance.* Journal of Management Studies 43: 1607-1619
- Boekel De Nerée (2012)  
*Samenwerkingsverbanden in de Zorg.* Governance en Mededinging
- Boot, J.M.D. (2010)  
*Organisatie van de gezondheidszorg.* Assen, Van Gorcum
- Boot, J.M. en Knapen, M.H.J.M. (2005)  
*De Nederlandse Gezondheidszorg.* Houten, Bohn Stafleu van Loghum
- Bourgeois, L.J. III (1980)  
*Strategy and Environment: A Conceptual Integration.* Academy of Management Review Vol. 5, No. 1, 25-29
- Bremekamp, R. (red.) (2010)  
*Eerste hulp bij Samenwerken. 40 modellen voor succesvol samenwerken.* Amsterdam: Reed Business
- Bruijn, J.A. de en E.F. ten Heuvelhof (2008)  
*Management in Networks. On multi-actor decision making.* Oxon: Routledge
- Bureau HHM (2011)  
Stappenplan Zorginstellingen bij de invoering van zorgzwaartebekostiging.  
*Handreiking Stappenplan Zorginstellingen*
- Centraal Bureau voor de Statistiek. *Bevolkingsstatistiek*  
[<http://www.cbs.nl/nl-NL/menu/themas/bevolking/cijfers/default.htm>]. 18 april 2013
- Centraal Bureau voor de Statistiek (2012)  
*Gezondheid en zorg in cijfers 2012*
- Chandler, A.D. (1962)  
*Strategy and Structure: Chapters in the History of American Industrial Enterprise.* Cambridge, MA: MIT Press.
- Child, J., Faulkner, D. en S Tallman (2005)  
*Strategies of Co-operation: Managing Alliances, Networks, and Joint Ventures.* New York, NY: Oxford University Press
- Clegg, S & S. Carter, M. Kornberger, J. Schweitzer (2011)  
*Strategy Theory & Practice.* Sage, London.
- Collins, O.F., Moore, D.G. & Unwalla, D.B. (1964)  
*The enterprising man.* East Lansing, MI: Bureau of Business and Economic Research, Michigan State University

- Cropper, S., Ebers, M., Huxham, C. en P. Smith Ring (2008)  
*The Oxford Handbook of Inter-Organizational Relations*. New York, NY: Oxford University Press
- Damen, J. A. (2007)  
*Leiderschap en motivatie. Wat drijft en beweegt de topmanagers in Nederlandse organisaties?* Assen: Van Gorcum
- Foss, N.J. (2003)  
*Resources Firms and Strategies. A reader in the Resourced-Based Perspective*. Oxford: University Press
- Gomes-Casseres, B. (2003)  
*Competitive advantage in alliance constellations*. Strategic Organization Vol. 1 (3): 327-335
- Hart, H. 't, J. van Dijk, M. de Goede, W. Jansen & J. Teunissen (1998)  
*Onderzoeksmethoden*. Amsterdam, Boom.
- Hajer, M.A. & Wagenaar, H. (2003)  
*Deliberative Policy Analysis: Understanding Governance in the Network Society*, Cambridge University Press, Cambridge
- Heemskerk, E., Hendriks, T. en Wats, M. (2010)  
*Vormen de 'old boys' een gevaar voor marktwerking in de zorg?* Goed Bestuur, nr. 4.
- Hillman, A., J., Withers, M., C. en Collins, B., J., (2009)  
*Resource Dependence Theory: A Review*. Journal of Management 35 (6) 1404-1427
- Hirschhorn, L. & Gilmore, T. (1992)  
*The New Boundaries of the "Boundaryless" Company*. Harvard Business School Press
- Hundal, P.S. (1971)  
*A Study of Entrepreneurial motivation: Comparison of fast and slow progressing small scale industrial entrepreneurs in Punjab, India*. Journal of Applied Psychology, 55, 317-323
- Huxham, C en S. Vangen (2005)  
*Managing to collaborate: The theory and practice of collaborative advantage*. New York, NY: Routledge
- Hymer, S. (1972)  
*The Internationalization of capital*. Journal of Economic Issues, Vol. 6, No. 1 91-105
- Intermediair. *Fusiegolf ziekenhuizen omstreden*.  
[\[http://www.intermediair.nl/vakgebieden/zorg/fusiegolf-ziekenhuizen-omstreden\]](http://www.intermediair.nl/vakgebieden/zorg/fusiegolf-ziekenhuizen-omstreden). 16-12-2013
- Kaats, E.A.P. en Opheij, W. (2008)  
*Bestuurders zijn van betekenis. Allianties en netwerken vanuit bestuurlijk perspectief*. Maarssen: Reed Business.
- Kaats, E.A.P., Klaveren, P.J. van en W. Opheij (2005)  
*Organiseren tussen Organisaties: Inrichting en besturing van samenwerkingsrelaties*. Schiedam: Scriptum
- KPMG Advisory N.V. (2012)  
*Bestuurlijke samenwerking tussen Nederlandse ziekenhuizen. Wie doet het met wie in de zorg?*

- Loo, E. Van De (2007)  
*Bewuste en onbewuste processen van samenwerken*. M&O nummer 3/4
- Man, A.P. de (2006)  
*Alliantiebesturing: Samenwerking als precisie-instrument*. Assen: Koninklijke Van Gorcum
- March, J. G. (2000)  
*Citigroup's John Reed and Stanford's James March on Management Research and Practice*. *Academy of Management Executive*, 14, 52-64.
- McClelland, D.C. (1987)  
*Human Motivation*. New York: Cambridge University Press
- McClelland, D.C. & Boyatzis, R.E. (1982)  
*Leadership motive pattern and long term success in management*. *Journal of applied Psychology*, 67, 737-743
- McClelland, D.C. & Winter, D.G. (1969)  
*Motivating economic achievement*. New York: Free Press.
- McKinsey & Company (2013)  
 Een visie op de Nederlandse zorg in 2040. *Naar een duurzaam en kwalitatief hoogwaardig zorgsysteem*.
- Mens en Gezondheid. *Indelingen van de gezondheidszorg*.  
 [<http://mens-en-gezondheid.infonu.nl/diversen/82214-indelingen-van-de-gezondheidszorg.html>]. 27 maart 2013
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2012)  
*De Zorg: Hoeveel extra is het ons waard?*
- Morgan, G. (1997)  
*Images of Organization*. Sage Publications, London.
- Murray, V. (1998)  
*Interorganizational collaborations in the nonprofit sector*. In J. M. Shafirtz (Ed.), *International encyclopedia of public policy and administration* (Vol. 2, pp. 1192-1196). Boulder, CO: Westview.
- Nationaal Kompas Volksgezondheid. *Wat is gezondheidszorg?*  
 [<http://www.nationaalkompas.nl/zorg/wat-is-gezondheidszorg/>]. 28 maart 2013
- Nationaal Kompas Volksgezondheid. *Wat is ziekenhuiszorg en medisch specialistische zorg?*  
 [<http://www.nationaalkompas.nl/zorg/ziekenhuiszorg/wat-is-ziekenhuiszorg-en-medisch-specialistische-zorg/>]. 28 maart 2013
- Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (2013)  
*Invitational Conference: Spreiding en concentratie in de ziekenhuisfuncties*
- Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (2013)  
*Zorg in de toekomst: standpunten*
- NOS. *Kostenbesparing door samenwerking ziekenhuizen*.  
 [<http://nos.nl/video/230855-kostenbesparing-door-samenwerking-ziekenhuizen.html>]. 16 december 2013
- NOS. *Slotervaart, AvL gaan samenwerken*.  
 [<http://nos.nl/artikel/586389-slotervaart-avl-gaan-samenwerken.html>]. 16 december 2013

- Oerlemans, L. A. G. (2007)  
*Netwerken en innovatie: Een perfecte match?*
- Opheij, W., Broekema, M. en S. van Essen (2006)  
*Samenwerken in concurrentie: Organiseren tussen organisaties in de zorg.*  
 Amersfoort: Twynstra Gudde
- Orde van Medisch Specialisten (2012)  
*De Medisch Specialist 2015.*
- Pfeffer, J., & Salancik, G. R. (1978)  
*The external control of organizations: A resource dependence perspective.* New York:  
 Harper & Row.
- Poel, P. Van (2011)  
*Ziekenhuizen verdelen taart opnieuw.* Skopr, Oktober 2011, nr. 10.
- Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (2003)  
 Marktwerking in de medisch-specialistische zorg. *Advies aan de minister van VWS.*
- Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (2011)  
 Ziekenhuislandschap 20/20: Niemandland of Droomland? *Achtergrondstudie RvZ,*  
 2011
- RIVM (2012)  
 Zorgbalans [<http://www.gezondheidszorgbalans.nl/kosten/zorguitgaven/totale-zorguitgaven/>]. 6 juli 2013
- Roja, A. I. en Nastase, M. (2012)  
*Perspectives and Distinctive Particularities of Collaborative Networks.* Review of  
 International Cooperative Management Vol. 13.4: 501-512
- Rond, M. De & Bouchikhi, H. (2004)  
*On the Dialectics of Strategic Alliances.* Organizational Science Vol. 15.1: 56-59
- Rutte, M. en Samsom, D. (2012).  
 Bruggen Slaan. *Regeerakkoord VVD – PvdA, 2012*
- Steen, M.A. Van Der, (2009).  
*Een sterk verhaal. Een analyse van het discours over vergrijzing.* Den Haag:  
 Uitgeverij Lemma
- Stein, H.D. en Ginevicius, R. (2010)  
*Overview and Comparison of Profit Sharing in different Business Collaboration  
 Forms.* Journal of Business Economics and Management 11(3): 428-443
- Swanborn, P.G. (2008)  
 Case study's. Wat, wanneer en hoe? Amsterdam: Boom
- Taskforce Beheersing Zorguitgaven (2012)  
*Naar beter betaalbare zorg.* Rapport Taskforce Beheersing Zorguitgaven
- Teisman, G.R. (2006)  
*Stedelijke netwerken: Ruimtelijke ontwikkeling door het verbinden van bestuurslagen.*  
 Den Haag, Nirov
- Thiel, S. van (2007)  
*Bestuurskundig onderzoek- een methodologische inleiding.* Bussum: Coutinho

- Tweede Kamer (2011a)  
*Bestuurlijk Hoofdlijnenakkoord 2012-2015: brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Den Haag*
- Tweede Kamer (2010)  
*Samenhang verschillende brieven toekomst curatieve zorg: brief van de minister van Volksgezondheid en Sport, Den Haag*
- Tweede Kamer (2011b)  
*Zorg die loont: brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Den Haag*
- Universiteit Maastricht (1998)  
 Achtergrondstudie RVZ-advies. *Transmurale zorg: redesign van het zorgproces, 1998*
- Varkevisser, M. en F.T. Schut (2010)  
*Ziekenhuisfusies en concurrentie in het Nederlandse zorgstelsel. SMO-2009 5/6, Stichting Maatschappij en Onderneming(SMO), Den Haag*
- Verschuren, P.J.M. (2001)  
 Case study as a research strategy: some ambiguities and opportunities. *International Journal Social Research Methodology* Vol. 6, 121-139.
- VNG en Zorgverzekeraars Nederland (2011)  
 Leidraad voor gemeenten en zorgkantoren. *Samen Werken aan zorg en ondersteuning, versie 1 maart 2011*
- Wijck, F., Van (2011)  
 Curatieve zorg in transitie. *Zorgmarkt, 1/2, 13-15.*
- Yin, R. (1994)  
*Case study research: design and methods.* (Applied Social Research Methods Series). Thousand Oaks, SAGE.
- Zajac, E. J., & D'Aunno, T. A. (1993)  
*Managing strategic alliances.* In S. M. Shortell & A. D. Kaluzny (Eds.), *Health care management: Organization design and behavior* (pp. 274-293). Albany, NY: Delmar.
- Zorgatlas 2013  
*Ziekenhuiszorg. Versie 4.13*

## Bijlage 1 Lijst met respondenten

Coöperatie/Fusie	Provincie	Naam bestuurder	Functie
<b>Coöperatie:</b> Bronovo, Medisch Centrum Haaglanden en Groene Hart Ziekenhuis	Zuid Holland	Joop Hendriks	Voorzitter Raad van Bestuur Bronovo + Voorzitter coöperatie
		Dirk Jan Verbeek	Voorzitter Raad van Bestuur Groene Hart ziekenhuis
<b>Coöperatie:</b> Medisch Spectrum Twente en Zorggroep Twente – Twentse Medische Coöperatie	Overijssel	Herre Kingma	Voorzitter Raad van Bestuur MST
		Meindert Schmidt	Voorzitter Raad van Bestuur ZGT + Voorzitter coöperatie
		Ton Ruikes	Lid Raad van Bestuur ZGT
<b>Coöperatie:</b> HagaZiekenhuis, Reinier de Graaf Groep, Sint Fransiscus Gasthuis, Vlietland Ziekenhuis – Ziekenhuispartners XL	Zuid Holland	Henk Gerla	Voorzitter Raad van Bestuur Sint Fransiscus Gasthuis
<b>Bestuurlijke fusie:</b> Medisch Centrum Leeuwarden, Tjongerschans Heerenveen – Zorggroep Noorderbreedte	Friesland	Wander Blaauw	Voorzitter Raad van Bestuur MCL + Voorzitter Zorggroep Noorderbreedte
		Freek Korver	Voorzitter Raad van Bestuur Tjongerschans Heerenveen
<b>Bestuurlijke fusie:</b> St. Elisabeth Ziekenhuis Tilburg en TweeSteden Ziekenhuis	Noord-Brabant	Peter de Zwart	Voorzitter Raad van Bestuur TweeSteden Ziekenhuis
		Bart Berden	Voorzitter Raad van Bestuur St. Elisabeth Ziekenhuis Tilburg
<b>Bestuurlijke fusie:</b> Onze Lieve Vrouwe Gasthuis en Sint Lucas Andreas Ziekenhuis	Noord Holland	Hans van der Schoot	Voorzitter Raad van Bestuur OLVG/SLAZ
Gelre Ziekenhuis (afgeketste bestuurlijke fusie met Deventer Ziekenhuis)	Gelderland	Jan Fidder	Voorzitter Raad van Bestuur Gelre Ziekenhuis
Radboud Nijmegen (Samenwerken in netwerken)	Gelderland	Melvin Samsom	Voorzitter Raad van Bestuur Radboud Nijmegen



Naast de gesprekken met bestuurders van ziekenhuizen zijn er ook gesprekken gevoerd met adviseurs van Twynstra Gudde. De gesprekken zijn gebruikt voor het verzamelen van informatie omtrent samenwerking in de zorg en ter voorbereiding op de interviews. Zogezegd kunnen de gesprekken geduid worden als 'oriënterende gesprekken'. Met de volgende personen zijn oriënterende gesprekken gevoerd:

- Hein Abeln (Partner Bestuursadvies)
- Wilfrid Opheij (Partner Bestuursadvies)
- Edwin Kaats (Partner Bestuursadvies Twynstra Gudde)
- Erna Scholtes (Adviseur Bestuursadvies)
- Robin Bremekamp (Adviseur Zorg)
- Janneke Steijns (Adviseur Zorg)
- Mieke Moor (Adviseur Zorg)
- Anne Dekker (Adviseur Zorg)
- Huub Raemakers (Partner Zorg)
- Alex van Reeuwijk (Alliantiedirecteur nieuwbouw Zaans Medisch Centrum)
- Gerben Uljee (Partner Zorg)
- Hans Hoepel (Managing Partner Zorg)

## Bijlage 2 Interview leidraad

In dit onderzoek is gebruik gemaakt van meerdere semigestructureerde interviews. Tijdens de interviews stonden de interviewvragen niet vast, de gespreksonderwerpen daarentegen lagen wel vast. Ondertaannde gespreksonderwerpen zijn aangevuld met enkele interviewvragen die tijdens de interviews zijn gesteld.

### 1. Aanleiding samenwerking

- Wat was de aanleiding voor deze samenwerking?
- Mogelijke eerdere samenwerking?

### 2. Doelen samenwerking

- Met welk doel werd er op zoek gegaan naar samenwerking?
- Mogelijkerwijs persoonlijke doelen, organisatie doelen en maatschappelijke doelen?

### 3. Vorm van samenwerking

- Waarom is er gekozen voor deze specifieke vorm van samenwerking?
- Eerdere ervaring met deze vorm van samenwerking?

### 4. Interne en externe reacties op samenwerking

- Wat waren de interne en externe reacties op het voornemen om te gaan samenwerken?
- Hoe is daar op gereageerd?
- Hebben de reacties invloed gehad op de totstandkoming van de (vorm) samenwerking?

### 5. Issues/dilemma's van samenwerking

- Waren er problematische issues of dilemma's omtrent de samenwerking en de vorm ervan?
- Hoe is daar mee omgegaan?

### 6. Terugkijken proces

- Hoe kijkt u terug op het proces?
- Zou u het in het vervolg ander doen en/of voor een andere vorm kiezen?

### 7. Drijfveren overtuigingen

- Wat zijn uw drijfveren? En in relatie tot samenwerking?
- Wat zijn uw overtuigingen? En in relatie tot samenwerking?