

Rotterdam School of Management,
Erasmus University

Master Thesis

Hoe managen ziekenhuizen in Nederland hun afhankelijkheidsrelaties met zorgverzekeraars?

Multi-case analyse naar succesbepalende factoren - Een eerste verkenning.

Datum:	26 augustus 2015
Opleiding:	Parttime Master Bedrijfskunde (drs./MScBA)
Afstudeerrichting:	Strategisch Management
Afstudeerder:	Mark M. Mellema
Examenummer:	361983

Afstudeercommissie:

Begeleider:	prof. dr. ing. F.A.J. van den Bosch
Meelezer:	dr. P. de Wolf

Rotterdam School of Management,
Erasmus University

Master Thesis

Hoe managen ziekenhuizen in Nederland hun afhankelijkheidsrelaties met zorgverzekeraars?

Multi-case analyse naar succesbepalende factoren - Een eerste verkenning.

Afstudeerscriptie als onderdeel van het doctoraal bedrijfskunde

Augustus 2015

Afstudeerder: Mark Maarten Mellema

Afstudeercommissie:

Begeleider: prof. dr. ing. F.A.J. van den Bosch

Meelezer: dr. P. de Wolf

Auteursrecht en disclaimer RSM

Het auteursrecht van de scriptie berust bij de schrijver. Het gepresenteerde werk is origineel en er zijn geen andere bronnen gebruikt dan degenen waarnaar verwezen wordt in de tekst en die genoemd zijn bij de referenties. De inhoud is geheel voor de verantwoordelijkheid van de auteur. De RSM is slechts verantwoordelijk voor de onderwijskundige begeleiding en aanvaardt in geen enkel opzicht verantwoordelijkheid voor de inhoud.

***“Power is a property of the social relation,
it is not an attribute of the actor.”***

Emerson (1962: 32)

ABSTRACT

Since the Dutch health care reform in 2006 hospitals are struggling with their dependency towards health plan organizations. From a Resource Dependence perspective, this thesis aims to provide more insight in how Dutch hospitals manage their dependencies towards health plans and tries to identify factors that contribute to the success of interventions by hospitals regarding this interdependent relationship. Although a lot of research has been published on how organizations should manage their external environment and on the various types of interventions an organization could initiate to influence an interdependent relationship, little has been written in Resource Dependence literature about the various factors that contribute to the likelihood of a desirable outcome of an intervention.

This thesis describes seven case studies of different hospitals that used interventions in order to influence their interdependence relationship with health plans, followed by a cross-case analysis. From the analysis, a distinct pattern between successful and non-successful cases seems to emerge. Based on these patterns, factors are identified that potentially contribute to the likelihood of intervention success.

This has resulted in the two conceptual frameworks as presented on page 84. None of the factors identified could be isolated as solely responsible for the result of an intervention, indicating a complementarity effect. Among these factors, two factors were identified as conditional to the success of an intervention:

1. the financial fitness of the hospital initiating the intervention,
2. the degree to which the hospital uses the counterparty's interests as part of the intervention design.

MANAGEMENTSAMENVATTING

Sinds de invoering van de zorgverzekeringswet in 2006 zijn ziekenhuizen meer afhankelijk geworden van zorgverzekeraars. Ten onrechte wordt soms geclaimd dat ziekenhuizen daardoor per definitie zijn overgeleverd aan de grillen van zorgverzekeraars. Zorgverzekeraars hebben namelijk een zorgplicht naar hun verzekerden en om te kunnen voldoen aan die zorgplicht zijn verzekeraars afhankelijk van ziekenhuizen. Ziekenhuizen en zorgverzekeraars kunnen dus niet zonder elkaar: er is sprake van een grote wederzijdse afhankelijkheid. Om meer inzicht te krijgen in de vraag hoe ziekenhuizen deze afhankelijkheidsrelatie kunnen beïnvloeden, ofwel managen, heeft deze scriptie zich geconcentreerd op de volgende hoofd- en deelvragen:

Hoofdvraag:

Hoe managen ziekenhuizen in Nederland hun afhankelijkheidsrelaties met zorgverzekeraars?

Deelvragen:

- I. Welke interventies worden in de literatuur beschreven om afhankelijkheidsrelaties te managen?**
 - II. Zijn er, kijkend naar interventies van ziekenhuizen op de afhankelijkheidsrelatie met zorgverzekeraars, factoren te onderscheiden die het interventieresultaat beïnvloeden?**
 - III. Tot in hoeverre benutten ziekenhuizen de interventies die ze tot hun beschikking hebben om hun afhankelijkheidsrelatie met zorgverzekeraars te managen?**
-

Voor het onderzoek is de Resource Dependence Theory van Pfeffer & Salancik (1978) gebruikt als vertrekpunt. De kernveronderstelling van deze theorie is dat geen enkele organisatie geheel autonoom kan functioneren, maar altijd afhankelijk is van haar externe omgeving. De literatuurstudie heeft bijgedragen bij het vormen van een algemeen begrip ten aanzien van de dynamiek van een afhankelijkheidsrelatie en gaf inzicht in manieren (interventies) om afhankelijkheidsrelaties te beïnvloeden en daarmee dus ook te managen. In de praktijk verschilt het resultaat van interventies echter en van een 'succesgarantie' is geen sprake. In de literatuur is echter verrassend weinig geschreven over succesbepalende factoren bij interventies op de afhankelijkheidsrelatie. Om meer inzicht te krijgen in welke factoren een mogelijke rol spelen bij de totstandkoming van een interventieresultaat zijn zeven cases beschreven van ziekenhuizen die met wisselend resultaat hun afhankelijkheidsrelatie met een zorgverzekeraar hebben beïnvloed.

Op basis van een cross-case analyse zijn duidelijke tegenstellingen gevonden tussen succesvolle en niet-succesvolle interventies en lijkt zich een eerste patroon van mogelijke succesbepalende factoren af te tekenen. Daarbij zijn factoren te onderscheiden die voorafgaand of tijdens de interventie een belangrijke rol spelen. De conceptuele modellen hiervan zijn gepresenteerd in het conclusiehoofdstuk. Uit het onderzoek is geen van de factoren in afgezonderde vorm te identificeren als doorslaggevend, het gaat dus altijd om een combinatie van factoren. Wel lijken factoren randvoorwaardelijk voor een interventiesucces, namelijk:

1. de financiële veerkracht van het ziekenhuis,
2. de mate waarin het ziekenhuis het gezamenlijk belang met de zorgverzekeraar in het ontwerp van de interventie heeft opgenomen.

Door een beter begrip te ontwikkelen van mogelijk succesbepalende factoren, kunnen ziekenhuizen, maar ook andere organisaties hun kans op een gewenst resultaat vergroten. De studie kan gezien worden als een eerste stap in deze richting.

INHOUDSOPGAVE

1. INLEIDING.....	7
2. LITERATUURONDERZOEK	9
2.1. INTERVENTIE STRATEGIEËN.....	12
2.2. EEN NIEUWE BENADERING VAN HET CONSTRUCT WEDERZIJDSE AFHANKELIJKHEID	16
2.3. WETENSCHAPPELIJKE BASIS VAN DE RESOURCE DEPENDENCE THEORY	18
2.4. RAAMWERK EN PROPOSITIEVORMING	19
3. ONDERZOEKSOPZET EN METHODOLOGISCHE VERANTWOORDING.....	24
3.1. DOEL VAN HET ONDERZOEK	24
3.2. KEUZE ONDERZOEKSMETHODE	24
3.3. DATAVERZAMELING	27
3.4. BETROUWBAARHEID, REPRODUCEERBAARHEID EN VALIDITEIT	28
3.5. CASE SELECTIE EN OPZET CROSS-CASE ANALYSE	31
3.6. OPBOUW VAN HET ONDERZOEK.....	32
4. INDUSTRIE-ANALYSE VAN DE ZIEKENHUISSECTOR	33
4.1. CONCURRENTIE IN DE GEZONDHEIDSZORG: EEN AFWIJKEND PARADIGMA	33
4.2. VIJFKRACHTENANALYSE VAN DE ZIEKENHUISSECTOR	36
5. CASE STUDIES.....	50
5.1. UNILATERALE INTERVENTIES	50
5.2. CASE STUDIES: BILATERALE INTERVENTIES.....	60
5.3. AANVULLENDE INFORMATIE TEN BEHOEVE VAN DE CROSS-CASE ANALYSE.....	66
6. CROSS-CASE ANALYSE	72
6.1. ANALYSE UNILATERALE INTERVENTIES	73
6.2. ANALYSE BILATERALE INTERVENTIES.....	75
6.3. UITWERKING Z-FACTOREN.....	77
6.4. OVERALL ANALYSE	79
6.5. SAMENVATTING	80
7. SAMENVATTING, CONCLUSIE EN REFLECTIE.....	81
7.1. SAMENVATTING VAN DE EMPIRISCHE BEVINDINGEN	82
7.2. CONCLUSIE	83
7.3. DISCUSSIE NAAR AANLEIDING VAN DEELVRAAG III	86
7.4. REFLECTIE: WETENSCHAPPELIJKE BEPERKINGEN EN AANBEVELINGEN	87
REFERENTIES	89
BIJLAGEN.....	98
BIJLAGE A: HOE WERKT DE MEDISCH-SPECIALISTISCHE ZORG?	99
BIJLAGE B: HOE STAAN ZIEKENHUIZEN ER FINANCIËEL VOOR?.....	100
BIJLAGE C: VIJFKRACHTENANALYSE VAN DE ZIEKENHUISSECTOR.....	101
BIJLAGE D: BESTUURLIJKE INDIKKING.....	125
BIJLAGE E: INTERVIEWS.....	128
BIJLAGE F: ANALYSE TABELLEN X- EN Z-FACTOREN.....	129

1. INLEIDING

Ontwikkelingen in de zorg op drie belangrijke domeinen

De zorgsector bevindt zich momenteel in een transitie, zo stellen onder anderen Ildenburg & Van Schaik (2010). Ziekenhuizen en andere zorginstellingen komen daardoor in het komende decennium voor veel uitdagingen te staan. De kern van deze transitie is te herleiden tot een aantal belangrijke ontwikkelingen op het gebied van demografie, technologie en overheidsbeleid.

Demografisch gezien is er in Nederland sprake van vergrijzing gecombineerd met een toegenomen levensverwachting (Van de Vijzel, 2009). Aangezien de zorgvraag van ouderen ten opzichte van jongeren relatief hoger is, zal dus ook de gemiddelde zorgvraag per inwoner toenemen. Het type zorgvraag verandert ondertussen ook. Het is in dat opzicht dus ook niet vreemd dat Geriatrie een van de meest groeiende medische disciplines is. Op basis van deze veranderende zorgvraag zullen ziekenhuizen ook hun zorgmix moeten aanpassen. Dit vergt dus een geleidelijke overgang naar een andere opleidingsmix van medisch specialisten. Een complicerende factor in het demografische vraagstuk is dat de vergrijzing naar verwachting samenvalt met een krapte op de arbeidsmarkt die ook de zorgsector niet ongemoeid zal laten. (Schipper en Van Rijn, 2013).

Op technologisch gebied hebben er de afgelopen drie decennia verscheidene ontwikkelingen plaatsgevonden die de maatschappij onder onze ogen drastisch heeft doen veranderen. Voorbeelden van dominante veranderingen zijn: de komst van het internet met in het kielzog e-mail en diensten als Google. Ook de smartphone die met de introductie van de iPhone in 2007 niet meer weg te denken is, heeft een verrassende impact op het functioneren van de maatschappij. Deze ontwikkelingen hebben een rechtstreekse invloed op de relatie en interactie met de patiënt, de bedrijfsvoering van zorginstellingen en de wijze waarop zorg geleverd wordt. Patiënten zijn mondiger dan vroeger doordat ze voorafgaand aan een medisch consult zelf al onderzoek doen op het internet. Ook zorgen informatiesites van o.a. patiëntenverenigingen zoals 'zorgkaart.nl' voor meer transparantie over de (gepercipieerde) kwaliteit van zorg, waardoor patiënten steeds kritischer hun zorgverlener kunnen kiezen.

Box 1- Voorbeeld van de invloed van informatie technologie (bron: Twitter)



Mede hierdoor neemt het belang van e-strategy in de gezondheidszorg toe. Dit vereist op onderdelen een volledig nieuw business model en legt een zwaarder accent op de IT-kant van de onderneming. Ook op zorginhoudelijk gebied wordt bijzondere vooruitgang geboekt met onder andere 3D printen en disruptive technologies in bijvoorbeeld de medische diagnostiek, wat als bijeffect leidt tot onvoorspelbaarheid en lastige strategische keuzes ten aanzien van belangrijke investeringen in productiemiddelen en zorgaanbod. Immers, miljoenen investeren in een diagnostiekstraat die misschien in twee jaar wordt weggevaagd door een technologie die dezelfde diagnostiek voor een fractie van de prijs kan aanbieden, zorgt voor onzekerheid.

Parallel aan deze ontwikkelingen heeft de overheid in 2006 de oude Ziekenfondswet vervangen door de [Zorgverzekeringswet](#). Met deze zware wijziging van het zorgstelsel beoogt de overheid de zorgkosten beheersbaar te maken door zorgverzekeraars een regierol toe te bedelen, waarbij de zorgverzekeraar zorg inkoopt bij de zorgaanbieder. Voor ziekenhuizen betekent dit dat hun

relatie tot hun ‘financieringsbron’ verandert. Immers, nu de zorgverzekeraar acteert als inkoper van zorg voor hun verzekerden zal zij zich kritischer moeten opstellen ten aanzien van de geldvoorziening aan ziekenhuizen.

Probleemstelling en onderzoeksvraag

Veel ziekenhuizen ervaren deze machtsbalans als oneerlijk en in diverse media en vakbladen is hierover de nodige machteloosheid geuit. Bij de inkoop van zorg voelen ziekenhuizen zich regelmatig met de rug tegen de muur gezet ([Zorgvisie](#), d.d. 19 augustus 2014). De Federatie van Medisch Specialisten (FMS) noemt de macht van zorgverzekeraars zelfs zorgelijk ([Skipr](#), d.d. 29 januari 2015). FMS-voorzitter Frank de Grave vult de zorgen rondom dit standpunt in een interview verder aan:

“Medisch specialisten willen niet alleen over de inhoud van hun vak nadenken, maar ook invloed op de organisatie van de zorg behouden” (Frank de Grave, voorzitter FMS in [Skipr](#), d.d. 29 januari 2015)

Ondanks de weerstand is de invoering van de zorgverzekeringswet een feit. De vraag vanuit een organisatieperspectief is dus vooral: hoe kan een ziekenhuis haar afhankelijkheidsrelaties met zorgverzekeraars goed analyseren en managen? Dit vraagstuk staat dan ook centraal in dit afstudeeronderzoek. Daarbij zijn de volgende onderzoeksvragen geformuleerd:

Hoofdvraag:

Hoe managen ziekenhuizen in Nederland hun afhankelijkheidsrelaties met zorgverzekeraars?

Deelvragen:

- I. Welke interventies worden in de literatuur beschreven om afhankelijkheidsrelaties te managen?**
 - II. Zijn er, kijkend naar interventies van ziekenhuizen op de afhankelijkheidsrelatie met zorgverzekeraars, factoren te onderscheiden die het interventieresultaat beïnvloeden?**
 - III. Tot in hoeverre benutten ziekenhuizen de interventies die ze tot hun beschikking hebben om hun afhankelijkheidsrelatie met zorgverzekeraars te managen?**
-

Praktische en wetenschappelijke relevantie

In 2006 constateerden Porter & Teisberg tijdens het schrijven van hun boek ‘Redefining Health Care’ dat er vrijwel geen literatuur bestaat rondom strategie in de gezondheidszorg (Porter & Teisberg 2006:I). Sindsdien is de aandacht voor dit onderzoeksveld weliswaar toegenomen, maar veel van de aanwezige literatuur is op Amerikaanse of internationale leest geschoeid en is daarmee relatief vaak van beperkte waarde voor de Nederlandse zorgsector. Immers, ons sociale (zorg)stelsel is op diverse cruciale punten anders, waarbij andere premissen en spelregels gelden. Dat maakt een vergelijking met andere landen lastig. Onderzoek op eigen bodem is daarom belangrijk.

In Nederland lijkt het accent bij bedrijfskundig onderzoek binnen de gezondheidszorg vooral te liggen op de interne organisatie van zorginstellingen, kwaliteit en de algemene ontwikkelingen van het zorgstelsel en de bijbehorende economisch-sociale implicaties. Dit is ook terug te zien in de onderzoekslijnen van het iBMG (zie website [iBMG](#)) en de recente publicaties van hoogleraren als De Roo, Moens en Poiesz. Het perspectief op de externe organisatie van zorginstellingen lijkt daarmee onderbelicht.

Al met al is er nog weinig bekend over hoe bewust ziekenhuizen bezig zijn met het managen van hun afhankelijkheidsrelaties met zorgverzekeraars. Wat het beoogde onderzoek lastig maakt, maar te meer ook relevant, is dat de wijzigingen van het zorgstelsel vrij recent zijn doorgevoerd. Rollen en gedragspatronen zijn daarom nog aan verandering onderhevig. Dat maakt een tussentijdse observatie van de gezondheidszorg waardevol als momentopname tijdens de verandering.

Vanuit een praktisch oogpunt probeert dit onderzoek bij te dragen aan inzicht in de huidige situatie waarin de ziekenhuismarkt verkeert en de kansen die ziekenhuizen hebben ten aanzien van de strategische inrichting van hun afhankelijkheidsrelaties met zorgverzekeraars. Juist omdat de rollen en gedragspatronen nog zo aan verandering onderhevig zijn, is een dergelijk inzicht van waarde voor ziekenhuizen. Vanuit de praktijk bezien verschaft het onderzoek de ondervraagde instellingen inzicht in een voor hen actueel en belangrijk vraagstuk waar nog vrij weinig over geschreven lijkt.

Afkadering

In de formulering van de onderzoeksvragen is reeds geprobeerd het onderzoek enigszins af te kaderen. Ten eerste richt het onderzoek zich op het ziekenhuiswezen en niet op zorgaanbieders in het algemeen. Ten tweede is bewust gekozen om slechts één perspectief te belichten, namelijk het ziekenhuisperspectief. Deze laatste keuze was niet vanzelfsprekend. Idealiter zou dit vraagstuk vanuit het perspectief van zowel ziekenhuis als zorgverzekeraar benaderd moeten worden. Een relatie heb je immers nooit alleen en kent dus ook twee perspectieven. De keerzijde van het onderzoeken van beide zijden is dat dit de respons van partijen mogelijk beïnvloedt, al zij dat niet per definitie bewust.

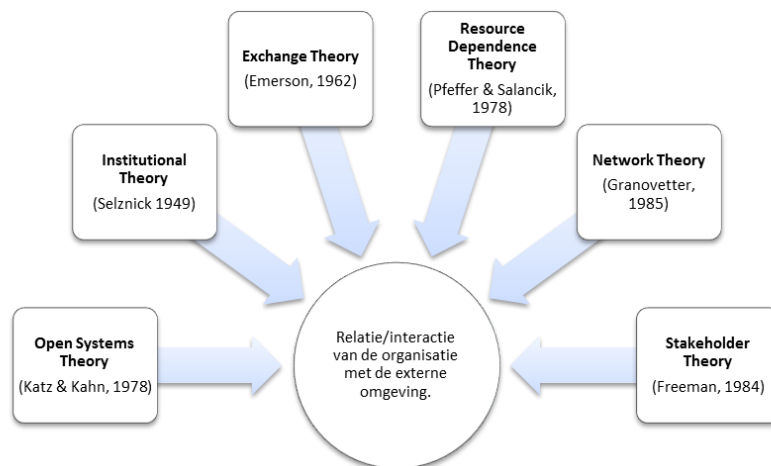
Opbouw van de scriptie

De scriptie begint met een literatuuronderzoek (hoofdstuk 2) waarin gezocht wordt naar een antwoord op de gestelde onderzoeksvragen. Op basis van het gat tussen de gevonden antwoorden in de literatuur en de vraagstelling, is in hoofdstuk 3 een onderzoeksopzet gepresenteerd waarin ook aandacht is besteed aan een methodologische onderbouwing. Voorafgaand aan het empirisch hoofdstuk (hoofdstuk 5) is in hoofdstuk 4 een beschrijving opgenomen van de ziekenhuissector, de belangrijkste spelers en de achtergrond van het ziekenhuiswezen en de zorgverzekeraarsmarkt. Het empirische hoofdstuk 5 bevat zeven casebeschrijvingen van interventies die ziekenhuizen hebben uitgevoerd binnen de afhankelijkheidsrelatie met zorgverzekeraars. In hoofdstuk 6 wordt een cross-case analyse uitgevoerd op basis van de bevindingen uit hoofdstuk 5. De scriptie sluit af met een conclusiehoofdstuk (hoofdstuk 7) waarin naast de conclusies uit het onderzoek ook de limitaties van het onderzoek zijn besproken.

2. LITERATUURONDERZOEK

In de kern draait de gestelde onderzoeksvraag van deze scriptie om de relatie van organisaties met hun externe omgeving. In de literatuur zijn diverse theoretische raamwerken te vinden die elk vanuit een ander perspectief raken aan de relaties van organisaties met hun externe omgeving. In Figuur 2 zijn de theorieën weergegeven waar deze literatuurstudie op steunt. Hoewel per theorie het leidend vraagstuk en de bijbehorende accenten verschillen, vinden ze elkaar in hun ontologische opvattingen welke zijn gebaseerd op het systeemdenken. Dat maakt de verschillende theorieën zeer complementair. In de literatuur wordt dan ook rijkelijk geput uit diverse combinaties van deze theorieën.

Figuur 2 - Wetenschappelijke raamwerken ten aanzien van organisaties en hun omgeving.



Bij deze studie is gekozen voor een focus op de ‘Resource Dependence Theory’ van Pfeffer & Salancik (1978), aangevuld met elementen uit de stakeholder-, exchange-, en netwerktheorie.

In lijn met de open systems theory veronderstellen Pfeffer & Salancik dat organisaties niet autonoom kunnen functioneren. Dat wil zeggen: organisaties zijn altijd afhankelijk van resources welke beheerd worden door partijen uit hun externe omgeving. Over deze resources heeft een organisatie dus geen of beperkte controle. Het succes van een organisatie is dan ook niet het resultaat van de interne organisatie alleen (structuur, cultuur, leiderschap, processen en de organisatie-doelstellingen) maar wordt ook in sterke mate beïnvloed door de externe omgeving van de organisatie (Pfeffer & Salancik, 1978:3).

Alvorens verder in te gaan op de Resource Dependence Theory (RDT) is het belangrijk om eerst enkele kernbegrippen in deze studie te definiëren. Binnen de RDT-literatuur heerst een algemene consensus over de definitie van deze begrippen. Voor de definitieomschrijving is daarom gekozen zo dicht mogelijk bij de oorspronkelijke omschrijvingen te blijven.

‘resource’: *“in principe alles wat in de ogen van een actor als waardevol wordt gezien”*. (Emerson, 1962 in: Pfeffer, 1992)

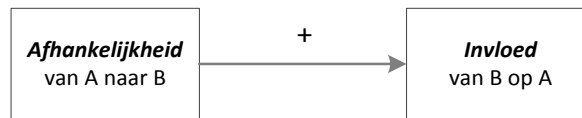
‘dependence’: *“the product of the importance of a given input or output to the organization and the extent to which the resource is controlled by a relatively few organizations”* (Pfeffer & Salancik, 1978:51)

Elke taal heeft zijn eigen rijkheid. Daar waar het begrip ‘dependence’ goed te vertalen valt naar ‘afhankelijkheid’, verliest het begrip ‘resource’ een deel van haar lading als het vertaald wordt naar de Nederlandse alternatieven als ‘bron’, ‘middel’ of ‘onderliggende’. Er is daarom gekozen deze term niet te vertalen.

Afhankelijkheid en invloed

Zoals gesteld aan het begin van deze introductie is de kern van de Resource Dependence Theory de notie dat iedere organisatie afhankelijk is van haar externe omgeving. Daarbij is sprake van een sterke relatie tussen afhankelijkheid en invloed (Frooman, 1999). Deze relatie kan als volgt beschreven worden: hoe groter de afhankelijkheid van de afhankelijke organisatie (A) naar de dominante organisatie (B), des te groter de invloed is die de dominante organisatie (B) kan uitoefenen op de afhankelijke organisatie (A). Deze relatie is weergegeven in Figuur 3.

Figuur 3 - Relatie tussen afhankelijkheid en invloed



Dominante organisaties zullen proberen hun invloed op de afhankelijke relatie te vergroten, terwijl afhankelijke organisaties juist zullen proberen om deze afhankelijkheid te minimaliseren. In deze literatuurstudie wordt op verschillende momenten gesproken van ‘dominante’ en ‘afhankelijke’ organisaties, waardoor dit nadere toelichting verdient. De termen ‘afhankelijk’ en ‘dominant’ worden gebruikt om bepaalde mechanismen in een afhankelijkheidsrelatie uit te kunnen leggen. In de dagelijkse praktijk zijn deze begrippen, gegeven een zekere dynamiek in de onderlinge verhoudingen, nooit absoluut. Voor deze begrippen is gebruik gemaakt van de volgende definities:

‘afhankelijke organisatie’: een organisatie die een resource nodig heeft welke door haar externe omgeving wordt beheerd.

‘dominante organisatie’: een organisatie die in het bezit is van en/of controle uitoefent over de resource die de afhankelijke organisatie nodig heeft.

Pfeffer & Salancik (1978:44) benoemen tien verschillende variabelen die de geschetste relatie in Figuur 3 beïnvloeden. Om zo dicht mogelijk bij de bron te blijven is deze passage in zijn geheel als citaat opgenomen:

“Organizations will tend to be influenced by those who control the resources they require. But there are a number of other conditions that increase the likely hood of the influence being successful (...):

1. *The Focal Organization¹ is aware of the demand.*
2. *The Focal Organization obtains some resources from the Social Actor² making the demands.*
3. *The resource is a critical or important part of the Focal Organization’s operation.*
4. *The Social Actor controls the allocation, access, or use of the resource; alternative resources are not available to the Focal Organization.*
5. *The Focal Organization does not control the allocation, access or use of other resources critical to the Social Actor’s operation and survival.*
6. *The actions or outputs of the Focal Organization are visible and can be assessed by the Social Actor to judge whether the actions comply with its demands.*
7. *The Focal Organization’s satisfaction of the Social Actor’s requests are not in conflict with the demands from other components of the environment with which it is interdependent.*
8. *The Focal Organization does not control the determination, formulation or expression of the Social Actor’s demands.*
9. *The Focal Organization is capable of developing actions or outcomes that will satisfy the external demands.*
10. *The organization desires to survive.”*

¹ De ‘afhankelijke organisatie’

² De ‘dominante organisatie’

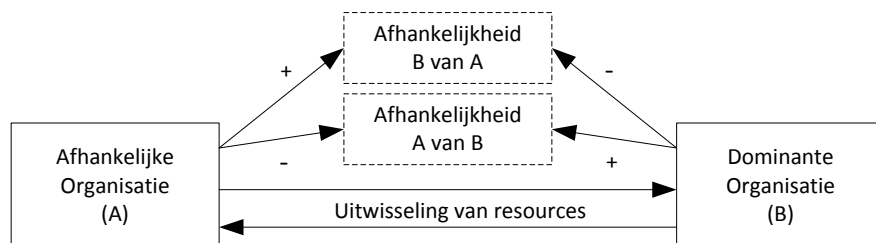
Vanuit deze introductie waarin de achtergrond en diverse basisbegrippen van de Resource Dependence Theory zijn uitgelegd, zullen de volgende onderwerpen worden besproken:

- De verschillende strategieën en tactieken die organisaties tot hun beschikking hebben in een afhankelijkheidsrelatie (paragraaf 2.1);
- De recente herdefiniëring van het begrip 'interdependence' (paragraaf 2.2)
- Een reflectie op de wetenschappelijke basis van de Resource Dependence Theory (paragraaf 2.3);
- De presentatie van een conceptueel model en framework voor het hoofdonderzoek (paragraaf 2.4).

2.1. Interventie strategieën

Organisaties zullen afhankelijk van hun belang proberen de wederzijdse afhankelijkheid te versterken of af te zwakken (zie Figuur 4). De verschillende strategieën en interventies die een organisatie hiervoor tot zijn beschikking heeft, zijn in deze sectie uiteengezet.

Figuur 4 – Schematische weergave van het managen van afhankelijkheid



Interventies om de invloed op de andere organisatie te vergroten worden binnen de Resource Dependence Theory 'control strategies' genoemd. Deze interventies komen aan de orde in subparagraaf 2.1.1. Afhankelijke organisaties zullen juist proberen de afhankelijkheid van de dominante organisatie te minimaliseren. Het interventierepertoire dat een organisatie hiervoor tot haar beschikking heeft is beschreven in subparagraaf 2.1.2.

Een ander type strategie dat in de literatuurstudie naar RDT-interventies slechts in beperkte mate naar voren is gekomen, is het gebruik van derde partijen. Voor zowel het versterken als verminderen van de afhankelijkheid kan dit worden gezien als een aanvullende mogelijkheid bij het inzetten van een interventie. Dit wordt nader toegelicht in paragraaf 2.1.3.

2.1.1. Exploiteren van afhankelijkheid in de relatie (control strategies)

Omdat de dominante organisatie beschikking heeft over middelen die de afhankelijke organisatie nodig heeft, kan zij:

1. bepalen of de afhankelijke organisatie toegang krijgt tot de benodigde middelen (onthoudingsstrategie);
2. voorwaarden stellen aan de manier waarop de afhankelijke organisatie de betreffende resource gebruikt (gebruiksstrategie).

Onthoudingsstrategieën kunnen worden gedefinieerd als het (tijdelijk) discontinueren van het leveren van resources met als doel bepaald gedrag van de afhankelijke organisatie te veranderen (Frooman, 1999). Voorbeelden hiervan zijn het handelsembargo van de Verenigde Naties voor Noord-Korea, een tijdelijke verkoopstop van een merk frisdrank door een supermarkt tijdens

onderhandelingen, of het staken van werknemers (onthouden van arbeid) voor betere arbeidsvoorwaarden. Daarbij kan de dreiging soms net zo effectief zijn als de uitvoering ervan.

Bij het inzetten van een dreiging tot onthouding geldt wel dat het geloofwaardig moet zijn dat de organisatie bereid is om zo ver te gaan. Een partij moet dus in de positie verkeren om zonder kleerscheuren weg te kunnen lopen van de onderhandelingsstafel (Williamson, 1983; Lawler & Bacharach, 1987 als in Frooman, 1999).

Gebruiksstrategieën beogen evenals onthoudingsstrategieën een verandering van gedrag bij de afhankelijke organisatie. De levering van resources wordt echter niet stopgezet, maar er worden randvoorwaarden aan de levering gesteld. Zo kunnen bijvoorbeeld zorgverzekeraars een intentie uitspreken om de komende twee jaar een ziekenhuis te blijven financieren onder de voorwaarde dat een bepaalde zorg in die periode kwalitatief en aantoonbaar verbetert.

2.1.2. Verminderen van de afhankelijkheid

Afhankelijke organisaties hebben verschillende mogelijkheden om hun afhankelijkheid naar externe partijen te reduceren. In geval van algemene schaarste van een belangrijke resource kan, met het oog op continuïteit van toegang tot de desbetreffende bron, worden gekozen voor een volledige of gedeeltelijke absorptie van de organisatie waar men afhankelijk van is. Voorbeelden hiervan zijn respectievelijk:

- een fusie of overname,
- een joint venture,
- of een board interlock.

Dergelijke interventies worden in de RDT-literatuur ‘constraint absorption’ genoemd. Het grote verschil tussen constraint absorption en andere interventies is dat bij het eerstgenoemde type interventies de controle over de resources geheel of gedeeltelijk wordt overgenomen (Cascario & Piskorski, 2005). Hoewel er in de bestaande RDT-literatuur een sterke focus ligt op ‘constraint absorption strategies’, zijn deze middelen en mogelijkheden in de praktijk niet altijd voorhanden. Dat geldt zeker voor de ziekenhuissector. Zo wordt verticale integratie tussen zorgverzekeraars en ziekenhuizen bijvoorbeeld in de letter niet verboden, maar wel als zeer ongewenst beschouwd. Pogingen tot verticale integratie door middel van fusies worden door de Autoriteit Consument en Markt (ACM) tot nu toe dan ook afgewezen. Precedent hiervan is onder andere de uitspraak van de ACM en de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) in casu de poging tot overname van het Vlietlandziekenhuis door o.a. DSW verzekeraars (zie ook afwijzing fusie door ACM: [Persbericht ACM](#), d.d. 18-2-2010; [Medisch Contact](#), d.d. 19-2-2010). Er is dus een discrepantie tussen wat organisaties zouden moeten doen en wat organisaties effectief kunnen doen om hun afhankelijkheidsrelatie te herstructureren, zo concluderen ook Cascario & Piskorski (2005).

Opties om de afhankelijkheid naar de dominante organisatie te herstructureren zijn weergegeven in Tabel 1. Deze tactische keuzes zijn vooral gericht op twee aspecten:

1. het verminderen van de eigen afhankelijkheid naar de dominante organisatie;
2. het vergroten van het gezamenlijk belang waardoor de dominante partij meer gebaat is bij een goede samenwerking.

Tabel 1 - Mogelijkheden voor afhankelijkheidsreductie samengesteld o.b.v. Cascario & Piskorski (2005)

Unilaterale mogelijkheden	Bilaterale mogelijkheden
Onthouding of levering onder voorwaarden	Board interlock
Coalitievorming met derde partijen tegen de dominante organisatie	Fusie/overname
Ontwikkelen of helpen ontwikkelen van alternatieve partners/bronnen voor de betreffende resource	Samenwerking
Verminderen van het belang van de middelen die de dominante partij beheert	Uitwisselen van andere waardevolle resources zoals: informatie, steun, toegang tot belangrijke relaties in het netwerk die voor de ander moeilijk toegankelijk zijn.

2.1.3. De derde weg: Indirecte beïnvloedingsstrategieën

Hoewel in de meeste publicaties slechts gesproken wordt over interventies zoals genoemd in de twee voorgaande subparagrafen, is er vanuit de Stakeholder Theory (Freeman, 1984) een aanvullende invalshoek voor zowel het reduceren als het exploiteren van afhankelijkheidsrelaties. Een heldere illustratie hiervan wordt gegeven door Frooman (1999). Op basis van gecombineerde perspectieven uit de Stakeholder Theory en de Resource Dependence Theory illustreert Frooman met behulp van een casestudy hoe een organisatie vanuit een eenzijdige afhankelijkheidssituatie toch invloed kan uitoefenen op het gedrag en de besluitvorming van andere organisaties.

Centraal in die studie staat de belangengroepering 'Earth Island Institute' (EII) die zich inzet tegen het gebruik van dolfijnonvriendelijke netten bij het vissen op tonijn. Omdat het gebruik van dolfijnvriendelijke netten ten koste gaat van de efficiency, was er door de visserij weinig interesse in het aanschaffen van deze dure netten. EII had als stakeholder dus een belang, maar heeft geen directe afhankelijkheidsrelatie met de visserij en daarmee ook geen directe invloed.

Frooman (1999) onderscheidt op basis van de afhankelijkheid vier mogelijke configuraties van de relatie tussen EII en de Visserij (zie Tabel 2). EII zat daarbij vast in het rechter bovenkwadrant. Ondanks de vele inspanningen slaagde EII er dan ook niet in om de gewenste verandering teweeg te brengen in de tonijnvisserij.

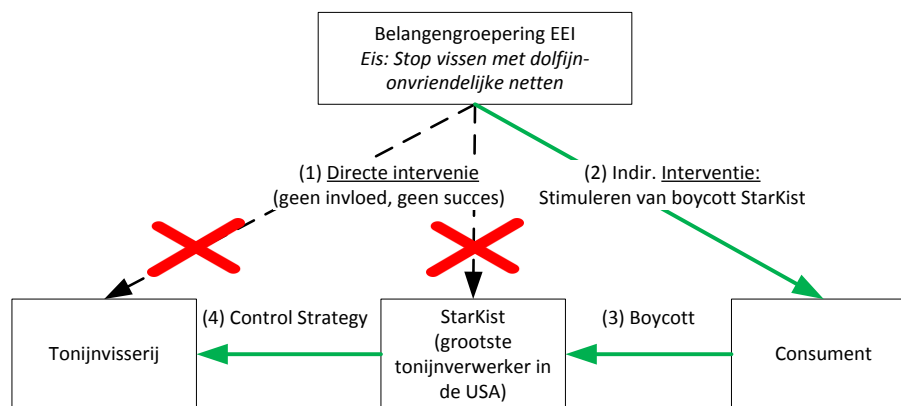
Tabel 2 - Stakeholderinvloed en interdependence (naar Frooman, 1999)

		Is EII afhankelijk van de Visserij?	
		Nee	Ja
Is de Visserij afhankelijk van EII?	Nee	Lage interdependence [indir. stakeholdersinvloed]	Bedrijfsmacht [indir. stakeholdersinvloed]
	Ja	Stakeholder-macht [directe stakeholdersinvloed]	Hoge interdependence [directe stakeholdersinvloed]

Dit veranderde toen EII besloot om via een indirecte interventie invloed uit te oefenen op de industrie. Om de gewenste gedragsverandering in de tonijnvisserij te bewerkstelligen, koos EII ervoor om haar inspanningen volledig te focussen op StarKist, een van de grootste afnemers van de tonijnvisserij en marktleider in de tonijnverwerkingsindustrie in de Verenigde Staten.

StarKist zou als grote afnemer wel in staat zijn om aan haar leveranciers in de visserij randvoorwaarden te stellen bij de inkoop van tonijn, dus ook het gebruik van dolfijnvriendelijke netten. Door druk te zetten op StarKist werden de kansen op succes voor verandering in de visserij vergroot. Ook door StarKist werd in eerste instantie geen gehoor gegeven. Volgens StarKist was het de verantwoordelijkheid van de visserij, niet van StarKist. EII begon vervolgens op televisie spotjes uit te zenden waarin StarKist werd gelinkt aan de dolfijnonvriendelijke tonijnvangst. Consumenten gaven navolging aan de oproep om StarKistproducten te boycotten waardoor de omzet van StarKist sterk begon te dalen. Onder deze druk kon StarKist niet anders dan zich actief inzetten voor het afschaffen van dolfijnonvriendelijke netten. StarKist stelde het gebruik van dolfijnvriendelijke netten als voorwaarde aan haar leveranciers en met EII werd afgesproken dat er regelmatige controles op de boten zouden worden uitgevoerd. Het verloop van deze interventie is schematisch weergegeven in Figuur 5.

Figuur 5 - Stakeholderinvloed via derden in de relatie o.b.v. Frooman (1999)

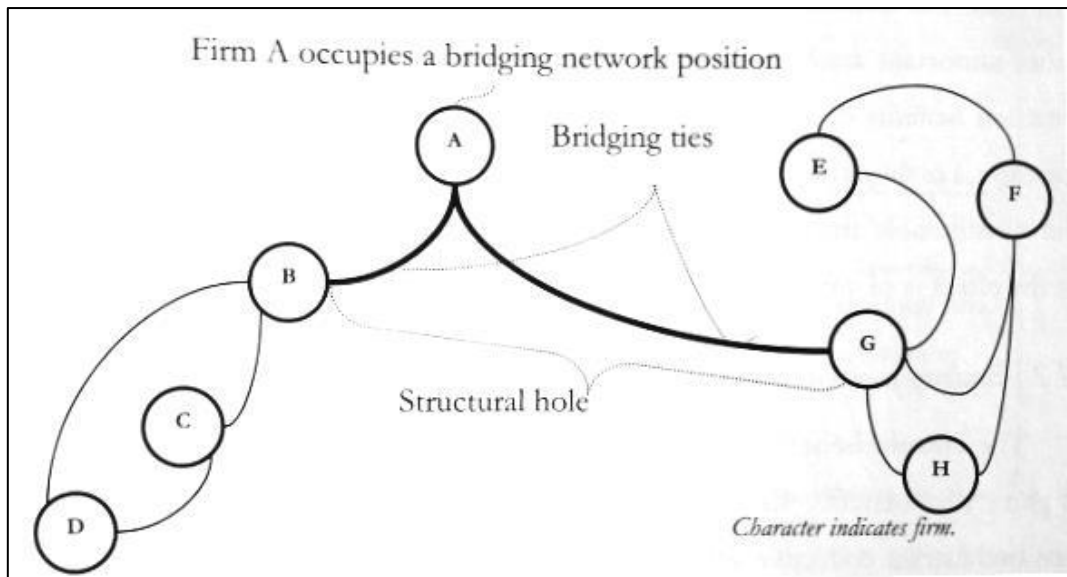


Frooman (1999) gebruikt deze casestudy om te illustreren wat er mogelijk is met wat hij noemt 'indirecte beïnvloedingsstrategieën'. Frooman definieert indirecte beïnvloedingsstrategieën als inspanningen die een stakeholder doet om via een derde partij de 'resource flow' van het bedrijf te manipuleren, hetzij via onthoudings- dan wel gebruiksstrategieën (zie ook §2.1.1).

"The purpose of adding this new relationship is to shift the balance of power to favor the weaker actor." Frooman (1999:198)

De strategie om een derde partij in de relatie tussen een afhankelijke en dominante partij te introduceren, sluit sterk aan op constructen binnen de Netwerkteorie ten aanzien van 'structural holes' en 'bridging positions' (Granovetter, 1985; Burt, 1992, Van Liere, 2007). Een illustratie van netwerkstructuren tussen organisaties is schematisch weergegeven in Figuur 6. In het geval van de StarKist case, is de belangenorganisatie EII in Figuur 6 te positioneren als 'G' waarbij EII er dus in geslaagd is de tonijnvisserij (D en C) te beïnvloeden via een keten van andere partijen in het netwerk, te weten de consument (A) en StarKist (B).

Figuur 6 - Structural holes and bridging positions (bron: Van Liere, 2007:23)



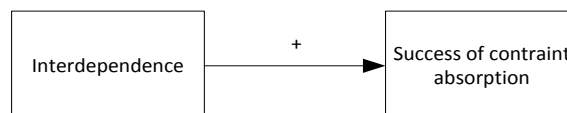
Voor indirecte beïnvloedingsstrategieën zoals beschreven in de StarKist case is dus binnen de familie van de Resource Dependence Theory een relatief breed theoretisch draagvlak te vinden. Indirecte beïnvloedingsstrategieën kunnen mogelijk ook een rol spelen in het Resource Dependence vraagstuk van ziekenhuizen ten aanzien van verzekeraars.

2.2. Een nieuwe benadering van het construct wederzijdse afhankelijkheid

In die gevallen waar een structurele behoefte is aan resources die de dominante partij kan bieden, is er sprake van een zekere wederkerigheid en heeft men het over een afhankelijkheidsrelatie. Binnen afhankelijkheidsrelaties hebben beide partijen belang bij een samenwerking over een langere periode. In de RDT-literatuur wordt dit 'interdependence' genoemd.

Tot enkele jaren geleden werd 'interdependence' benaderd als ware het één construct. Cascario & Piskorski publiceerden in 2005 een landmarkartikel waarmee dit construct op een nieuwe manier wordt benaderd. Tot dan toe werd vanuit de RDT-literatuur verondersteld dat er een positieve correlatie bestond tussen de mate van 'interdependence' en de slagingskans van inspanningen ten aanzien van constraint absorption³, zoals geïllustreerd in Figuur 7.

Figuur 7 - Invloed van interdependence op het succes van constraint absorption



Cascario & Piskorski (2005) tonen in hun onderzoek aan dat de verschillende studies naar deze relatie niet hebben geleid tot een eenduidig beeld. Een significant aantal studies slaagt er niet in deze relatie te bevestigen, soms wordt zelfs het tegengestelde aangetoond. Cascario & Piskorski komen met een mogelijke verklaring voor deze bevinding. Volgens hen bestaat het construct interdependence uit twee tegengestelde krachten, namelijk wederzijdse afhankelijkheid en machtsongelijkheid. Onderzoeken die interdependence als één construct hebben benaderd zullen

³ Zie paragraaf 2.1.2 'Verminderen van de afhankelijkheid'

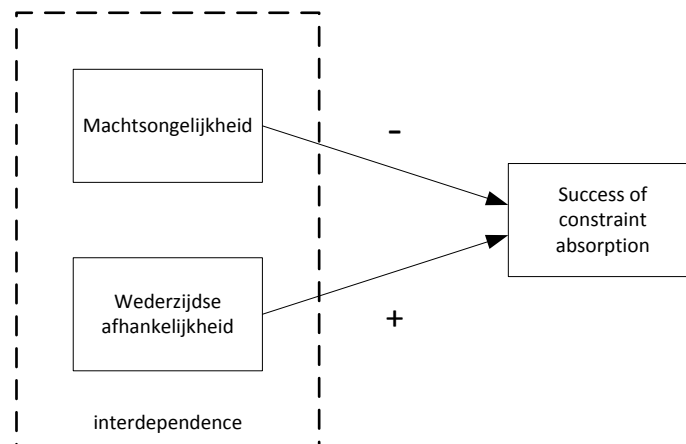
dus ook tegenstrijdige resultaten vinden. Cascario en Piskorski (2005:170) definiëren deze twee deelconstructen van interdependence als volgt:

Machtsongelijkheid: “Power imbalance captures the difference in the power of each actor over the other.”

Wederzijdse afhankelijkheid: “Mutual dependence captures the existence of bilateral dependencies in the dyad, regardless of whether the two actors' dependencies are balanced or imbalanced.”

Vanuit dit onderscheid veronderstellen Cascario & Piskorski dat ‘wederzijdse afhankelijkheid’ waarschijnlijk positief is gecorreleerd aan het succes van inspanningen ten aanzien van constraint absorption, maar dat machtsongelijkheid hierin fungeert als een obstakel (zie ook Figuur 8).

Figuur 8 – Het herziene construct interdependence, afgeleid uit: Cascario & Piskorski (2005)



Deze benadering van interdependence is relatief nieuw in de RDT-literatuur, maar niet geheel uniek. Al veel eerder stellen Hickson et al. (1971) dat afhankelijkheid en macht los van elkaar benaderd moeten worden:

“If the direction of dependence in a relationship is determined by an imbalance of power bases, power itself has to be defined separately from these bases.” (Hickson et al., 1971:218)

Cascario & Piskorski (2005) tonen echter middels een kwantitatieve studie naar overnames en fusies de aannemelijkheid van dit mechanisme aan. Dankzij de scheiding van de deelconstructen is het nu mogelijk de tegenstrijdige resultaten als gevolg van de eenzijdige benadering van interdependence te verklaren.

Daarnaast presenteren Cascario & Piskorski (2005) op basis van het onderscheid tussen ‘machtsongelijkheid’ en ‘wederzijdse afhankelijkheid’ een model met negen verschillende configuraties (zie Tabel 3). Dit model helpt organisaties hun afhankelijkheidsrelatie te plotten op basis waarvan zij vervolgens een passende interventie kunnen bepalen. Is de wederzijdse afhankelijkheid voor beide partijen even groot, dan is de machtsverhouding in balans (zie de gearceerde vlakken in Tabel 3). Is dit niet het geval, dan is er sprake van machtsongelijkheid. Mogelijke oorzaken die Cascario & Piskorski noemen voor machtsongelijkheid zijn:

1. de aanwezigheid van alternatieve aanbieders,
2. organisatie A heeft minder kritische middelen nodig van B dan andersom.

Dit wordt door Cascario & Piskorski in het overzicht uitgedrukt als het verschil tussen de gekwantificeerde mate van afhankelijkheid (laag = 1; midden=2, hoog=3). Met behulp van het model kan een organisatie haar afhankelijkheidsrelaties in kaart brengen en bepalen welke interventie het beste bij de situatie past.

Tabel 3 - Interdependence configuraties (Cascario & Piskorski, 2005)

		afhankelijkheid van A naar B		
		Laag (1)	Midden (2)	Hoog (3)
afhankelijkheid van B naar A	Hoog (3)	Configuratie 7 Machtsongelijkheid: 2 Wederzijdse afh.: 4	Configuratie 8 Machtsongelijkheid: 1 Wederzijdse afh.: 5	Configuratie 9 Machtsongelijkheid: 0 Wederzijdse afh.: 6
	Midden (2)	Configuratie 4 Machtsongelijkheid: 1 Wederzijdse afh.: 3	Configuratie 5 Machtsongelijkheid: 0 Wederzijdse afh.: 4	Configuratie 6 Machtsongelijkheid: 1 Wederzijdse afh.: 5
	Laag (1)	Configuratie 1 Machtsongelijkheid: 0 Wederzijdse afh.: 2	Configuratie 2 Machtsongelijkheid: 1 Wederzijdse afh.: 3	Configuratie 3 Machtsongelijkheid: 2 Wederzijdse afh.: 4

Een voorbeeld van een configuratie waarin de afhankelijkheid van het ziekenhuis (A) naar de zorgverzekeraar (B) hoog is terwijl de afhankelijkheid van de zorgverzekeraar naar het ziekenhuis juist als laag kan worden gekwalificeerd, is configuratie 3. De zorgverzekeraar zal in deze situatie makkelijker randvoorwaarden kunnen stellen aan de uitruil van financiële middelen voor zorgproductie dan wanneer de afhankelijkheid van de zorgverzekeraar naar het ziekenhuis groter was geweest. De meer afhankelijke partij (in dit voorbeeld dus het ziekenhuis) zal in een dergelijke situatie sterk gemotiveerd zijn om de afhankelijkheid te reduceren.

2.3. Wetenschappelijke basis van de Resource Dependence Theory

Een van de problemen met de Resource Dependence Theory is dat deze te snel door het wetenschappelijke veld is omarmd en daardoor onvoldoende kritisch is getoetst (Pfeffer & Salancik, 2003). Bovendien leverden de diverse onderzoeken die de Resource Dependence Theory probeerden te valideren geen eenduidige resultaten op. Aan een goede wetenschappelijke basis heeft het dan ook lange tijd ontbroken. Met Cascario & Piskorski's werk rondom de tegengestelde werking van de deelconstructen binnen het construct 'interdependency' is de toetsbaarheid van de theorie significant verbeterd. Ook is een inhaalslag gemaakt in het aantonen van de validiteit dankzij onder andere het recente werk van onder andere Hillman et al. (2009) maar ook Drees & Heugens (2013), die een omvangrijke meta-analyse hebben uitgevoerd op basis van meer dan honderd wetenschappelijke publicaties rondom de Resource Dependence Theory. De wetenschappelijke basis van de Resource Dependence Theory is door deze ontwikkelingen in de afgelopen tijd enorm versterkt.

2.4. Raamwerk en Propositievorming

Om te bepalen tot in hoeverre het literatuuronderzoek de onderzoeksvraag heeft beantwoord, start deze paragraaf met een herhaling van de onderzoeksvraag gevolgd door een korte analyse van de bevindingen uit het literatuuronderzoek.

Hoofdvraag:

Hoe managen ziekenhuizen in Nederland hun afhankelijkheidsrelaties met zorgverzekeraars?

Deelvragen:

- I. Welke interventies worden in de literatuur beschreven om afhankelijkheidsrelaties te managen?
 - II. Zijn er, kijkend naar interventies van ziekenhuizen op de afhankelijkheidsrelatie met zorgverzekeraars, factoren te onderscheiden die het interventieresultaat beïnvloeden?
 - III. Tot in hoeverre benutten ziekenhuizen de interventies die ze tot hun beschikking hebben om hun afhankelijkheidsrelatie met zorgverzekeraars te managen?
-

Het literatuuronderzoek heeft inzicht gegeven in de verschillende strategieën en tactische interventies die een organisatie tot haar beschikking heeft in een afhankelijkheidsrelatie. De literatuurstudie geeft daarmee antwoord op de eerste deelvraag van het onderzoek.

Gerichte inspanningen ten aanzien van het vinden van beschikbare studies naar Resource Dependence-vraagstukken in de Nederlandse ziekenhuissector hebben geen resultaat opgeleverd. Daaruit valt op te maken dat literatuur binnen dit onderzoeksdomein hooguit in zeer beperkte mate beschikbaar lijkt te zijn. Voor een antwoord op de deelvragen II & III is daarom empirisch onderzoek gewenst.

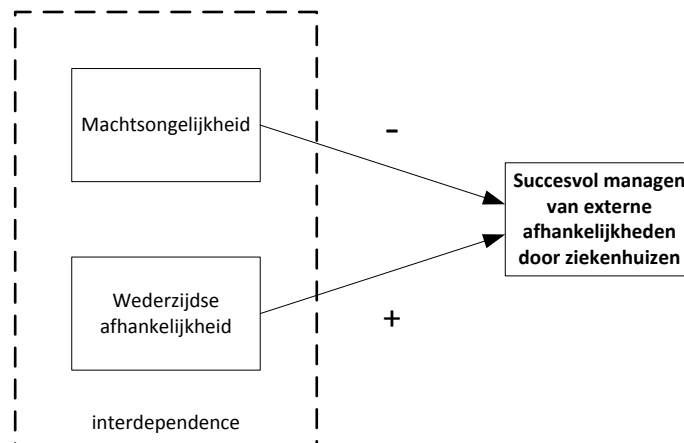
Om te kunnen bepalen wat succesvolle interventies onderscheidt van niet-succesvolle interventies in de ziekenhuissector (deelvraag II) is nodig:

1. een onderzoek naar interventies die ziekenhuizen hebben ingezet,
2. een toetsingsmodel aan de hand waarvan de oorzaak van het succes van interventies gemeten kan worden.

Vanuit het literatuuronderzoek zijn diverse inzichten opgedaan waarmee het mogelijk is een toetsingsmodel te ontwerpen. Met name het conceptueel model van Cascario en Piskorski (2005) ten aanzien van het construct 'interdependence' leent zich goed als vertrekpunt (Figuur 8, p.17). Dat kan echter alleen als de afhankelijke variabele in het model ('constraint absorption') wordt opgerekt. Immers, zoals gesteld in paragraaf 2.1.2 is constraint absorption een interventie die in de afhankelijkheidsrelatie tussen ziekenhuis en zorgverzekeraar niet tot de opties behoort. De afhankelijke variabele in het model is daarom aangepast naar het 'succesvol managen van externe afhankelijkheden door ziekenhuizen' (zie Figuur 9).

Voor de variabele 'machtsongelijkheid' heeft nog de afweging gespeeld om deze ook als moderator te plaatsen op de relatie tussen 'wederzijdse afhankelijkheid' en het 'succesvol managen van externe afhankelijkheden door ziekenhuizen'. Ten behoeve van de helderheid en eenvoud van het model is ervoor gekozen om dat niet te doen. In eventueel vervolgonderzoek zou het modererende effect van machtsongelijkheid een interessante verrijking zijn op de publicatie van Cascario en Piskorski (2005).

Figuur 9 – Conceptueel model o.b.v. aanpassing van Cascario & Piskorski (2005)



Uit dit conceptueel model volgen als kernveronderstellingen:

1. Hoe groter de machtsongelijkheid, des te moeilijker ziekenhuizen hun afhankelijkheid met zorgverzekeraars kunnen managen.
2. Hoe groter de wederzijdse afhankelijkheid, des te beter ziekenhuizen hun afhankelijkheden richting zorgverzekeraars kunnen managen.

In de volgende subparagrafen zijn respectievelijk de deelconstructen ‘machtsongelijkheid’ en ‘wederzijdse afhankelijkheid’ geoperationaliseerd. Een antwoord op deelvraag III blijft daarmee nog achterwege. Deze deelvraag komt later in de discussie van deze scriptie terug, waarbij met behulp van de bevindingen uit het onderzoek wordt gezocht naar een antwoord.

2.4.1. Operationalisering van Machtsongelijkheid

Cascario & Piskorski (2005) slagen erin het onderscheid tussen de deelconstructen wederzijdse afhankelijkheid en machtsongelijkheid aan te tonen. Hiervoor gebruiken ze een sample van bedrijven uit overname- en fusietrajecten. Overnames en fusies zijn echter trajecten waarvan achteraf de machtsverhoudingen redelijk te bepalen zijn. Voor organisaties die niet bezig zijn met een fusie of overname in het kader van constraint absorption wordt het lastiger, want hoe meet je dan macht? Dat probleem tekent zich al af in de gebruikte definitie van machtsongelijkheid:

“Power imbalance captures the difference in the power of each actor over the other. Formally, this construct can be defined as the difference between two actors' dependencies, or the ratio of the power of the more powerful actor to that of the less powerful actor (Lawler and Yoon, 1996 as in Cascario & Piskorski, 2005).”

Het definiëren van machtsongelijkheid op deze manier neigt al snel weer richting de vraag wie meer afhankelijk is van wie, en juist daar proberen we machtsongelijkheid van te onderscheiden.

Er is dus een andere definitie van macht nodig. Voor de conceptualisering van het begrip ‘macht’ grijpen wij terug op een definitie van Dahl (1957). Deze definitie vormt ook een belangrijke basis in het gedachtegoed van andere belangrijke publicaties rondom dit onderwerp (o.a. Emerson, 1962 en Hickson et al., 1971).

“Power is defined as the determination of the behaviour of one social unit by another” (Dahl, 1957 als in Hickson et al., 1971:218)

Dahl (1957) legt daarmee een relatie tussen macht en invloed op gedrag. Ook bestaat ‘macht’ als concept uit meerdere elementen (Hickson et al., 1971), namelijk:

- gepercipieerde macht,
- gewenste macht,
- gebruikte macht.

Macht is dus niet absoluut, maar relatief en wordt in grote mate bepaald door de beleving van partijen en de (historische) relatie die partijen met elkaar hebben. Macht is bovendien volgens Emerson (1962) ook geen bezit van een partij, maar deel van de relatie tussen partijen:

“Power is a property of the social relation, it is not an attribute of the actor”
(Emerson, 1962: 32)

Ondanks de inspanning om het concept ‘macht’ te operationaliseren blijkt het op basis van de beschikbare literatuur een lastige opgave. Diverse pogingen in de literatuur om macht in absolute termen te definiëren (o.a. Lawler & Yoon, 1993; Oliver, 1990; Cascario & Piskorski, 2005) laten zien dat op dit gebied het ei van Columbus nog gevonden moet worden.

Op basis van de definities van Dahl (1957), Emerson (1962) en Hickson et al. (1971) is het wel mogelijk om machtsverhoudingen kwalitatief te benaderen. Daarbij is de mate van machtsongelijkheid lastig te bepalen.

Kijken we naar het ontwerp van de zorgverzekeringswet, dan kan worden gesteld dat machtsongelijkheid expliciet als onderdeel van het ontwerp is meegenomen om de regierol van zorgverzekeraars te kunnen waarborgen.

Dat laat onverlet dat de intentie van het wetsontwerp en de dagelijkse praktijk van elkaar kunnen verschillen. Op dit punt doen we in deze scriptie een aanname, namelijk dat er sprake is van machtsongelijkheid in het voordeel van de zorgverzekeraars.

2.4.2. Naar een framework van Wederzijdse Afhankelijkheid

Ziekenhuizen en zorgverzekeraars zijn op verschillende manieren afhankelijk van elkaar. In Tabel 4 staat een overzicht van enkele ‘controlled resources’ en behoeften van ziekenhuizen en zorgverzekeraars.

Tabel 4 - Controlled resources and needs

Zorgverzekeraar	Ziekenhuis
Controlled Resources	
Financiële middelen: <i>Regulier (DBC-vergoeding)</i> <i>Buitengewoon (bijv. projectfinanciering)</i>	Kennis en Kunde (Regionale) zorgcapaciteit
Patientvolume: <i>Niet contracteren door zorgverzekeraar leidt tot daling patientvolume</i> <i>Wachttijst-management en gerelateerde investeringen</i> <i>(optie tot ‘red carpets’)</i>	Kwaliteit Wachttijd/doorlooptijd van zorg
Needs	
Betaalbare zorg met het oog op betaalbare/concurrerende premies voor verzekerden	Kostendekkende omzet Strategische investeringsruimte (d.m.v. marge op zorgproducten of sponsoring derden)
Beschikbaarheid van zorgaanbod om aan zorgplicht te voldoen	Bedrijfscontinuïteit

Deze scriptie focust zich op de primaire afhankelijkheidsrelatie tussen ziekenhuizen en zorgverzekeraars welke kan worden uitgedrukt in termen van ‘zorgaanbod’ en ‘financiële middelen’ (zie ook Figuur 10).

Figuur 10 - wederzijdse afhankelijkheid tussen ziekenhuis en zorgverzekeraar

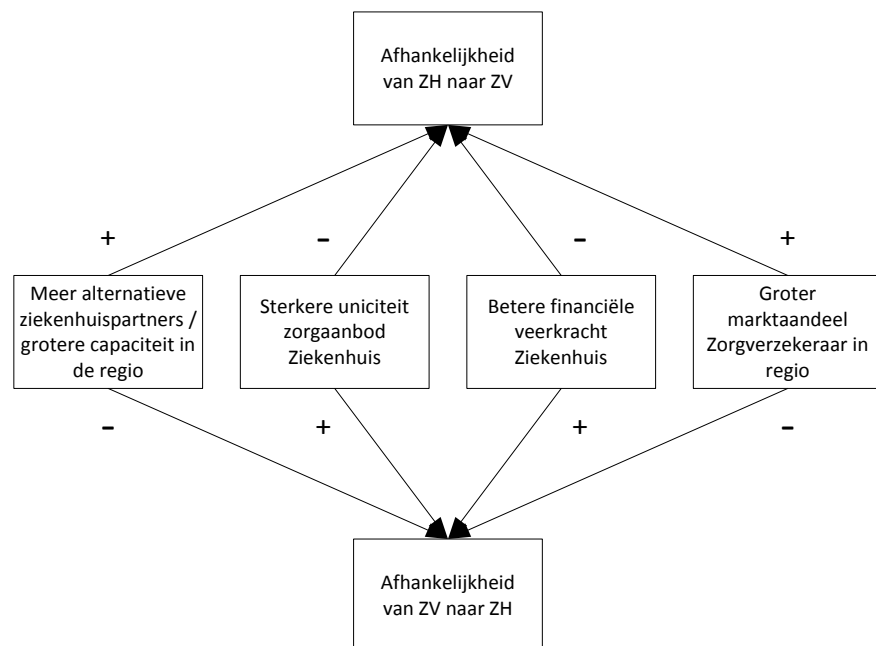


Vanuit deze relatie kan het volgende worden verondersteld:

1. Indien er sprake is van krapte in zorgaanbod, is de zorgverzekeraar afhankelijker van ziekenhuizen dan wanneer er een ruim aanbod is.
2. Als in een regio sprake is van een ruim aanbod van ziekenhuizen, maar een ziekenhuis kan bepaalde zorg aanbieden die andere ziekenhuizen in die regio niet kunnen verlenen, dan hebben ziekenhuizen die deze unieke zorg leveren voor hun totaalpakket aan zorg een betere onderhandelingspositie dan ziekenhuizen met een generalistisch zorgprofiel.
3. Hoe beter de financiële situatie van een ziekenhuis, des te minder gevoelig het ziekenhuis is voor fluctuaties in de geldstroom. Andersom gesteld: hoe precairder de financiële situatie van een ziekenhuis is, des te groter de invloed van een zorgverzekeraar wordt.
4. Het niet contracteren van een verzekeraar met een klein inkoopvolume heeft minder impact dan wanneer de hofleverancier zijn aanbod elders zal zoeken.
5. Een variabele die voor de ene actor de afhankelijkheid vergroot, zal voor de andere actor juist de afhankelijkheid verlagen en andersom.

Vanuit deze veronderstellingen is het construct ‘wederzijdse afhankelijkheid’ geoperationaliseerd. Dit is schematisch weergegeven in Figuur 11.

Figuur 11 - framework: afhankelijkheidsrelaties tussen ziekenhuizen en zorgverzekeraars



3. ONDERZOEKSOPZET EN METHODOLOGISCHE VERANTWOORDING

In dit hoofdstuk worden de ontwerpkeuzes en methodologische afwegingen van het onderzoek besproken. Het hoofdstuk begint met het definiëren van het doel van het onderzoek, vervolgens zal aandacht worden besteed aan de onderzoeksmethode, de gemaakte keuzes rondom de dataverzameling en de uiteindelijke selectie van onderzoeksobjecten. De gemaakte keuzes in dit hoofdstuk bepalen in belangrijke mate de opbouw van het verdere onderzoek in deze scriptie. In de slotparagraaf van dit hoofdstuk wordt daarom de verdere hoofdstukopbouw beschreven.

3.1. Doel van het onderzoek

Het doel van het onderzoek is meer inzicht te krijgen in de wijze waarop ziekenhuizen hun afhankelijkheidsrelatie met zorgverzekeraars managen. Op basis van deze onderzoeksvraag zijn drie deelvragen geformuleerd welke wellicht ten overvloede, maar voor het gemak van de lezer hier worden herhaald:

Deelvragen onderzoek:

- I. Welke interventies worden in de literatuur beschreven om afhankelijkheidsrelaties te managen?**
- II. Zijn er, kijkend naar interventies van ziekenhuizen op de afhankelijkheidsrelatie met zorgverzekeraars, factoren te onderscheiden die het interventieresultaat beïnvloeden?**
- III. Tot in hoeverre benutten ziekenhuizen de interventies die ze tot hun beschikking hebben om hun afhankelijkheidsrelatie met zorgverzekeraars te managen?**

Vanuit het literatuuronderzoek is een antwoord gevonden op deelvraag I. De bevindingen in het literatuuronderzoek hebben niet geleid tot een antwoord op de andere twee deelvragen.

Het empirisch onderzoek richt zich daarom op het verkrijgen van inzicht in de succesfactoren van Resource Dependence interventies binnen de afhankelijkheidsrelatie tussen ziekenhuis en zorgverzekeraar. De uitkomst van dit empirisch onderzoek stelt de onderzoeker eveneens in staat om een discussie te voeren over deelvraag III.

Omdat uit de literatuurstudie geen toetsingsmodel voor het beantwoorden van deelvraag II is gevonden, is in paragraaf 2.4 aandacht besteed aan het modifieren en operationaliseren van een in de literatuur beschikbaar model. Daarmee heeft deze studie een exploratief/theorievormend karakter.

3.2. Keuze onderzoeksmethode

Hoewel voor exploratieve studies gebruik kan worden gemaakt van zowel kwantitatieve als kwalitatieve onderzoeksmethoden (Bryman & Bell, 2011), leent kwalitatief onderzoek zich in het algemeen het best voor dit type studies (Yin 1984, Stake, 2006). Voor het verzamelen van empirische data is gekozen voor een casestudybenadering, omdat deze vorm het beste past bij onderzoeksvragen die betrekking hebben tot het 'hoe' en 'waarom' (Yin, 1984). Deelvraag II kwalificeert zich als zo'n echte 'hoe-vraag'.

Om antwoord te kunnen geven op de vraag '*wat onderscheidt succesvolle van niet-succesvolle interventies?*', is een beperking tot één observatie niet toereikend. Het onderzoek maakt daarom gebruik van meerdere casestudies. Bijkomend voordeel van het gebruiken van meerdere cases is dat hiermee ook nieuwe factoren aan het licht kunnen komen die kunnen bijdragen aan de verdere uitwerking van de theorievorming (Bryman & Bell, 2011). Ragin (1997) onderscheidt

twee type vergelijkende casestudies, te weten: 'variabel-georiënteerde studies' en casus-georiënteerde studies. Variabel-georiënteerde studies zijn erop gericht te verklaren waarom de cases van elkaar verschillen, de casus-georiënteerde studies zoeken juist naar de gemene deler van cases. In dit onderzoek worden de cases gebruikt voor het zoeken naar en verklaren van verschillen in uitkomsten tussen vergelijkbare situaties. Daarbij staan de factoren in het framework (Figuur 11, pagina 23) centraal. Dat vergroot het belang van een 'open vizier'. Mogelijke aanvullende elementen worden dus niet vooraf uitgesloten in de analyse. Het vergelijkende element in de studie is niet alleen van praktische waarde, maar stelt de onderzoeker methodologisch gezien ook in staat om:

1. te bepalen onder welke omstandigheden de theorievorming wordt bevestigd of juist kan worden ontkracht (Yin 1984; Eisenhardt 1989),
2. aandacht te besteden aan algemene pogingen tot falsificatie van de theorievorming in het analyseproces.

Analyse methode

Voor het analyseren van de verschillende cases wordt gebuikt gemaakt van een 'cross-case analyse'. Onder deze analysevorm wordt verstaan:

"An analysis that examines themes, similarities, and differences across cases is referred to as a cross-case analysis . Cross-case analysis is used when the unit of analysis is a case , which is any bounded unit, such as an individual, group, artifact, place, organization, or interaction." (Mathison, 2005)

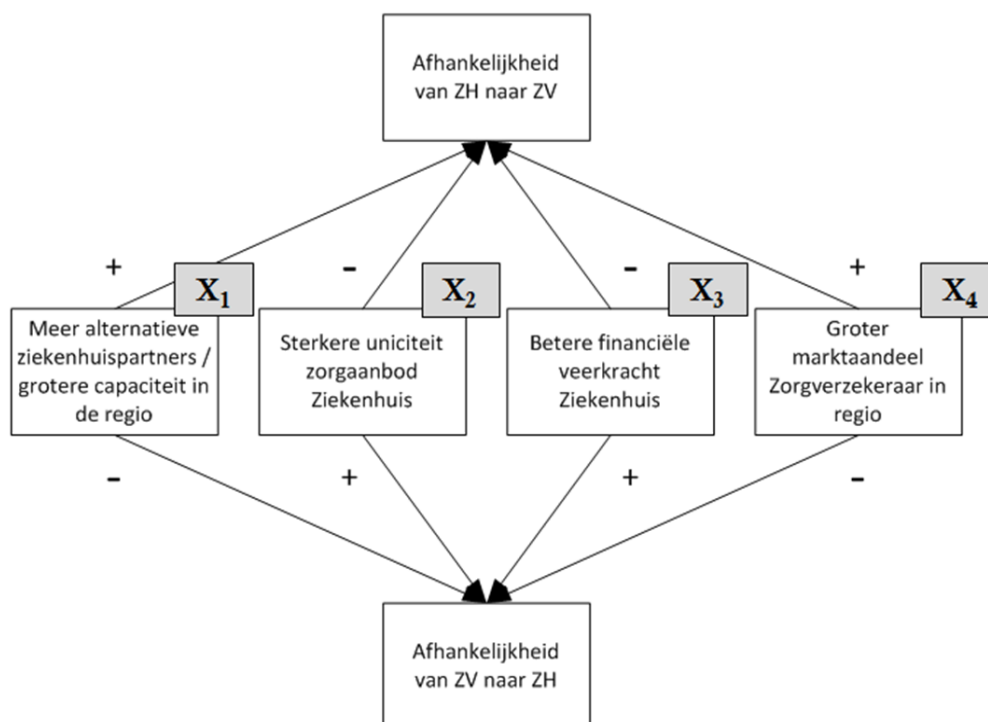
Khan & VanWynsberghe (2008) vatten de voordelen van multi-casestudies en de bijbehorende cross-case analyse als volgt samen:

1. *"the case content is made available to the researcher in an easily accessible form;*
2. *cases are clustered and represented in a visual display to facilitate comparison by the researcher and by others;*
3. *cases are compared in a method that either centers on the case or on the variables, depending on the goal of the researcher, and*
4. *findings of the case and the cross-case comparison are shared with others."*

Uitwerking analyse tabel

Bij de cross-case analyse wordt gebruik gemaakt van een analyse tabel. Deze tabel is gebaseerd op het framework zoals besproken in hoofdstuk twee. De vertaling van het framework naar een analyse tabel is weergegeven in respectievelijk Figuur 12 en Tabel 5. In de aanloop van de analyse in hoofdstuk zes zal deze tabel in paragraaf 5.3 worden gevuld.

Figuur 12 – Koppeling framework aan factoren in analyse tabel



Tabel 5 - Analyse tabel

	Y	X ₁	X ₂	X ₃	X ₄	Z _n
Unilateraal						
CASE1	+	? ^a	?	?	?	?
CASE2	+	?	?	?	?	?
CASE3	-	?	?	?	?	?
Bilateraal						
CASE4	+	?	?	?	?	?
CASE5	+	?	?	?	?	?
CASE6	-	?	?	?	?	?

^a) In de tabel zijn vraagtekens gebruikt omdat voor de factoren nog geen waarde is bepaald.

Waarbij:

Y = Resultaat van de interventie

X₁ = Concentratiegraad van ziekenhuizen in de regio

X₂ = Uniciteit zorgaanbod

X₃ = Financiële veerkracht van het ziekenhuis

X₄ = Marktaandeel van de zorgverzekeraar

Z_n = Overige factoren die mogelijk hebben bijgedragen aan het resultaat van de interventie.

3.3. Dataverzameling

Het managen van afhankelijkheidsrelaties is een gevoelig onderwerp en het is niet de bedoeling met dit onderzoek bedrijfsbelangen te beschadigen. Daarom is er extra aandacht besteed aan het correct verzamelen van data. Aanvankelijk was het de bedoeling om interviews af te nemen bij diverse ziekenhuizen over de worstelingen die zij hebben met vraagstukken in hun afhankelijkheidsrelatie met zorgverzekeraars. Het anonimiseren van de interviews zou het beschadigen van bedrijfsbelangen moeten voorkomen. Tijdens het afnemen en uitwerken van de eerste interviews kwam al vrij snel het besef dat ook geanonimiseerde interviews voor iemand met enige kennis van de branche zeer gemakkelijk herleidbaar waren tot specifieke ziekenhuizen.

Naast het ethische bezwaar nam met dit inzicht ook het besef toe dat het risico van een eventuele response bias significant groter was dan aanvankelijk geschat. Er mag van geïnterviewde partijen op basis van dit inzicht immers niet worden verwacht dat zij volledige openheid kunnen geven. Voor de empirische studie was daarom een andere wijze van dataverzameling nodig en is de keuze gemaakt om gebruik te maken van secundaire data. Deze keuze kan wellicht worden beschouwd als een beperking van het onderzoek, maar er zijn diverse argumenten waarom dit een verantwoorde keuze is. In meerdere opzichten bevat deze vorm van data de nodige rijkheid:

1. In de periode van 2013 tot en met 2015 hebben verschillende interventies in de media de revue gepasseerd. Deze interventies zijn vaak gefragmenteerd besproken in de media, maar nog niet eerder als geheel gepresenteerd in een casestudy.
2. Met het gebruik van publieke informatie is het probleem rondom onderzoeksethiek bovendien opgelost: met het gebruik van openbare informatie is het risico op het beschadigen van bedrijfsbelangen geminimaliseerd.
3. Er is een ruime variatie aan publieke bronnen beschikbaar (en gebruikt), waaronder:

- | |
|---|
| <ol style="list-style-type: none">a. Publicaties van het ministerie van VWS,b. Publicaties van de Nederlandse Zorgautoriteit,c. Publicaties van het CBS en het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM)d. Stukken van de Tweede Kamer,e. Diverse vakbladen, kranten en bijbehorende websites met daarin onder andere:<ol style="list-style-type: none">i. interviews met directie en senior managers van ziekenhuizen,ii. interviews met directie en senior managers van zorgverzekeraars,f. Televisierapportages van o.a. NOS en Nieuwsuur,g. Persberichten op websites van zorgverzekeraars en ziekenhuizen en overige stakeholders. |
|---|

4. Met het gebruik van publieke informatie ontstaat bovendien een inclusiecriteria voor casestudies. Cases waar ruime informatie over beschikbaar is, hebben in de regel veel aandacht gehad. Bijvoorbeeld omdat het een escalatie betreft, een nieuwe manier van (samen)werken of een belangrijk precedent dat de verhoudingen tussen ziekenhuis en zorgverzekeraar heeft beïnvloed. Juist dit soort cases bevatten karakteristieken die meer inzicht kunnen bieden in de vraag wat succesvolle interventies van niet-succesvolle interventies onderscheidt.

Ook voor de industrie-analyse is gebruik gemaakt van secundaire data. Aanvullend op de genoemde bronnen onder punt vier, is hierbij ook gebruik gemaakt van data van het CBS, data van het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) en waar voorhanden ook wetenschappelijke studies.

Semigestructureerde interviews met professionals in het veld

De afgenomen interviews zijn waar mogelijk (en gepast) gebruikt om verschillende hoofdstukken te versterken. Dit betreffen de interviews met de toenmalig financieel directeur en het hoofd verkoop van een ziekenhuis. Deze interviews zijn zeer waardevol gebleken bij het verkrijgen van inzicht in de dynamiek aan de onderhandelingsstafel en het zou een tekortkoming zijn als deze waardevolle bronnen niet werden gebruikt. Met het oog op discretie zijn de verbatim uitgewerkte interviews alleen aan de afstudeercommissie beschikbaar gesteld.

3.4. Betrouwbaarheid, reproduceerbaarheid en validiteit

Vanuit methodologisch oogpunt zijn er drie belangrijke pijlers te noemen die in grote mate de kwaliteit van het onderzoek bepalen: betrouwbaarheid, reproduceerbaarheid en validiteit. In deze sectie wordt bij deze drie elementen van de studie stilgestaan.

Betrouwbaarheid en reproduceerbaarheid

Binnen het betrouwbaarheidsaspect van het onderzoek kan onderscheid worden gemaakt tussen interne en externe betrouwbaarheid.

De *interne betrouwbaarheid* betreft de consistentie van gebruikte meetwaarden/observaties in de studie (Bryman & Bell, 2011: 158). Bij observaties is volgens Bryman & Bell (2011:395) vooral het principe van 'inter-observer consistency' van belang.

Om de interne betrouwbaarheid te versterken, is bij het beschrijven van de casestudies zoveel mogelijk gebruik gemaakt van triangulatie en zijn zoveel mogelijk verschillende observaties en bronnen gebruikt.

Met het gebruik van verschillende bronnen wordt een eenzijdig perspectief bij het opstellen van de casus bovendien voorkomen. Dit is van belang omdat het beschrijven van casestudies een interpretatief proces betreft. Inherent aan interpretatie is het risico op 'bias' waarbij de onderzoeker in een casus leest wat hij of zij wenst te lezen. Hoewel dit risico op een zekere subjectiviteit zeker ter harte genomen moet worden, is het risico hierop niet kleiner of groter dan bij de selectie en formulering van bijvoorbeeld een kwantitatieve survey. Daar is de uitkomst in grote mate afhankelijk van arbitrair vastgestelde en subjectief geformuleerde vragen.

De reproduceerbaarheid (ook wel *externe betrouwbaarheid* genoemd) betreft de mate waarin de uitkomsten van de studie bij herhaling onder gelijke condities consistent zijn (Bryman & Bell, 2011:395). Reproduceerbaarheid van kwalitatief onderzoek is volgens Bryman & Bell (2011) een lastige kwestie. Daarbij refereren ze aan de studie van LeCompte & Goetz (1982) die stellen dat een sociale setting te dynamisch is voor een goede betrouwbaarheid: zodra het onderzoek is uitgevoerd zijn de onderlinge verhoudingen alweer veranderd. Uitspraken zouden dus alleen gedaan kunnen worden voor de betreffende situatie op dat specifieke moment. Deze stellingname houdt echter geen stand bij casusbeschrijvingen die betrekking hebben op het reeds gebeurde. Zeker daar waar wordt gewerkt met secundaire data is de herleidbaarheid en reproduceerbaarheid van de studie juist zeer groot. De informatie zoals Tweede Kamerstukken, interviews en persberichten zijn statisch. Wel kan er nieuwe informatie achteraf bijkomen waardoor nieuwe inzichten ontstaan. Bij de meeste beschreven interventie cases is echter sprake van herhaalde hoor en wederhoor, waarbij partijen over het algemeen gebaat waren bij transparantie. Dat maakt de kans op effecten van 'undisclosed information' acceptabel.

Validiteit

Interne validiteit relateert met name aan de mate van causaliteit bij gelegde oorzaak-gevolg relaties. Binnen de methodologische wetenschap is aantonen van causaliteit een van de grote twistpunten bij het gebruik van kwalitatief onderzoek. Segers (2002) nuanceert dit probleem door te stellen dat dit in het algemeen lastig is vast te stellen, ongeacht de gebruikte methodiek:

“Het vaststellen dat een relatie causaal van aard is levert methodologisch problemen op. Allereerst moeten we bedenken dat oorzakelijkheid als zodanig niet een empirisch waarneembaar verschijnsel is. Voorts zit er in de bewijsvoering voor een causale relatie een los eind. Het is immers denkbaar dat de oorzaak toch ergens anders ligt dan we dachten.”

In die zin is het probleem van kwantitatieve methodes die middels een correlatie mogelijke causaliteit proberen aan te tonen niet anders.



(Bron: dilbert.com)

Ten aanzien van interne validiteit bij multi-case onderzoek stelt Yin (2013:61):

“Your judgement will be a discretionary, not formulaic, one.”

Rekening houdend met de genoemde kwesties ten aanzien van de interne validiteit kunnen we het bij de conclusievorming slechts hebben over de *aannemelijkheid* dat de factoren zoals opgenomen in het framework (Figuur 11, pagina 23) een rol spelen bij het succes van een interventie op de afhankelijkheidsrelatie.

De vraag is of de beperking van de interne validiteit afbreuk doet aan de waarde van het onderzoek. De scriptant denkt van niet. Deze studie vormt een eerste stap in het beter begrijpen van de afhankelijkheidsrelatie tussen ziekenhuis en zorgverzekeraar en geeft een eerste aanzet tot theorievorming. Dat biedt een goede basis voor vervolgonderzoek naar dit onderwerp.

Externe validiteit betreft de mate waarin uitkomsten van de studie gegeneraliseerd kunnen worden. Dit criterium heeft dus betrekking op de aanname dat bevindingen uit een casestudy ook standhouden in een andere context.

Vergeleken met kwantitatieve studies is het aantal observaties in een casestudy relatief zeer laag. Lincoln & Guba (1985:316) adresseren dit issue ook. Volgens hen ligt de meerwaarde van een casestudy in haar uniciteit en gedetailleerde beschrijving. Van externe validiteit is bij casestudies wat hen betreft dan ook geen sprake. Lincoln en Guba (1985) lijken voor hun kritiek op multi-case onderzoek echter verkeerde argumenten te gebruiken. Kwalitatief onderzoek kan namelijk

niet gemeten worden aan criteria bedoeld voor kwantitatief onderzoek (Eisenhardt 1989,1991, Eisenhardt & Graebner, 2007; Yin 1984,2013). Yin (2013:40) zegt hierover het volgende:

“A fatal flaw in doing case studies is to consider statistical generalization to be the way of generalizing the findings from your case study. This is because your case studies are not ‘sampling units’ and also will be too small in number to serve as an adequately sized sample to represent any larger population. Rather than thinking about your case as a sample, you should think of it as an opportunity to shed empirical light about some theoretical concepts or principles (...).”

Een multi-casestudy ontleent haar externe validiteit dus niet aan het aantal cases, maar waaraan ontleent een multi-casestudy dan wel haar validiteit? Eisenhardt (1989,1991) stelt dat in het geval van theorievormend onderzoek het van belang is dat er aandacht wordt besteed aan de case selectie. Daarbij speelt een goede afbakening van de onderzoekspopulatie en de wijze van sampling een belangrijke rol (Eisenhardt, 1989:537):

“the concept of a population is crucial, because the population defines the set of entities from which the research sample is to be drawn. Also, selection of an appropriate population controls extraneous variation and helps to define the limits for generalizing the findings.”

“The cases may be chosen to replicate previous cases or extend emergent theory, or they may be chosen to fill theoretical categories and provide examples of polar types. While the cases may be chosen randomly, random selection is neither necessary, nor even preferable.”

Aanvullend stelt Yin (2013:59) dat de mate van validiteit van het onderzoek verder afhangt van de ‘replication logic’ die gebruikt wordt in de analyse van een multi-casestudy. De validiteit van een multi-casestudy kan dus worden bepaald op de kwaliteit van de case sampling, ‘replication logic’ in de analyse en consistentie van de conclusies met de bevindingen.

Op basis van een verzameling van casestudies met dezelfde verschijnselen is het volgens Yin en Eisenhardt dus mogelijk om te bepalen of bepaalde karakteristieken van een casus standhouden in een andere sociale context.

Een aspect wat Yin (2013) en Eisenhardt (1989, 1991) niet noemen, maar volgens Kahn & VanWynsberghe (2008) eveneens een belangrijke rol speelt ten aanzien van de externe validiteit is het principe van ‘theoretical saturation’:

“The researcher is advised to search for comparable cases until they are satisfied that the search is no longer yielding new insights or until theoretical saturation has been achieved. Variable-oriented researchers support comparison of cases that are fairly similar in order to achieve a level of control that can foster predictability and idiographic or nomothetic generalizations”

Vanuit deze redenering kan vervolgonderzoek om de theoretische verzadiging te toetsen wenselijk zijn.

Zelfs als aan de genoemde criteria uit deze sectie wordt voldaan, blijft de externe validiteit een terugkerend discussiepunt bij kwalitatief onderzoek. Deze discussie lijkt namelijk grotendeels onderhevig aan de incommensurabiliteit van de verschillende onderzoeksparadigma’s tussen onder andere het positivistisch/deterministisch denken enerzijds en het paradigma van de onderzoeker anderzijds (realisme/probabilisme).

3.5. Case selectie en opzet cross-case analyse

Aanvullend op paragraaf 3.4 zijn bij de selectie van cases nog enkele methodologische overwegingen meegenomen ten aanzien van de selectie van de cases. Daarbij wil ik openen met een citaat van Schwandt (2015):

*“Cases are rarely if ever chosen as a sample of some universe of cases. Rather, a single-case design is chosen because the case is thought to be critical to the elaboration or test of a theory, extreme, unique, or unusually revelatory. The choice of multiple-case designs (permitting cross-case analysis) follows what Yin calls a replication rather than a sampling logic: Additional cases are chosen for study because such cases are expected to yield similar information or findings or contrary but predictable findings. Robert Stake agrees that cases are not chosen for **representativeness**. He defines instrumental case study as strategy whereby a case is studied because it can shed light on a particular pre-given issue, concept, or problem. When several cases are chosen within a single study to achieve this aim, each is thought to be useful in that regard. The result is what he calls a collective case study.”*

Tijdens het opzetten van het afstudeeronderzoek is een proces gevolgd dat vergelijkbaar is met de beschrijving van Schwandt. In het geval van dit afstudeeronderzoek sprong de casus van het Radboud UMC Nijmegen in het oog op het moment dat de betreffende interventie naar Achmea speelde. De relatie met andere cases was daarna snel gelegd. De andere cases zijn er dus bij gezocht met als doel het fenomeen bij de Nijmegen case in een bredere context te kunnen plaatsen. Bij de case sampling is dus zeer bewust niet gekozen voor een aselechte steekproef van een groot aantal interventies. Naast een methodologische keuze was dit ook praktisch gezien niet haalbaar geweest. Op basis van de selectiecriteria leenden negen cases zich voor dit onderzoek.

Selectie

Bij de selectie van cases is gezocht naar geslaagde en niet-geslaagde voorbeelden van zowel unilaterale als bilaterale interventies zoals samengevat in Tabel 6. Gezien de gemaakte keuzes in paragraaf 3.3, is gezocht naar cases die:

- recent plaatsvonden (tussen 2013 en 2015),
- zijn besproken in vakbladen, algemene media en/of in de Tweede Kamer,
- onderling voldoende diversiteit en overeenkomst vertonen om een goede cross-case analyse te kunnen doen.

Tabel 6 – Samenvatting interventies voor het managen van afhankelijkheidsrelaties

Unilaterale mogelijkheden	Bilaterale mogelijkheden
Onthouding of levering onder voorwaarden	Board interlock
Coalitievorming met derde partijen tegen de dominante organisatie	Fusie/overname
Ontwikkelen of helpen ontwikkelen van alternatieve partners/bronnen voor de betreffende resource	Samenwerking
Verminderen van het belang van de middelen die de dominante partij beheert	Uitwisselen van andere waardevolle resources zoals: informatie, steun, toegang tot belangrijke relaties in het netwerk die voor de ander moeilijk toegankelijk zijn.
Indirecte beïnvloedingsstrategieën	

Bij het zoeken naar het aantal beschikbare cases was merkbaar dat ziekenhuizen pas zeer recent zijn genoodzaakt tot het managen van de afhankelijkheidsrelatie met zorgverzekeraars. In totaal zijn er negen geschikte cases gevonden waarvan er zeven zijn geselecteerd: drie studies gekenmerkt door unilaterale interventies en drie door bilaterale, waarbij voor elk type interventie twee geslaagde en een niet geslaagde case studie is gekozen. Vanwege de empirische waarde is aanvullend nog een zevende casus toegevoegd waarbij het resultaat niet direct als succesvol of niet-succesvol te kwalificeren valt. Voor een overzicht van de case selectie, zie Tabel 7. De reden om dit onderzoek te beperken tot de analyse van zes casestudies heeft te maken met de beperkt beschikbare tijd voor het onderzoek. De geselecteerde cases lenen zich daarbij het best voor deze studie gegeven de ruime beschikbaarheid aan publieke informatie.

Tabel 7 - Caseselectie

	Unilateraal	Bilateraal
Succesvolle interventie	1. VUmc 2. Radboud UMC	4. Diaconessenhuis 5. Laurentius Ziekenhuis
Niet-succesvolle interventie	3. Slotervaart Ziekenhuis	6. Medisch Centrum Alkmaar
Ongekwificeerd resultaat		7. Ommelander Ziekenhuis Groep

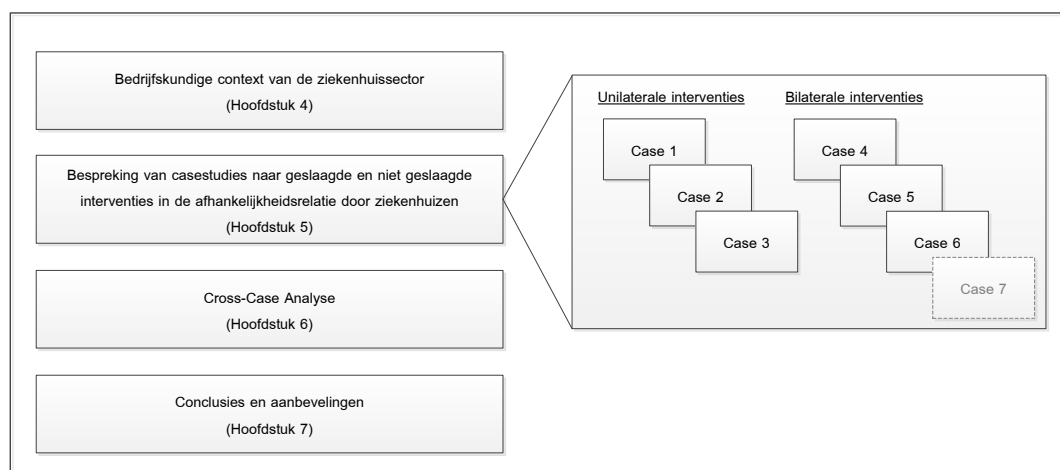
Andere gevonden cases die voldoen aan de gestelde criteria, zijn:

- de reorganisatie van de spoedzorg in de regio Heerlen, ([Zorgvisie](#), d.d. 26-2-2014),
- het Admiraal de Ruiter Ziekenhuis nadat zij in liquiditeitsproblemen kwam ([Skipt](#), d.d. 21-5-2015),
- de overname van het Rode Kruis Ziekenhuis ([Zorgvisie](#), d.d. . 21-5-2012).

3.6. Opbouw van het onderzoek

Vanuit het (systemische) paradigma van de Resource Dependence Theory kan men niet voorbij gaan aan de premisse dat relaties tussen twee partijen altijd in de context van hun omgeving bestaan. Inleidend op het empirische hoofdstuk is daarom de ruimte genomen voor een industrie-analyse van de ziekenhuissector (hoofdstuk vier). In hoofdstuk vijf en zes zijn respectievelijk de casebeschrijvingen en de cross-case analyse te vinden. Hoofdstuk zeven is het afsluitende hoofdstuk waarin conclusies worden gevormd, discussie plaatsvindt en aanbevelingen voor de sector zijn gedaan. Een samenvatting van de onderzoeksopzet is afgebeeld in Figuur 13.

Figuur 13 - Onderzoeksopzet



4. INDUSTRIE-ANALYSE VAN DE ZIEKENHUISSECTOR

Zoals gesteld in paragraaf 3.6 van het methodologische hoofdstuk is het van belang de context te schetsen waarin de afhankelijkheidsrelatie tussen ziekenhuis en zorgverzekeraars zich afspeelt. Daartoe is reden te meer omdat de ziekenhuissector qua institutionele logica op diverse punten afwijkt van een 'reguliere' markt. Deze afwijking gaat verder dan dat het zich kenmerkt als 'not for profit'. Deze complexiteit van de markt wordt onderschreven door Porter & Teisberg (2006) die zeer uitgebreid de afwijkende premissen van concurrentie in de gezondheidszorg hebben onderzocht in hun werk *Redefining Health Care: creating value-based competition on results*. Ook Peter Drucker erkent de bovenmatige bedrijfskundige complexiteit van de gezondheidszorg:

"healthcare organizations are the most complex form of human organization we have ever attempted to manage" (Drucker, 1993 in: Golden, 2006:10)

Een statement dat Drucker in 2002 (15 jaar) later nog eens herhaalt in *Managing in the next society*, een boek dat uiteindelijk een van zijn laatste management boeken is geweest.

Om uitspraken te kunnen doen over de relatie tussen ziekenhuizen en zorgverzekeraars is het dus belangrijk om stil te staan bij hoe de sector werkt. Dit hoofdstuk start met een paragraaf over de bijzonderheden ten aanzien van de concurrentie en marktdynamiek in de gezondheidssector, gevolgd door een analyse met behulp van het vijfkrachtenmodel van Porter (2008). In dit hoofdstuk wordt slechts een samenvatting van deze vijfkrachtenanalyse gegeven. De volledige analyse is te vinden in bijlage C.

4.1. Concurrentie in de gezondheidszorg: een afwijkend paradigma

Porter & Teisberg (2006) stellen in hun boek 'Redefining Health Care: creating value-based competition on results' dat de concurrentieprincipes zoals die in de commerciële sector gelden, niet hetzelfde effect sorteren in de gezondheidszorg. Zorginstellingen concurreren op kosten en aanbod, maar dit lijkt niet te leiden tot een efficiënte markt waarbij de kwaliteit steeds beter wordt. Het lijkt juist te leiden tot een enorme variatie in kwaliteit en kosten van geleverde zorg. Porter & Teisberg constateren dat concurrentie in de gezondheidszorg het volgende gedrag bij zorginstellingen veroorzaakt:

1. het verschuiven van kosten naar andere partijen waardoor de 'winst' van de ene instelling wordt betaald door een andere zorgleverancier,
2. het versterken van de onderhandelingspositie door vergroting van volume en omzet zonder dat dit leidt tot beduidende verbeteringen in rendement,
3. het verlagen van kosten door het inperken van diensten aan patiënten.

In de Nederlandse gezondheidszorg zijn dezelfde patronen te zien. Het behoeft geen uitleg dat deze vorm van concurrentie geen waarde creëert voor de patiënt. In het verlengde daarvan zou men kunnen concluderen dat concurrentie binnen de gezondheidszorg een ongeschikt principe is. Porter & Teisberg stellen echter het kind niet met het badwater weg te gooien:

"Limiting competition is not the solution. The only way to truly reform healthcare is to reform the nature of competition itself." (Porter & Teisberg, 2006, p.4)

In plaats daarvan pleiten Porter & Teisberg voor een herbezinning op de concurrentieprincipes in de gezondheidszorg. De kern van de oplossing ligt daarbij in het kiezen van het juiste vertrekpunt: concurreren op het gezondheidsrendement per geïnvesteerde euro geleverde zorg.

Het herdefiniëren van dit vertrekpunt geldt voor zowel de verzekeringsmarkt, de zorgconsumptiemarkt als de inkoopmarkt.

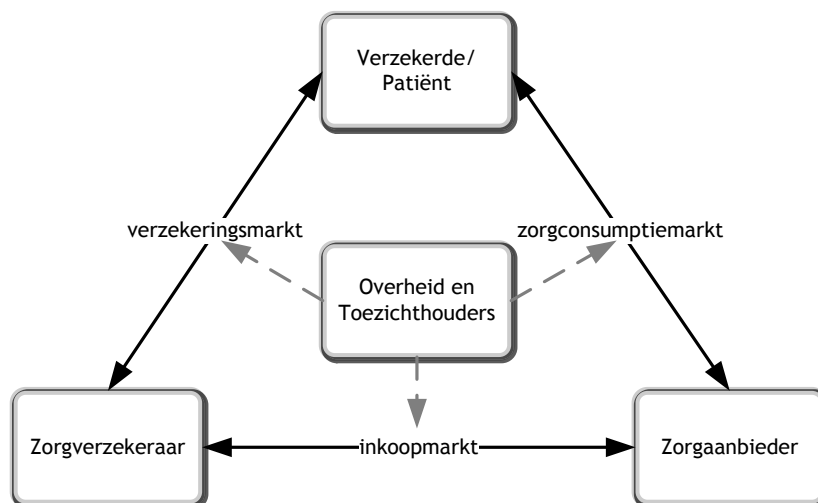
Hoewel dit logisch klinkt, vraagt dat om duidelijk meetbare criteria en transparantie in de kosten van geleverde zorg op patiëntniveau. Beide randvoorwaarden zijn momenteel niet voldoende aanwezig, maar hier wordt hard aan gewerkt.

4.1.1. Marktdynamiek – een korte inleiding

Naast de afwijkende principes op het gebied van concurrentie heeft de zorgsector ook haar eigen marktdynamiek. In de zorgmarkt is sprake van een zogeheten ‘zorgdriehoek’ van Zorgvrager, Zorgaanbieder en Zorgverzekeraar (zie ook Figuur 14). Door de verschillende onderlinge relaties tussen deze actoren, zijn er drie verschillende markten te onderscheiden (Post, 2003; Idenburg & Van Schaik, 2010; Poiesz & Caris, 2010):

- de *verzekeringsmarkt* tussen vrager en verzekeraar;
- de *zorgconsumptiemarkt* tussen vrager en aanbieder;
- de *inkoopmarkt* tussen verzekeraar en aanbieder.

Figuur 14- Zorgdriehoek (Post, 2003)



Elke actor heeft daarbij verschillende (en soms tegengestelde) belangen. Zo verwachten Zorgvragers kwalitatief goede zorg van Zorgaanbieders en willen daarvoor geen onnodig hoge verzekeringspremies betalen. Zorgaanbieders willen in ruil voor de zorg die ze leveren een voor hen kostendeekkende vergoeding. Zorgverzekeraars zijn er juist weer op geënt om hun verzekerden een passend zorgaanbod te kunnen bieden tegen een concurrerende prijs.

4.1.2. Complexiteit van transacties in de gezondheidszorg

Een ander aspect waarin de dynamiek verschilt van reguliere markten, is dat de financiële en procesmatige transacties in de gezondheidszorg anders verlopen dan in een reguliere markt. Curfs (2010:20) weet in zijn oratie bij het aanvaarden van zijn leerstoel het mechanisme in de zorg vrij compact te beschrijven:

“Zorgverzekeraars hebben een acceptatieplicht voor de basisverzekering. De bekostiging van de ZVW⁴ (en daarmee van de zorgverzekeraars) is voor iedere Nederlander gelijk en volgt de voorstellen van de kabinetten Balkenende. Ongeveer de helft van de financiering is inkomensafhankelijk en wordt ingehouden door werkgevers en in een staatsfonds gedeponeerd. Van daaruit wordt dit geld verdeeld over zorgverzekeraars waarbij rekening wordt gehouden met de verschillende risicoprofielen in hun verzekerdenbestand. De andere helft van de inkomsten bestaat uit door de zorgverzekeraar geheven nominale premies. Mensen met lagere inkomens (ongeveer 40% van de bevolking) krijgen subsidie, zorgtoeslag genoemd. Dit is geregeld in de WZT⁵ (WZT, 2006). Hierdoor realiseert de overheid de gewenste solidariteit tussen jong en oud en ziek en gezond.”

Een grafische weergave hiervan is te vinden in bijlage A (donkerblauwe lijn). De infographic kan separaat worden geopend en uitvergroot door erop te dubbelklikken.

4.1.3. Samengevat

Hoewel het principe van concurrentie in de gezondheidssector langzaam maar zeker verschuift richting kwaliteit van zorg / gezondheidsrendement, heeft de sector te maken met neigingen tot disfunctionele concurrentie. In de zorgmarkt is sprake van een complex systeem van transacties binnen de zogeheten zorgdriehoek (Figuur 14), waarbij gebeurtenissen op de ene markt (vertraagd) kunnen doorwerken op de andere twee markten. Dat maakt de marktdynamiek soms lastig te doorgronden. Binnen dit systeem hebben zorginstellingen bovendien beperkte mogelijkheden tot ondernemerschap (o.a. door het verbod op winstuitkering) waarbij het gros van de ziekenhuizen zich alleen kan focussen op de exploitatiekant.

⁴ ZVW = Zorgverzekeringswet

⁵ WZT = Wet Zorgtoeslag

4.2. Vijfkrachtenanalyse van de ziekenhuissector

In deze paragraaf is een samenvatting gegeven van de vijfkrachtenanalyse naar het model van Porter (2008) zoals opgenomen in bijlage C. Hiermee is een middenweg gevonden tussen een uitgebreide analyse van de sector en het in de scriptie kunnen opnemen van slechts die onderdelen die voor het beantwoorden van de onderzoeksvraag interessant zijn.

Porter heeft in zijn uitgebreide studie naar de gezondheidszorg (Porter & Teisberg, 2006) zelf al aangegeven dat de concurrentiedynamiek in de gezondheidssector anders werkt dan in andere sectoren. Op enkele punten wijkt de vijfkrachten analyse daarom af van het model. Het meest opvallende is de toevoeging van de overheid als 'zesde kracht'. Daar waar de overheid in de commerciële sector slechts een regulerende rol heeft, speelt zij in de gezondheidszorg een intensieve, kaderstellende rol op het gebied van financiering en beleid op mesoniveau. In de casestudies komt de invloed van deze machtsfactor ook regelmatig sterk naar voren. Zorg is nu eenmaal een publiek domein waar de politiek zich nauwgezet mee bemoeit.

4.2.1. De macht van de Overheid

De zorg is een door de overheid geregleerde markt. De overheid heeft daarbij zowel een beleidsmatige rol als een toezichthoudende rol. Beleidsmatig is de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) verantwoordelijk voor het uitzetten van richtlijnen en kaders voor de gezondheidszorg. Daartoe heeft zij drie instrumenten tot haar beschikking, te weten:

- wetgeving,
- budgettering,
- het macrobeheersingsinstrument.

Wetgeving. In hoofdstuk 1 van deze scriptie is bij het bespreken van de invoering van de zorgverzekeringswet duidelijk naar voren gekomen hoe het wetgevingsinstrument de marktdynamiek in de gezondheidszorg kan veranderen.

Budgettering. Ook bepaalt de minister de macrobudgetten van de gezondheidszorg via het Budgettair Kader Zorg (BKZ). De minister bepaalt dus in grote mate welke financiële middelen in de sector beschikbaar zijn.

Macrobeheersingsinstrument (MBI). Indien de financiële kaders worden overschreden heeft de minister de mogelijkheid om het macrobeheersingsinstrument toe te passen. Kort gezegd betekent dit dat de minister een sector financiële sancties kan opleggen middels een korting als de sector meer uitgeeft dan het BKZ toestaat. Dit geldt als een uiterste middel om uitgaven in de zorg te kunnen beheersen. Het instrument is niet geheel zonder kritiek, zo zegt de rekenkamer hierover het volgende:

“Wat het generieke macrobeheersingsinstrument betreft wijzen wij erop dat het achteraf ingezet wordt en niet gericht is op de oorzaak van de overschrijding. In ons rapport Uitgavenbeheersing in de zorg constateerden wij dat vergelijkbare maatregelen, zoals makrokortingen en efficiencykortingen, in het verleden onder verschillende namen en berekeningswijzen zijn toegepast bij ziekenhuizen en dat het effect van deze maatregelen nooit door de minister is geëvalueerd. Ook volgens het Centraal Planbureau is het geen bewezen effectief middel om overschrijdingen structureel te voorkomen.”
(Rekenkamer, 2013)

Dat verklaart deels de terughoudendheid van de Minister bij het inzetten van het instrument. In 2012 en 2013 was er sprake van een overschrijding van het macrobudget door de

ziekenhuissector. De minister had toen circa 300 miljoen euro ‘tegoed’ van de ziekenhuizen. De minister heeft op basis hiervan besloten de sector beperkt (70 miljoen euro) te korten in 2016. (Kamerbrief minister Schippers, zie: [Kamerstukken II](#) (2015a) en [Skipr](#), d.d. 01-04-2015).

De rol van de overheid als toezichthouder en beleidsmaker is van groot belang en misschien zelfs onmisbaar. Wel draagt de directe invloed van overheid en politiek op deze markt bij aan een ingewikkelde marktdynamiek.

4.2.2. De macht van de Leveranciers

Een ziekenhuis heeft te maken met een groot scala aan verschillende leveranciers. Van de levering van kantoorartikelen, meubilair, ICT en schoonmaak tot een breed spectrum aan geneesmiddelen, en medische materialen. Vanuit een focus op strategisch kritische en schaarse middelen voor het primaire proces zijn er vier leveranciersgroepen te onderscheiden die speciale aandacht behoeven.

Allereerst zijn er de huisartsen. Zij beïnvloeden voor een zeer groot deel de patiëntinstroom van ziekenhuizen. Daarnaast zijn er de medisch specialisten die in veel ziekenhuizen georganiseerd zijn in maatschappen (inmiddels omgevormd tot het Medisch Specialistisch Bedrijf (MSB)). Zij zijn dus niet altijd onderdeel van het ziekenhuis, maar zonder de levering van kennis en arbeid kan het ziekenhuis niet functioneren. Verder fungeren ziekenhuizen onderling ook regelmatig als leverancier van elkaar. Denk daarbij aan doorverwijzingen van patiënten, maar ook aan gespecialiseerde diagnostische diensten waarbij een patiënt van een streekziekenhuis bijvoorbeeld voor een complexe scan in een gespecialiseerd ziekenhuis wordt geholpen. De patiënt blijft dan onder hoofdbehandeling van het algemeen ziekenhuis en het gespecialiseerde ziekenhuis brengt haar diagnostiek in rekening bij het algemene ziekenhuis. Tot slot hebben de banken (als leverancier van kapitaal) ook een zeer invloedrijke rol bij de financiering van vastgoed en investering in nieuwe (dure) technologie.

4.2.3. De macht van de Afnemers

Ziekenhuizen hebben twee belangrijke groepen afnemers die in deze subparagraaf verder besproken zullen worden: de zorgverzekeraars en de patiënt.

Zorgverzekeraars

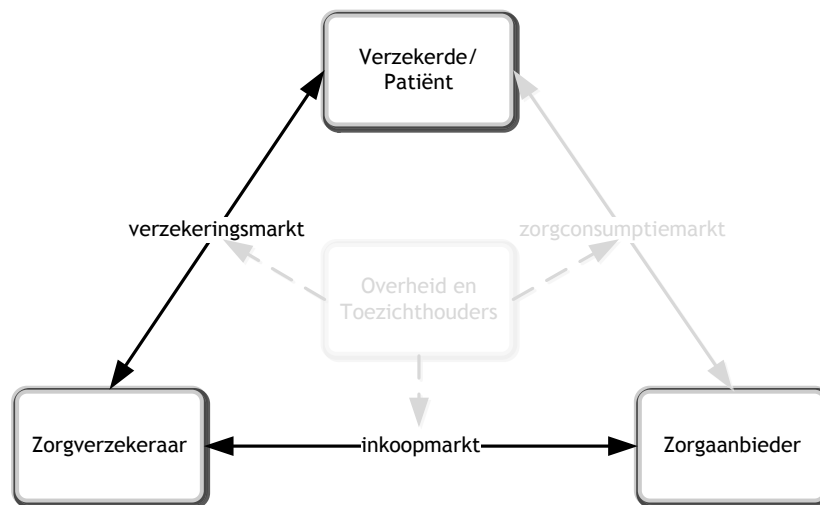
De meest dominante afnemers van ziekenhuizen zijn niet de patiënten zoals men wellicht zou verwachten, maar de zorgverzekeraars. Versimpeld uitgelegd kopen zorgverzekeraars op jaarbasis zorg in bij ziekenhuizen voor hun verzekerden. Deze verzekerden nemen vervolgens zorg af bij ziekenhuizen en de ziekenhuizen declareren deze zorg vervolgens weer bij de zorgverzekeraar. (Zie ook de toelichting op de ‘zorgdriehoek’, pagina 34.)

Zorgverzekeraars bieden zowel het basispakket als aanvullende zorgverzekeringen aan. In Nederland zijn alle burgers verplicht zich te verzekeren voor het basispakket. Het basispakket is een door de overheid vastgesteld (homogeen) verzekeringspakket wat elke zorgverzekeraar moet aanbieden. Voor het basispakket hebben verzekeraars een acceptatieplicht en mogen dus geen verzekerden weigeren.

In het ontwerp van de zorgverzekeringswet is de zorgverzekeraar aangesteld als regisseur van de zorg. Vanuit dit principe heeft de zorgverzekeraar een **zorgplicht** naar haar verzekerden. Dat betekent dat een verzekeraar verantwoordelijk is voor een tijdige en kwalitatief goede levering van zorg aan haar verzekerden. Om dit te ondersteunen, zijn zorgverzekeraars in de zorgverzekeringswet dominant gepositioneerd ten opzichte van zorgaanbieders. Zorgverzekeraars

beheersen de geldstromen van zorgaanbieders en hebben daarmee onderhandelingsmacht. Dit is afgebeeld in Figuur 15.

Figuur 15 - Rol van de zorgverzekeraar in de Zorgdriehoek



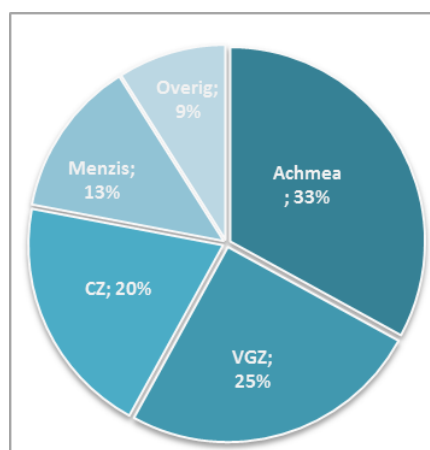
Onderlinge concurrentie van zorgverzekeraars

De zorgverzekeringsmarkt kenmerkt zich als een oligopolie waar vier zorgverzekeringsconcerns negentig procent van de verzekerden-markt in handen hebben (zie ook Figuur 16).

In hun aanbod concurreren zorgverzekeraars op drie verschillende aspecten:

1. de prijs van het basispakket,
2. het aanbod en configuratie van aanvullende verzekeringspakketten,
3. de mate van keuzevrijheid bij het kiezen van een zorgaanbieder door de verzekerde.

Figuur 16 - Marktaandeel zorgverzekeraar in percentage verzekerden. (bron: NZa 2012b)



Winstgevendheid van zorgverzekeraars

De afgelopen jaren wordt met enig onbegrip geschreven over de winsten die worden geboekt door zorgverzekeraars. In 2012 werd er een gezamenlijke winst gemaakt van 1,4 miljard euro door zorgverzekeraars ([NRC](#), d.d. 10-4-2013) En in 2013 hebben de zorgverzekeraars hun winsten ten opzichte van 2012 verder zien groeien ([Volkskrant](#), d.d. 20-5-2014). Wat veel mensen niet weten (en de journalistiek niet altijd even helder uitlegt) is dat zorgverzekeraars geen winsten mogen uitkeren en dat de meeste verzekeringsmaatschappijen onderlinge waarborgmaatschappijen zijn. In andere woorden: gemaakte winsten blijven óf in de zorg óf worden middels een premieverlaging teruggekeerd aan de maatschappij. De mate waarin zorgverzekeraars dit zelf mogen bepalen blijft onderwerp van discussie, dat blijkt ook uit uitspraken van de Minister en de voorzitter van Zorgverzekeraars Nederland. Minister Schippers stelt tijdens een speciale uitzending in consumentenprogramma Kassa:

“Ik zou liever willen dat ze de winst niet in de zorg staken, maar dat de premie omlaag gaat”
(Quote door: [Skipr](#), d.d. 7-4-2013).

De voorzitter van Zorgverzekeraars Nederland (ZN), André Rouvoet ([2013](#)) pleit daarentegen juist voor behoud van enige autonomie ten aanzien van de bestemming van winsten:

“We maken geen winst ten koste maar ten gunste van de premiebetaler. Als we een positief resultaat boeken dan merken de mensen dat vroeg of laat in lagere premies, of ze zien dat we investeren in innovatie en kwaliteit. De Nederlandsche Bank rekent het ieder jaar keurig voor ons uit: 95 tot 96 cent van iedere euro premie gaat naar de zorg, 3 tot 4 cent gaat naar overhead van de zorgverzekeraars, en ongeveer 1 cent is winst en verplichte reservevorming. Wie doet ons dat na?”

De rol van de zorgverzekeraar is nog niet uitgekristalliseerd

Samengevat is zowel de regierol als de mate van autonomie van zorgverzekeraars in het nieuwe zorgstelsel nog onderhevig aan de nodige discussie. De komende jaren zal er nog veel onduidelijkheid blijven met betrekking tot de rol van de zorgverzekeraar. Dit beïnvloedt de verhoudingen tussen verzekeraars en ziekenhuizen uiteraard sterk.

De Patiënt / Verzekerde

Het overgrote deel van de verzekerden heeft een naturapolis en mag bij verwijzing van de huisarts dus zelf kiezen in welk ziekenhuis ze geholpen willen worden. Recent onderzoek van Victoor & Rademakers (2015) laat echter zien dat patiënten zich bij de keuze voor een ziekenhuis vooral laten leiden door de afstand/bereikbaarheid, het advies van de huisarts en ‘vertrouwdheid’ ontstaan naar eventuele eerdere ervaringen met een ziekenhuis. Tachtig procent van de respondenten had voorafgaand aan het ziekenhuisbezoek niet gekeken naar eventueel beschikbare kwaliteitsinformatie. Al met al kan dus worden gesteld dat patiënten op dit moment geen kritische afnemersgroep vormen richting ziekenhuizen. Dit kan veranderen als patiënten actief meer informatie ontvangen over de kwaliteit en snelheid, algemene dienstverlening en reputatie van een ziekenhuis.

Ondanks de overall passieve keuze-houding van patiënten, wordt de patiënt waarschijnlijk in de toekomst wel kritischer over de zorg die zij afneemt omdat zij in toenemende mate meer zelf moet betalen. Naast directe afname van zorg zijn patiënten op diverse manieren betrokken bij de zorgmarkt. Zo hebben de meeste ziekenhuizen een cliëntenraad en hebben de meeste zorgverzekeraars een ledenraad die bestaat uit verzekerden. Daarnaast hebben patiënten zich vaak georganiseerd in patiëntenverenigingen rondom het ziektebeeld waar zij of hun directe

omgeving mee te maken hebben. Het doel van dergelijke verenigingen is in de regel het behartigen van de belangen van de betreffende patiëntgroep en het werven van fondsen voor verder onderzoek naar het ziektebeeld.

4.2.4. Dreiging van Toetreders: de opkomst van Zelfstandige Behandelcentra

Voor toetreders op de ziekenhuismarkt zijn enkele belangrijke drempels te identificeren. Ten eerste heeft een instelling, als zij medisch specialistische zorg wil aanbieden, een toelating nodig van het Centraal Informatiepunt Beroepen Gezondheidszorg (CIBG). Dit overheidsorgaan toetst op basis van de Wet Toelating Zorginstellingen (WTZi) of een instelling hiervoor in aanmerking komt (Bron: [website CIBG](#)). Verder zijn ziekenhuizen kapitaalintensief, kennisintensief en op het gebied van bedrijfsvoering en financiering zeer complex (voor financiering, zie ook bijlage A). De kans dat nieuwe ziekenhuizen de markt betreden is dan ook klein, zeker gezien de kwaliteitseisen die hierbij worden gesteld. Toetreders op de ziekenhuismarkt zijn er echter in groten getale in de vorm van zogeheten zelfstandige behandelcentra (ZBC's).

ZBC's bieden planbare, niet complexe zorg aan waarbij de patiënt niet hoeft te overnachten. Door het aanbieden van laagcomplexe zorg in hoog volume is het mogelijk om zorg te standaardiseren. Over het algemeen heerst de gedachte dat zorg hierdoor efficiënter, beter en goedkoper kan worden aangeboden. In Nederland waren in 2011 ongeveer 350 ZBC's actief (bron: CBS, 2014).

De ZBC's concurreren zeer direct met de algemene ziekenhuizen. In de regio Zeeland heeft de opkomst van ZBC's geleid tot serieuze problemen voor ziekenhuizen. Financieel doken het Admiraal de Ruyter Ziekenhuis (Goes) en ZorgSaam (Terneuzen) in de rode cijfers. Ook raakten de ziekenhuizen hierdoor een flink aantal artsen kwijt aan de ZBC's. ([Zorgvisie](#), d.d. 20-3-2015). Dat deze concurrentie ook voor zorgverzekeraars niet gewenst is, blijkt uit de reactie van Joël Gijzen, Zorgdirecteur CZ ([Zorgvisie](#), d.d. 20-3-2015):

“Wat er nu gebeurt, is dat specialisten uit ziekenhuizen stappen en ZBC's oprichten. Hierdoor ontstaat er een markt die de ziekenhuiszorg gaat uithollen. Wij kunnen besluiten die zorg niet te contracteren, maar als er geen alternatieven zijn, worden we daar toch toe verplicht. (...) Wij willen een beroep doen op de dokters om hun verantwoordelijkheid te nemen. Dat betekent hun zorg primair binnen het ziekenhuis verlenen en niet de basisstructuur van het ziekenhuis afbreken.”

Samengevat is de dreiging van toetreders regio-afhankelijk, maar op basis van bovenstaande illustratie zeker reëel te noemen.

4.2.5. Dreiging van Substitutie

Dreiging op het gebied van substitutie kan in twee domeinen worden onderverdeeld:

- internationale concurrentie
- disruptieve technologies

Internationale concurrentie: voor een deel van de planbare (niet urgente) zorg is het bij verschillende verzekeraars mogelijk om, na overleg door de patiënt met de verzekeraar, ook in Duitsland of België de gewenste zorg af te nemen (zie ook websites van o.a. [OHRA](#) en [CZ](#)). Lopen wachttijden bij de Nederlandse zorginstellingen dus te hoog op, dan verliezen ze sneller marktaandeel aan buitenlandse ziekenhuizen.

Disruptive technologies: We kunnen het alleen maar toejuichen: kanker slechts als chronische aandoening of helemaal de wereld uit. Het zou prachtig zijn. Voor het ziekenhuis zal het wel een verschuiving in het zorgaanbod betekenen. De chemotherapeutische afdeling en de radiotherapie zouden een belangrijk aandeel van hun patiënten verliezen en investeringen in dure en geavanceerde bestralingsapparatuur renderen dan niet meer. Hetzelfde geldt voor bestaande dure laboratoriumstraten die ineens vervangen kunnen worden door de combinatie van een hightech cartridge, een computer en een analist die in 90 minuten in plaats van de huidige 3 weken een volledige analyse kan uitvoeren ([VTM Nieuws](#), d.d. 12-09-2014). Of denk aan nieuwe technieken waardoor patiënten zonder snijden geopereerd kunnen worden ([website UMC Utrecht](#)). In rap tempo staan traditionele Operatie Kamers en een deel van het personeel dan buiten spel. Ook het aantal ligdagen zal teruglopen wat consequenties heeft voor de bedbezetting.

Hoewel substitutie van ziekenhuiszorg en ziekenhuizen in absolute termen onwaarschijnlijk is, moet de sector dus wel rekening houden met de invloeden van internationale concurrentie en disruptive technologies op het gebied van ontwikkelingen in het zorgaanbod en de eigen bedrijfsvoering.

4.2.6. Beschrijving van Ziekenhuismarkt

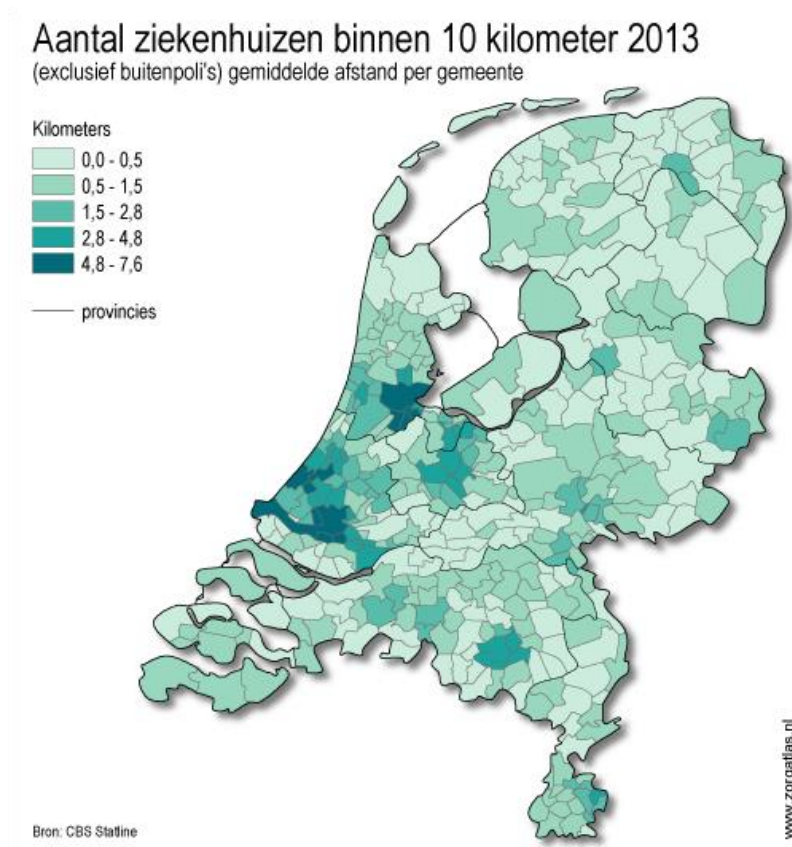
Nederland telt 87 ziekenhuizen waarvan 8 universitair medische centra (UMC's) ([Zorgatlas RIVM](#)). Het RIVM definieert ziekenhuiszorg als volgt:

“Ziekenhuiszorg omvat medisch-specialistische hulp en daarmee samenhangende verpleging en verzorging aan patiënten.” ([Zorgatlas RIVM](#))

Concentratie van ziekenhuizen

In sommige regio's zoals de Randstad is het aantal aanbieders en de bijbehorende productiecapaciteit hoog (zie Figuur 17) en hebben ziekenhuizen over het algemeen een heterogeen en dus weinig onderscheidend aanbod. Ook zijn er vanuit een zorginhoudelijk oogpunt weinig problemen om te schuiven met volumes voor algemene zorg.

Figuur 17 - Aantal ziekenhuizen in een 10 km radius (bron: [RIVM Zorgatlas, 2013](#) / [CBS Statline, 2014](#))



Tijdens een interview met de NCRV geeft Wim van der Meeren (bestuursvoorzitter CZ) aan dat in Nederland op termijn prima een aantal ziekenhuizen geschrapt zou kunnen worden zonder dat dit ten koste gaat van het zorgaanbod ([NCRV televisie-uitzending, d.d. 10-7-2012](#)). In dezelfde uitzending krijgt Van der Meeren bijval van Marcel Levi, bestuursvoorzitter van het academisch ziekenhuis AMC die daar aan toevoegt dat, ondanks dat zorgverzekeraars daartoe de mogelijkheid hebben, dit blijkbaar toch niet durven te doen. Het blijft dus bij “dappere taal” stelt Levi.

Ziekenhuizen hebben verschillende concurrentiemarkten

Sommige ziekenhuizen leveren naast algemeen ziekenhuiszorg op bepaalde onderdelen ook hoog complexe zorg. Binnen de hoog complexe zorg wordt onderscheid gemaakt tussen twee vormen: topreferente en topklinische zorg. Voor nadere uitleg over deze vormen: zie Kader 1, pagina 44.

Daar waar de concurrentiemarkt voor algemene ziekenhuiszorg op regionaal niveau is ingestoken, is er voor de hoog complexe vormen van zorg een bovenregionale of zelfs landelijke concurrentiemarkt. Van de meest complexe typen zorg zijn er vaak maar twee of drie centra die deze zorg aanbieden.

In Tabel 8 is een overzicht opgenomen van de 87 ziekenhuizen, uitgesplitst naar type ziekenhuis en zorgcomplexiteit. Vrijwel elk ziekenhuis biedt op de regionale markt reguliere ziekenhuiszorg aan. Circa 40% biedt daarnaast topklinische zorg en 10% van de ziekenhuizen biedt ook topreferente zorg aan. Een ziekenhuis uit de regio Utrecht dat topklinische zorg aanbiedt concurreert dus op twee verschillende markten. Zij zal voor haar reguliere zorgaanbod concurreren in de directe omgeving, terwijl zij op de meer complexe zorgcategorieën concurreert met ziekenhuizen uit bijvoorbeeld Gelderland of Groningen.

Tabel 8 –Zorgaanbod ingedeeld naar complexiteit en zorggebied

Indeling zorgcomplexiteit	UMC	Alg. Ziekenhuis	Soort Concurrentie
<i>Totaal aantal ziekenhuizen</i>	8	79	
<i>Waarvan actief in zwaartecategorieën:</i>			
Topreferente zorg	8	1	Landelijk
Topklinische zorg	8	>30	Bovenregionaal
Algemene medisch specialistische zorg	8	79	Regionaal

Noodzaak tot differentiatie zorgaanbod

Door de druk van zorgverzekeraars op het onderscheidend vermogen van ziekenhuizen⁶ worden ziekenhuizen gedwongen om de kwaliteit van de zorg te verhogen, de kosten te verlagen en weloverwogen keuzes te maken in het zorgaanbod. Het volgende citaat kenmerkt daarbij de grondhouding van de zorgverzekeraars:

““Alles blijven doen kan niet meer, dan wordt de zorg onbetaalbaar. Mocht een ziekenhuis niet kiezen, dan kiest Achmea.” Stelt woordvoerder Christine Rompa, woordvoerder van Achmea in een interview met Zorgvisie. Achmea steekt momenteel in op een regionale inkoopstrategie waarbij de inkoopbudgetten van de eerste- en tweedelijnszorg worden samengevoegd. Rompa stelt daarbij dat “niet wat het ziekenhuis zelf wil, maar wat de regio nodig heeft” leidend is.” (Christine Rompa, Achmea in: Zorgvisie Magazine d.d. 23-4-2013)

De praktijk laat op dit gebied de nodige complicaties zien. Respectievelijk komen in deze sectie concurrentie op kwaliteit, kosten en zorgaanbod aan de orde.

⁶ Deels ook ingegeven door het ingezette beleid op concentratie en spreiding van zorg.

Kader 1 – topklinische en topreferente zorg

“**Topklinische zorg** is hooggespecialiseerde zorg (zoals hartchirurgie, neurochirurgie, IVF, et cetera.) waarvoor relatief dure en gespecialiseerde voorzieningen nodig zijn. De overheid bepaalt door middel van vergunningen (Wet op bijzondere medische verrichtingen, kortweg WBMV) welke vorm van topklinische zorg in welk ziekenhuis wordt verricht. Topklinische zorg wordt geleverd door Universitair Medische Centra (UMC's) en sommige grote algemene ziekenhuizen. Deze zorg heeft doorgaans een bovenregionale functie.

Topreferente zorg is zeer specialistische patiëntenzorg die gepaard gaat met bijzondere diagnostiek en behandeling, waarvoor geen doorverwijzing meer mogelijk is ('last resort', eindstation). Topreferente zorg vereist een infrastructuur waarbinnen vele disciplines op het hoogste deskundigheidsniveau samenwerken ten behoeve van de patiëntenzorg en die gekoppeld is aan fundamenteel patiëntgericht onderzoek. Dit betekent dat vrijwel alleen UMC's dit kunnen doen. Patiënten die deze zorg ondergaan maken gebruik van het allernieuwste medisch kennen en kunnen. Het aantal topreferente functies in Nederland is (nog) niet volledig geteld. Per UMC zijn vooralsnog ongeveer 100 functies geïdentificeerd. Sommige gelden voor tien à twintig patiënten per jaar, andere voor enige honderden. Deze 'last resort-functie' garandeert dat alle topreferente patiënten bij ten minste één UMC terecht kunnen. Het gaat hier bijvoorbeeld om vormen van complexe oncologische chirurgie, cardiochirurgie, orthopedisch/neuro-chirurgische rugchirurgie, brandwondenfunctie en interventietechnieken in de radiologie en neurochirurgie. Traumazorg is integrale acute zorg voor zeer ernstige ongeval patiënten.” (Bron: NZa, 2012a, p.13)

Concurreren op kwaliteit. Op het gebied van kwaliteit zijn ziekenhuizen, zorgverzekeraars en overheidsinstanties al twee decennia bezig met de vorming van een eenduidig begrippenkader. Daarbij staan zowel de parameters als de interpretatie ervan ter discussie. Dat de sector nog een lange weg hierin te gaan heeft blijkt ook uit een interview in [Zorgvisie](#) (d.d. 2-2-2015) met prof. dr. Douwe Biesma, voorzitter raad van bestuur van het Antonius Ziekenhuis in Nieuwegein, waarin hij het volgende stelt:

“Het is nog lastig voor verzekeraars om kwaliteit een plek in het contracteerproces te geven. Achmea heeft twee vrijwel van elkaar gescheiden oorden als het gaat om kwaliteit en zorginkoop.”

Dat blijkt ook uit een aangehaald voorbeeld Pieter Vroon, controller bij het Westfriesgasthuis, in NRC Handelsblad (d.d. 3-11-2013) ten aanzien van moeizame onderhandelingen met zorgverzekeraars:

“Dan komen ze met zo’n uitdraai waaruit blijkt dat we gemiddeld hogere kosten maken. Nogal wiesde. Wij werken al jaren samen met een gespecialiseerd centrum. In ons ziekenhuis behandelen we dus alleen diabetici met meer complicaties. Dat is per definitie duurder.”

In datzelfde interview wordt Vroon aangevuld door zijn collega bij het Westfriesgasthuis Derk van Zon, adviseur verkoopteam:

“Wij hadden hier laatst een verzekeraar die zei voor 3 mille elders een operatie in te kopen waarbij de ader wordt versterkt met een stent. Maar alleen die stent kost al 16 mille. We praten ons de blaren op de mond om telkens te bewijzen waarom iets kost wat het kost.”

Hoewel het kwaliteitsaspect bij de zorgverkoop nog niet volledig tot zijn recht komt, wordt kwaliteit of het gebrek daaraan door professionals in het veld uiteraard wel herkend. Huisartsen en doorverwijzende specialisten houden daar in de praktijk natuurlijk wel rekening mee. Dat betekent dat aandacht voor kwaliteit de concurrentiepositie zeker versterkt.

Concurreren op kosten. Met de huidige bekostigingssystematiek waarin zorgproducten worden gedeclareerd in plaats van losse zorgverrichtingen, neemt de concurrentiedruk steeds meer toe. Dat komt omdat de ziekenhuizen door deze systematiek beter gebenchmarkt kunnen worden en

een vergoeding krijgen ter hoogte van de landelijk gemiddelde kosten van een dergelijke behandeling⁷. Ziekenhuizen die onder de gemiddelde kostprijs weten te produceren houden daarmee geld over, bij ziekenhuizen die dat niet lukt ontstaat financiële druk. Het is de bedoeling dat ziekenhuizen hierdoor worden geprikkeld om enerzijds te werken aan een goede registratie en kostprijsadministratie en tegelijkertijd te werken aan een zekere behandel-efficiëntie. Door de continue verandering van productstructuren en administratieve vereisten, blijft het in de praktijk nog een bovenmatige inspanning om enigszins betrouwbare kostprijzen inzichtelijk te maken die bovendien ook nog eens goed vergelijkbaar zijn. Bij de meeste ziekenhuizen is nog steeds sprake van onderregistratie⁸.

Concurreren op zorgaanbod. De ziekenhuissector als geheel is nog zoekende naar hoe ze in hun regio tegelijkertijd constructief moeten samenwerken en scherp moeten concurreren. In de praktijk geven besturen blijkbaar de voorkeur aan fusies, zo blijkt uit onderzoek van KPMG (2014), zie ook bijlage D. De reflex lijkt regelmatig: eerst proberen te fuseren, en als dat niet lukt, kijken of een andere vorm van samenwerking mogelijk is. Dat blijkt ook uit het diepte-interview met Jeroen Klein, bestuurder van het Deventer Ziekenhuis (Zorgvisie Magazine, September 2014). De bestuurlijke intentie van het Deventer ziekenhuis en het Gelre Ziekenhuis was formeel om te fuseren, pas toen de medische staf aangaf meer bezwaren te zien dan voordelen werd afgezien van de fusieplannen. In plaats daarvan probeert men in de driehoek Deventer-Apeldoorn-Zutphen nu een samenwerkingsverband op te zetten.

Een mogelijke verklaring is dat ziekenhuizen de combinatie van regionale concurrentie en regionale samenwerking ervaren als paradoxaal beleid. Dat blijkt ook uit de onenigheid tussen de Zeeuwse ziekenhuizen ZorgSaam en het Admiraal de Ruyter Ziekenhuis (ARDZ) waar het ARDZ vindt dat ZorgSaam tegen de samenwerkingsafspraken in opeens de concurrentie aangaat:

“ZorgSaam ziet het zo: ‘Je hebt verschillende gebieden waarop je kunt samenwerken. In de complexe zorg bijvoorbeeld. Op andere terreinen hoef je niet samen te werken en kun je de keuzemogelijkheden voor patiënten vergroten.’ ARDZ vindt dat deze werkwijze indruist tegen het convenant: ‘Het is gewoon botte concurrentie en dat kan slecht uitpakken voor allebei. Door samen te werken kun je de patiëntenstroom sturen en kunnen we de benodigde volumes halen. Dat is ook wat de provincie wil.’”
([Zorgvisie](#), d.d. 19-8-2014b)

De concurrentie insteek van ZorgSaam valt samen met een trend die het RIVM signaleert. Ook is er volgens het RIVM sprake van toenemende functiedifferentiatie:

“Steeds meer ziekenhuizen openen aan de rand van hun verzorgingsgebied een buitenpolikliniek om te concurreren met omliggende ziekenhuizen. Zo opende het Westfriesgasthuis uit Hoorn in 2008 een buitenpoli in Heerhugowaard en ging daarmee de concurrentie aan met een buitenpoli van het Medisch Centrum Alkmaar. Het aanbod van ziekenhuiszorg wordt ook steeds gedifferentieerder. Gefuseerde ziekenhuizen kiezen er dikwijls voor om specifieke functies op één locatie te concentreren. Dat betekent dat sommige meer en uitgebreidere functies krijgen en andere juist minder.” (Bron: [RIVM Zorgatlas](#))

⁷ Noot: dit geldt vooral voor zorgproducten waar vanuit de overheid een niet-onderhandelbaar tarief voor is vastgesteld.

⁸ De term ‘onderregistratie’ is daarbij wellicht enigszins ongelukkig, want de administratieve druk bij het zorgpersoneel is de afgelopen jaren enorm toegenomen. Alleen al op het domein van kwaliteit is in vijf jaar tijd het aantal indicatoren vertienvoudigd tot 3.400 (Zorgvisie, [d.d. 18 maart 2014](#)).

Lijnrecht tegenover de samenwerkingsproblematiek tussen ZorgSaam en ARDZ staat de insteek van de ziekenhuizen in de regio Nijmegen waar het academische Radboud MC juist samen met de omringende ziekenhuizen⁹ op zoek gaat hoe zij de zorg op regioniveau het meest effectief kunnen inrichten. Melvin Samsom, voorzitter RvB Radboud UMC van 2007 tot 2014 zegt hierover in Zorgvisie Magazine (augustus 2014):

“De Maartenskliniek kan een groot deel orthopedie doen. Maar multi-trauma of botkanker horen meer thuis in een academisch centrum. Het JBZ heeft een gespecialiseerd centrum voor multiple-sclerose-patiënten, wij zien nog wel MS-patiënten, maar het is voor ons geen speerpunt. Een groot deel van onze MS-patiënten is overgegaan naar het JBZ, net als onze MS-neuroloog. Je kunt patiënten dus verwijzen, maar we willen naar een situatie toe waarin we ‘doorbehandelen’. Dat betekent dat artsen uit de ziekenhuizen afspreken welk deel van een behandeling thuis hoort in het UMC en welk deel in het eigen ziekenhuis kan.”

Samenwerking lijkt in de praktijk de hoofdtoon te voeren. Naast de grote golf van bestuurlijke fusies organiseren ziekenhuizen zich ook in diverse samenwerkingsverbanden. Zo hebben 28 topklinische ziekenhuizen met elkaar het Samenwerkingsverband voor Topklinische Ziekenhuizen (STZ) opgericht. Deze algemene ziekenhuizen bieden op een of meer specialismen topklinische zorg aan in combinatie met een wetenschappelijk onderzoeksprogramma. STZ-ziekenhuizen werken in de regel wel samen met de UMC's die samen verenigd zijn in de Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU). Opvallend is dat UMC's naast algemene intensivering van de samenwerking ook op zoek lijken te gaan naar onderlinge samenwerkingsverbanden om hun posities te versterken.

“De samenwerking tussen de umc's onderling, op het gebied van zorg, onderzoek en infrastructurele investeringen, is in de afgelopen jaren sterk toegenomen. Gezamenlijk hebben de umc's geïnvesteerd in biobanken, bioinformatica en data en translationeel onderzoek. Deze voorzieningen zullen bijdragen aan het innovatieve onderzoek van de komende jaren en aan de wetenschappelijke en economische concurrentiepositie van ons land. Er zijn tussen umc's bilaterale samenwerkingsverbanden ontstaan (Leiden-Rotterdam en AMC-VUmc), maar ook op onderdelen wordt er samengewerkt (kinderhartcentra Radboud UMC en UMC Utrecht)”
(Bron: Kamerstukken II, 2014))

Hoewel ziekenhuizen op onderdelen zeker met elkaar concurreren, lijkt samenwerking de hoofdtoon te voeren. Deze samenwerkingsverbanden zijn vooral ingestoken om het eigen onderscheidend vermogen te versterken op het gebied van specialistische kennis.

Concentratie en spreiding van zorg

In het verlengde van de druk op differentiatie van het zorgaanbod speelt ook het overheidsbeleid op concentratie en spreiding. Kort gezegd wordt vanuit dit beleid gesteld dat spoedzorg en basiszorg voor iedere burger goed bereikbaar moeten zijn. De sector moet in dat opzicht zorgen voor voldoende spreiding van ziekenhuisfuncties. Tegelijkertijd moeten ziekenhuizen ter waarborging van de kwaliteit van complexe zorg een minimumvolume aan ingrepen uitvoeren om deze zorg in de toekomst ook aan te mogen bieden. De IGZ ziet vanuit dat oogpunt toe op een juiste mate van concentratie van complexe zorg. De consequentie is dat ziekenhuizen in de afgelopen en komende jaren bezig zijn met een herschikking van het zorglandschap. Op zowel inter- als intra-organisatieniveau blijkt de herschikking van zorgfuncties vaak lastig uitvoerbaar.

⁹ Cansius Wilhemina, Jeroen Bosch, de Sint Maartens kliniek en Maasziekenhuis Pantein

Een voorbeeld hiervan is de oprichting van het Princes Maxima Centrum wat in NFU-verband wordt opgericht in het kader van concentratie van zorg. Het is de bedoeling dat dit hét kinderoncologisch centrum van Nederland gaat worden, met als vestiging Utrecht. Vanuit het concentratie principe een goede zaak. Voor de UMC's betekent deze herschikking een drastische afbouw van de kinderoncologische zorgverlening, wat vervolgens ook tot directe problemen leidt bij verwante specialismen. Bijvoorbeeld bij de kinderneurologie waar opeens geen vier, maar twee artsen nodig zijn om de zorgvraag aan te kunnen. Daarmee krijgt het ziekenhuis de neurologische bezetting niet of maar zeer moeilijk rond.

Concurreren met productieplafonds en issues in het inkoopproces

In een reguliere markt wordt het aanbod grotendeels ingegeven door de vraag. In de ziekenhuissector spreken ziekenhuizen en zorgverzekeraars een productieplafond met elkaar af voor het komende schadelastjaar. Simpel gezegd spreken zorgverzekeraars een maximaal declarabel bedrag af waartegen ziekenhuizen hun zorg moeten leveren. Zitten ze onder het afgesproken volume, dan krijgen ze minder vergoed, zitten ze er boven dan is dat in principe op kosten van het ziekenhuis zelf. De financieel directeur van Ziekenhuis 1 (bijlage E - interviews) zegt hierover het volgende:

“Tot op heden hebben we nog vaak een afspraak kunnen maken voor het geheel, dus als je op cardiologie wat overproduceerde en op neurologie wat onderproduceerde, dan kon je dat binnen het grotere kader wel compenseren. Maar wat je nu ziet is dat er veel compartimentering plaats vindt, waar binnen je nog wel wat kunt schuiven, maar niet meer over de compartimenten heen.

Dus dat zegt wat over je sturing intern en de informatie die je moet genereren. Maar het zegt ook wat over de relatie met de verzekeraar en dat het ook in die zin wat zakelijker gaat. Afspraken op basis van nacalculatie zijn momenteel heel schaars en uiteindelijk gaan we er compleet van af. Dan wordt het echt: dit is het budget voor dit compartiment: ga je er overheen dan is dat jouw probleem, blijf je er onder, dan wordt je gekort voor wat er onder zit. Dus voor ons is dat alleen maar verliezen tenzij je precies op dat niveau komt en voor ons is dat heel lastig sturen.”

Een andere complicatie is de onvolwassenheid van het proces. De onderhandelingen over productievolume en verkoopprijzen lopen vaak tot ver in het onderliggende productie jaar door.

Financiële druk

Dat de financiële druk voor ziekenhuizen is toegenomen, is reeds meerdere malen benoemd. Hoe sterk deze druk is blijkt ook uit het aantal faillissementen uit de afgelopen tijd. Tot enige jaren geleden was het ondenkbaar dat een ziekenhuis in Nederland failliet zou gaan. Begin 2013 is hierin een kentering te zien. In maart dat jaar wordt hardop de vraag gesteld of het Lageland Ziekenhuis misschien het eerste ziekenhuis in Nederland zou zijn dat failliet zou gaan (Medisch Contact, 26 maart 2013). Medio 2013 blijkt deze twijfelachtige eer niet het Lageland maar het Ruwaard van Putten Ziekenhuis ten deel te vallen.

“In het recente verleden kent het faillissement van het Ruwaard van Putten Ziekenhuis geen precedent. 'In 1993 ging het Berg en Bosch Ziekenhuis in Bilthoven failliet. Maar toen zat de ziekenhuiswereld heel anders in elkaar, dat is niet te vergelijken', zei een woordvoerder van de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ) maandag.” ([Volkskrant](#), 24-6-2013)

Ook het Slotervaart Ziekenhuis verkeert dat jaar in zware problemen en kwam onder curatele te staan. Het ziekenhuis werd eind 2013 overgenomen door MC Groep ([Medisch Contact](#), 2-1-2014). Dit beeld is consistent met de conclusies uit het de Ziekenhuis Benchmark van BDO

(2013, 2015) en laat zien dat de transitie van de markt de nodige 'groeipijn' veroorzaakt. Op basis van hun analyse van de jaarverslagen uit 2012 van 77 van de in totaal 82 algemene ziekenhuizen concludeert het accountantskantoor dat er zowel financieel als organisatorisch nog veel uitdagingen liggen.

Beschrijving van de ziekenhuismarkt samengevat

De Nederlandse ziekenhuissector bestaat uit verschillende concurrentiemarkten. Een ziekenhuis zal in zijn directe regio voornamelijk concurreren op algemene ziekenhuiszorg en bovenregionaal of landelijk op de meer complexe vormen van zorg. Vanuit de marktwerking moeten ziekenhuizen enerzijds met elkaar concurreren terwijl er anderzijds op belangrijke deelgebieden juist weer samenwerking noodzakelijk is. Dat leidt in sommige gevallen tot disfunctionele situaties waarbij ziekenhuizen niet met en niet zonder elkaar kunnen, zoals gebleken is uit de casus van het Admiraal de Ruyter Ziekenhuis en ZorgSaam. Overall bezien zijn ziekenhuizen meer georiënteerd op samenwerken dan concurreren. Om het spanningsveld tussen concurreren en samenwerken te elimineren zijn veel ziekenhuizen fusietrajecten met elkaar ingegaan (zie ook appendix D).

4.2.7. Samenvatting en conclusies

De overheid heeft veel invloed op de dynamiek van de ziekenhuissector. De overheid heeft in het krachtenveld zelfs zoveel invloed dat zij in staat is om eenzijdig institutionele veranderingen af te dwingen. De afgelopen decennia heeft de overheid deze invloed dan ook zeer actief aangewend. Naast de overheid zijn er ook andere spelers en factoren die invloed hebben op het functioneren van een ziekenhuis, waaronder:

- Huisartsen. In de regel laten patiënten het advies van hun huisarts zwaar meewegen in hun ziekenhuiskeuze. Huisartsen hebben daardoor sterke invloed op de patiëntinstroom van ziekenhuizen. Ook voeren huisartsen steeds meer zorgactiviteiten uit die tot voor kort exclusief tot het ziekenhuisdomein behoorden.
- Het aantal ZBC's is tussen 2008 en 2011 verdubbeld. ZBC's concurreren direct met ziekenhuizen op de markt van niet complexe zorg met hoge volumes. Door de sterke focus van ZBC's slagen deze partijen er vaak in om zorg op hetzelfde kwaliteitsniveau tegen lagere kosten aan te bieden.
- Technologische ontwikkelingen zorgen ervoor dat patiënten steeds meer beschikking hebben tot zelfdiagnostiek. Ook is er sprake van continue technologische ontwikkelingen die impact hebben op de doorlooptijd en kostenbasis van behandelingen.

Een samenvatting van de vijfkrachtenanalyse is weergegeven in Figuur 18 (pagina 49).

Onzekerheid

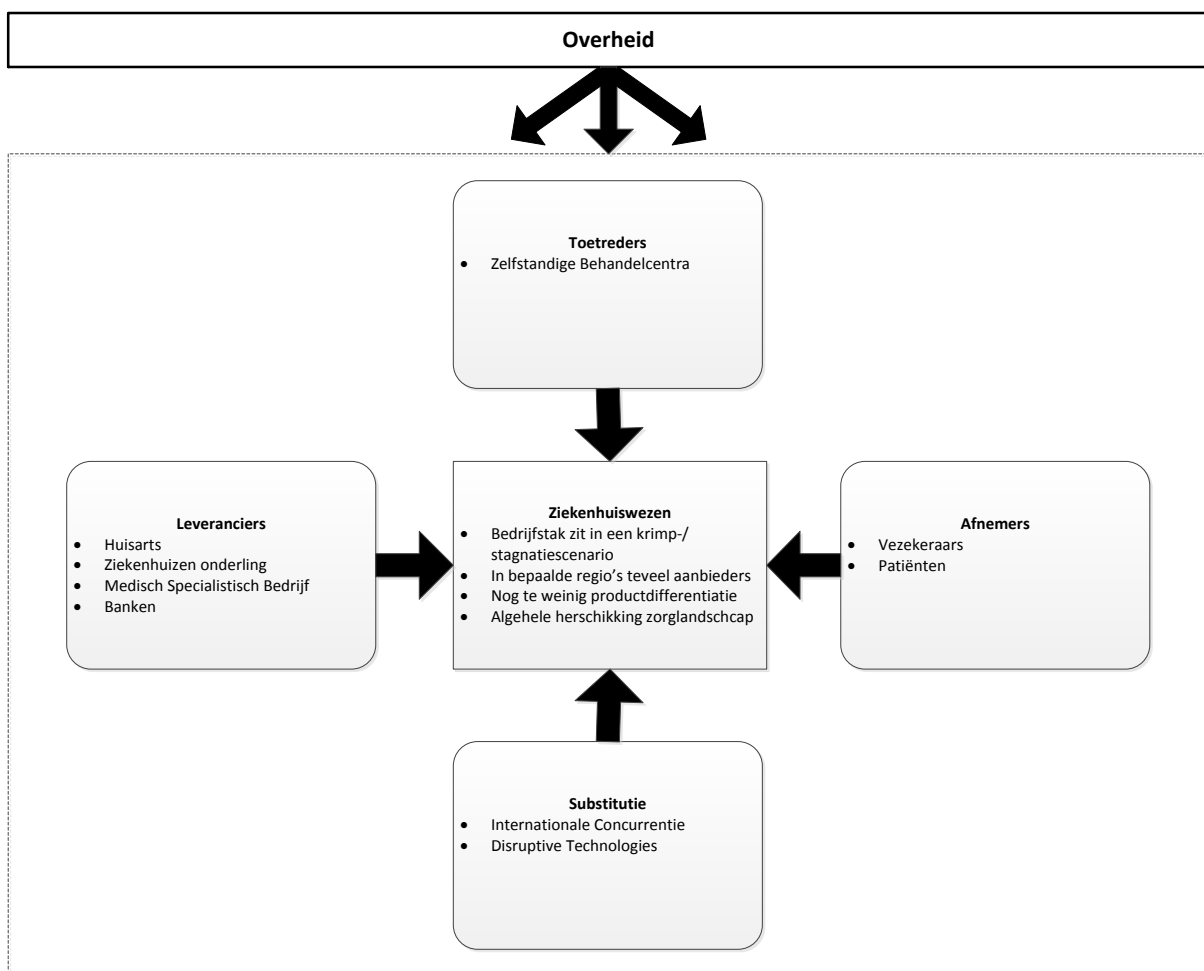
Er zijn diverse thema's die leiden tot onzekerheden bij ziekenhuizen en zorgverzekeraars. Allereerst is er de invloed van het macrobeheersingsinstrument dat bij ziekenhuizen zorgt voor onzekerheid. Als de sector haar financiële kaders overschrijdt mag de Minister middels het macrobeheersingsinstrument de sector als geheel korten. Dat maakt dat ziekenhuizen reserves moeten opbouwen om dergelijke klappen op te vangen, wat weer haaks staat op het principe dat ziekenhuizen geen winst mogen maken.

Verder is er sprake van continue veranderingen in wet- en regelgeving. Ook veranderen productstructuren op jaarlijkse basis. Waren er aan het begin van de invoering van het nieuwe stelsel 43.000 verschillende zorgproducten, nu zijn dat er 4.300. Hierdoor is het voor

ziekenhuizen lastig om hun productie ten opzichte van het voorgaande jaar te analyseren. Ook doet het een stevig beroep op de interne organisatie en administratie.

Het gebrek aan vergelijkbaarheid van onderlinge productie jaren maakt het bovendien lastiger voor ziekenhuis en zorgverzekeraars aan de onderhandelingstafel. Daarbij zorgt de grilligheid van politieke besluitvorming ook voor de nodige onzekerheid. De afgelopen jaren is er continu druk gelegd op zorgverzekeraars om meer selectief in te kopen bij ziekenhuizen. Begin dit jaar is een wetsvoorstel ten aanzien van het inperken van de vrije artskeuze in de Eerste Kamer verworpen. Dit betrof een wetswijziging die randvoorwaardelijk is aan het principe van selectieve inkoop. Voor ziekenhuis en zorgverzekeraars was dat een zeer plotselinge verandering van spelregels. Het gevolg is dat ziekenhuis en zorgverzekeraars beiden moeite hebben met het managen van de risico's die gepaard gaan met deze onzekerheden. Deels wordt dus ook geprobeerd om risico's naar elkaar te verschuiven. Een voorbeeld hiervan is de verschuiving van het dure geneesmiddelen budget van zorgverzekeraars naar ziekenhuizen.

Figuur 18 - Samenvatting vijfkrachtenanalyse ziekenhuissector



5. CASE STUDIES

In dit hoofdstuk worden praktijkvoorbeelden gegeven die illustreren hoe ziekenhuizen hun afhankelijkheidsrelaties proberen te managen. De cases worden vergeleken met de diverse interventies die uit de literatuurstudie naar voren zijn gekomen (zie ook Tabel 6, p. 31). Deze tactische interventies zijn vooral gericht op twee aspecten:

1. het verminderen van de eigen afhankelijkheid naar de dominante organisatie;
2. het vergroten van het gezamenlijk belang waardoor de dominante partij meer gebaat is bij een goede samenwerking.

5.1. Unilaterale interventies

Soms moeten ziekenhuizen interveniëren in de bestaande relatie met zorgverzekeraars. Deze paragraaf beschrijft enkele voorbeelden over hoe ziekenhuizen een eenzijdige interventie hebben gebruikt om de machtsbalans in hun voordeel (tijdelijk) te doen verschuiven en zo de toegang tot de door hun benodigde financiële middelen te waarborgen.

CASE 1 - Opnamestop genderdysforiepatiënten VUmc

Op 18 december 2013 meldt het VUmc op haar website dat zij overweegt om een tijdelijke opnamestop af te kondigen voor nieuwe patiënten met genderdysforie¹⁰.

“Momenteel zijn bij VUmc ruim 2.000 bestaande genderpatiënten aangemeld. Bij hen is de diagnostiek of behandeling gestart of staan zij al op een wachtlijst. De behandeling van deze genderpatiënten vraagt reeds meer dan het tot dusver door verzekeraars toegekende budget. Hun behandeling is echter gegarandeerd.” ([website VUmc](#), d.d. 18-12-2013)

Niet alleen kost de behandeling volgens het ziekenhuis meer dan er wordt vergoed, ook het patiëntvolume is sterk toegenomen. Het VUmc claimt dat het aantal patiënten in drie jaar tijd zelfs met 200% is gestegen. Het VUmc stelt tien miljoen euro per jaar nodig te hebben om nieuwe patiënten te kunnen helpen. Additioneel zou nog eens 9,5 miljoen euro nodig zijn in 2014 om patiënten op de bestaande wachtlijst te kunnen helpen. De zorgverzekeraars willen echter niet meer dan de reeds beschikbaar gestelde drie miljoen euro per jaar aan het VUmc toekennen. Op **4 januari 2014** meldt de [NOS](#) dat het VUmc de patiëntenstop definitief heeft geëffectueerd. Het ziekenhuis zoekt daarbij actief de media op.

Diverse politici bezoeken samen met de patiëntenvereniging Transgender Netwerk Nederland (TNN) het VUmc en er worden Kamervragen gesteld door de oppositiepartijen D66, GroenLinks en SP (respectievelijk Kamerstukken II: 2014b, c en d). Op **5 februari** komt minister Schippers van Volksgezondheid met reacties op de Kamervragen. Zij geeft aan kennis genomen te hebben van de situatie en *“vertrouwt erop dat zorgverzekeraars en VUmc hun verantwoordelijkheid nemen”* (antwoord op lid Leijten, Kamerstukken II, 2014d) . De behandeling van genderdysforie is opgenomen in het basispakket van de zorgverzekeringen. De minister wijst er dus op dat de zorgverzekeraars op basis van de zorgverzekeringswet een zorgplicht hebben. Schippers stelt dan ook:

“Mochten mensen zich niet meer kunnen aanmelden bij het VUmc, dan kunnen zij zich melden bij hun zorgverzekeraar. De verzekeraar zal de zorg moeten regelen.” (antw. aan Pia Dijkstra, Kamerstukken II, 2014b)

¹⁰ De aandoening van mensen die in het verkeerde lichaam geboren zijn.

De zorgverzekeraar heeft dus zorgplicht en zal ervoor moeten zorgen dat de genderpatiënten die het VUmc nu niet meer aanneemt toch ergens terecht kunnen. Het ontbreekt de zorgverzekeraars echter aan alternatieve aanbieders. De enige aanbieders van genderzorg in Nederland zijn namelijk het VUmc en het UMCG in Groningen waarbij het VUmc niet alleen een marktaandeel heeft van 85%, maar bovendien het enige ziekenhuis is dat het zorgpad voor genderdysforie in zijn geheel aanbiedt ([website VUmc](#), d.d. 18-12-2013; Kamerstukken II, 2014d). De capaciteit noch de kennis en competenties voor dit zorgtraject zijn elders in Nederland beschikbaar. Volgens Schippers kunnen zorgverzekeraars ook kiezen voor internationale alternatieven:

“In principe kunnen zorgverzekeraars ook zorg buiten Nederland inkopen.” (Kamerstukken II, 2014d)

Van de Lagemaat, voorzitter patiëntenvereniging TNN geeft te kennen in het [Parool](#) (d.d. 27-3-2014) dat dit weinig realistisch is:

“Het gaat hier niet alleen om een eenmalige operatie, maar om maandelijkse hulp. Iemand uit het zuiden kan misschien nog wel naar België rijden, maar iemand uit Groningen dan? En Thailand is dus helemaal geen optie.”

Het ziekenhuis in Gent zou als uitwijkmogelijkheid overwogen kunnen worden, maar ook daar is sprake van beperkte capaciteit die niet zomaar opgeschaald kan worden.

Op **25 maart** meldt de NZa dat zij een onderzoek instelt naar het conflict tussen VUmc en de zorgverzekeraars (NZa, 2014b). Daarbij wordt zowel gekeken naar eventueel machtsmisbruik van het VUmc als het mogelijk schenden van de zorgplicht door zorgverzekeraars. Op **26 maart** wordt er in de Tweede Kamer een motie ingediend bij minister Schippers om het onderzoek van de NZa “op de kortst mogelijke termijn af te ronden” (Kamerstukken II (2014e)

Op **2 mei 2014** geeft Wouter Bos een interview in het programma [Nieuwsuur](#) (zie ook Kader 2, pagina 54). De kern van zijn boodschap is dat het VUmc er niet op uit is om winst te maken, maar om de transgenderzorg kostendekkend aan te bieden. Daarbij is het VUmc bereid om volledig inzicht te geven in de kostprijzen. Volgens de bestuursvoorzitter van het VUmc is het dan vervolgens aan de zorgverzekeraar om te bepalen hoeveel patiënten er per jaar geholpen kunnen worden en dus welk budget de zorgverzekeraars beschikbaar stellen voor deze zorg:

“Daartegenover zou dan wel moeten staan dat de zorgverzekeraars aangeven hoeveel mensen zij vinden dat er behandeld mogen worden elk jaar. Want als je weet hoeveel het kost en als je weet hoeveel mensen je moet behandelen, dan weet je ook wat de totale kosten zijn.”

Einde patiëntstop

Op 26 mei 2014 opent het VUmc haar deuren weer voor transgenderpatiënten. Er zijn afspraken gemaakt met de zorgverzekeraars. Op hoofdlijnen bevat het akkoord een budgetuitbreiding voor het VUmc die overeenkomt met de kostprijs maal het volume patiënten. Dit gaat om enkele miljoenen euro's. Daar staat tegenover dat het VUmc uit eigen initiatief haar monopolie afbouwt door een project te starten om de kennis van het VUmc bij meer instellingen onder te brengen. (Bron: Persbericht [VUmc](#), d.d. 23-5-2014; bericht website [TNN](#), 23-5-2014)

Volgens Jan Hol, directeur communicatie VUmc is het belangrijkste wat er nu veranderd is dat er een langetermijn financiering is afgesproken voor zes jaar ([Nieuws.nl](#), d.d. 12-6-2014):

““Waarom dit een doorbraak is, is heel eenvoudig. Zorgverzekeraars zijn gewend om met ziekenhuizen financiële afspraken voor een jaar te maken. Wanneer een patiënt nu wordt toegelaten op de wachtlijst dan vergoedt de verzekering de zorg voor maximaal zes jaar. Het is nu dus een meerjarenfinanciering

en juist dat is de doorbraak.” Vóór deze overeenstemming werd jaar na jaar steeds opnieuw afgesproken hoeveel genderzorg werd vergoed. Het financiële risico lag daardoor bij het ziekenhuis dat jarenlang haar verlies accepteerde. Door de sterke toename van de patiënten was dat volgens het VUmc niet langer geoorloofd.”

Oordeel achteraf van de NZa

Vanwege het monopolie van het VUmc op de genderzorg wordt door de NZa een onderzoek ingesteld om te beoordelen of er mogelijk sprake is van machtsmisbruik door het VUmc. Op **25 maart** vraagt de NZa officieel informatie op bij het VUmc. (brief [NZa](#), 2014b) Ook wordt onderzocht tot in hoeverre zorgverzekeraars hun zorgplicht schenden. De NZa oordeelt dat gezien de marktpositie van het VUmc “een patiëntenstop vanuit consumentenbelang een niet-proportionele reactie is” ([NZa](#), 2014b) Ten aanzien van de verzekeraars heeft de NZa (2014b) ook enige kritiekpunten:

“Ook blijkt dat zorgverzekeraars in het algemeen geen vooraf opgesteld beleid voor dit soort situaties hebben. (...) Verder valt op dat zorgverzekeraars over het algemeen een passieve houding aangenomen hebben ten aanzien van de patiëntenstop. Een voorbeeld hiervan is dat een overeengekomen doorleverplicht niet juridisch is afgedwongen.”

Rol van de Patiëntenvereniging ‘Transgender Netwerk Nederland’

De patiëntgroep van transgenders is relatief klein te noemen:

“De prevalentie van genderidentiteitsstoornis is bij volwassenen ongeveer 1:11.000 voor man-vrouw transseksuelen en 1:30.000 voor vrouw-man transseksuelen” (Van Kesteren, Gooren, & Megens, 1996 in: Wouters et al., 2008).

Desalniettemin is de patiëntenvereniging goed georganiseerd, erg vocaal en heeft zij toegang tot de netwerkstructuur van het COC Nederland, dat over een sterk netwerk beschikt in de politiek en de media. De vereniging weet daarmee veel aandacht te trekken en de suggestie van ongelijke behandeling maakt het voor de oppositiepartijen in de Tweede Kamer een interessant politiek dossier. “Als er een stop voor een andere patiëntengroep was afgekondigd, had heel Nederland vast al geprotesteerd” aldus Elleke Alink, directeur van TNN in het [NRC](#) (d.d 4 januari 2014).

Het VUmc weet goed gebruik te maken van deze derde partij in het conflict met de zorgverzekeraar. Zowel in toon als communicatietempo is te merken dat TNN goed geïnformeerd is door het VUmc en wordt het ziekenhuis gepositioneerd door TNN als een partij die wil, maar niet kan. Dat is met name aan de berichtgeving te zien in de beginfase. Op de dag dat het VUmc een nieuwsbericht plaatst op haar website over een mogelijke opnamestop, publiceert TNN nagenoeg gelijktijdig een nieuwsbericht op haar website, waarbij het vooral de verzekeraars kwalijk wordt genomen dat er nu sprake is van het overwegen van een patiëntenstop bij het VUmc:

“Zorgverzekeraars kwamen dit jaar met maar 3 miljoen euro over de boeg. Zo dwingen ze het VUmc tot deze patiëntenstop.” ([website TNN](#), d.d. 18-12-2013)

Hoewel Van de Lagemaat, voorzitter patiëntenvereniging TNN in een interview met het [Parool](#) (d.d. 27-3-2014) aangeeft zich speelbal te voelen van het VUmc, blijft de vereniging zeer dominant de media en politiek opzoeken met een agenda die sterk overeenkomt met die van het VUmc. Het VUmc past dus niet alleen een onthoudingsstrategie toe, maar positioneert ook de patiëntenvereniging en politiek zodanig dat de druk voornamelijk bij de zorgverzekeraars ligt.

Vergelijking met Epilepsiechirurgie: Kiezen voor het laten oplopen van een wachtlijst of een patiëntstop

Het VUmc had in deze casus verschillende opties. De vraag is waarom het VUmc gekozen heeft voor een onthoudingsinterventie en waarom op dit dossier. Het VUmc heeft namelijk vergelijkbare situaties met andere patiëntgroepen, bijvoorbeeld de epilepsiechirurgie. Net als bij genderdysforie gaat het om dure zorg (een traject kost tussen de 35.000 en 50.000 euro per behandeling).

Het is dus een interessante vraag of het effect van een opnamestop bij epilepsiechirurgie hetzelfde zal zijn als bij de genderdysforie. In Tabel 9 is een vergelijking gemaakt tussen de epilepsiechirurgie en de genderzorg bij het VUmc.

Tabel 9 - Vergelijking van genderdysforie en epilepsiechirurgie in het VUmc

Variabele	Genderdysforie	Epilepsiechirurgie
Volume	c.a. 250 patiënten p.j.	>30 patiënten p.j.
Wachtlijst	Wachtlijst 6 maanden	Wachtlijst 2 jaar
Behandelkosten	Behandelkosten oplopend tot €30,000	Behandelkosten > €40,0000 (schatting)
Kostendekkend?	Sterk verliesgevend	Sterk verliesgevend
Type zorg	Basisverzekering	Basisverzekering
Tariefstelling	Vrij onderhandelbaar	Vrij onderhandelbaar
Alternatieve aanb.	Monopolist	UMC's Maastricht en Utrecht
Strategische functie	Geen strategisch zwaartepunt	Onderdeel van speerpunt hersenen

Het eerste wat opvalt is het volumeverschil. Qua volume zijn de genderdysforie trajecten groter van omvang. Daarnaast is het VUmc bij de genderzorg monopolist, bij de epilepsiechirurgie is zij dat niet. Zou het VUmc een vergelijkbare interventie voor de epilepsiechirurgie uitvoeren, dan is de kans groot dat zorgverzekeraars de patiëntenstroom verleggen naar concurrerende UMC's in Maastricht en Utrecht.

Tot slot is er nog een ander verschil wat in de tabel niet is benoemd: de rol van de patiëntenvereniging. Daarin is een enorm contrast te zien. Toen het VUmc een tijdelijke patiëntenstop afkondigde, was de verontwaardiging bij de patiëntenvereniging en de media groot. De wachttijd (op dat moment 6 maanden) zou hierdoor oplopen en dat werd onacceptabel geacht.

De wachtlijst voor epilepsiechirurgie daarentegen is met twee jaar vele malen langer. In de media is hier echter weinig tot geen aandacht voor. Ondanks dat het aantal patiënten voor epilepsiechirurgie laag is¹¹, geldt Epilepsie wel als de grootste neurologische aandoening. Men zou verwachten dat met zo'n grote achterban de patiëntenvereniging van Epilepsie-aandoeningen minstens net zo activistisch te werk zouden gaan.

De rol van patiëntenvereniging TNN heeft ontegenzeggelijk een rol gespeeld bij het succes van de interventie, maar waarschijnlijk ook bij de keuze van het VUmc om een patiëntenstop af te kondigen.

¹¹ landelijk minder dan 100 operatieve ingrepen per jaar, waarvan meer dan 30 patiënten bij het VUmc

Samenvatting

Samengevat kan worden gesteld dat de onthoudingsinterventie van het VUmc bij de genderzorg kon worden ingezet omdat:

1. de zorgverzekeraars geen alternatieve aanbieder hadden,
2. er een politieke lading op het dossier zat in verband met homo- en transgenderrechten,
3. de patiëntenvereniging zeer activistisch is ingesteld, zeker in vergelijking met de epilepsievereniging die vele malen groter is maar relatief zwak georganiseerd is (o.a. af te meten aan de exposure en fondsenwerving voor epilepsieonderzoek ten opzichte van andere aandoeningen).

Naast de omvang van het verlies op genderzorg speelt ook het gebrek aan voldoende zorgcapaciteit elders in het land een rol bij deze stop. De vraag is wat er gebeurt als het VUmc hetzelfde zou doen bij de epilepsiechirurgie. De kans is groot dat de zorgverzekeraars en media heel anders zouden reageren. Daar zijn immers twee alternatieve aanbieders die bovendien bereid zijn de patiënten over te nemen.

Kader 2: Interview Wouter Bos, bestuursvoorzitter VUmc d.d. 2 mei 2014

Wouter Bos:

“We hebben jaren lang een vrij stabiel aantal patiënten behandeld, zo’n 250 patiënten per jaar. Daar maakten we ook elk jaar verlies op. Zo’n drie tot vier miljoen per jaar legden we daar zelf op toe. Maar dat vonden we verantwoord om dat te doen, omdat dat belangrijk was en we ook de enige zijn die het konden doen. De laatste jaren zien we een enorme toename van het aantal patiënten. In 2009, 2010 dus maar 250 en de laatste schatting voor dit jaar is dat het om 1.000 patiënten per jaar zou gaan. Dat is een verviervoudiging in vijf jaar tijd.”

(...)

“Wij konden het al jaren niet betalen, maar hebben het geaccepteerd dat we er elk jaar een paar miljoen op moesten toelagen, maar door die enorme stijging van de vraag zou het nu al zo gaan richting de vijf, zes, zeven miljoen per jaar en dat kunnen wij ons niet veroorloven.”

Interviewer:

“U zegt eigenlijk: ik kan de rekening niet op me nemen, zorgverzekeraars kom maar over de brug?”

Wouter Bos:

“Ik zeg eigenlijk twee dingen. Ik realiseer me dat, willen we hier uitkomen, zowel zorgverzekeraars als wij een stap moeten zetten. Wij zijn als VUmc bereid om twee dingen te doen. Ten eerste om volledige openheid te bieden als het gaat om onze boeken, onze kosten onze prijzen. Wij hebben niets te verbergen, wij willen geen cent winst maken. De verzekeraars mogen in die boeken kijken zodat we samen tot een besluit kunnen komen over hoeveel het nou eigenlijk kost om een patiënt te behandelen. Het tweede wat wij willen doen is er concreet voor zorgen, met andere ziekenhuizen, dat wij ook niet de enige plek zijn in Nederland waar dit kan. We vinden het zelf ook helemaal niet fijn om monopolist te zijn. Daartegenover zou dan wel moeten staan dat de zorgverzekeraars aangeven hoeveel mensen zij vinden dat er behandeld mogen worden elk jaar. Want als je weet hoeveel het kost en als je weet hoeveel mensen je moet behandelen, dan weet je ook wat de totale kosten zijn.”

Wouter Bos geeft verder aan dat een volledig gevolgde behandeling 4-6 jaar duurt en kan oplopen tot 30.000 euro en vervolgt:

“Ik vind gewoon dat mensen als Danny recht hebben om snel duidelijkheid te hebben. Dus mijn oproep is vooral aan de zorgverzekeraars: laten we hier nou niet gaan zitten zwartepieten, laten we samen onze verantwoordelijkheid nemen om hier uit te komen. En wij bieden openheid, wij hoeven geen monopolist te zijn, maar jullie moeten kleur bekennen en zeggen hoeveel mensen je vindt dat er recht hebben op deze behandeling.” (Bron: [Nieuwsuur](#), 2 mei 2014)*

**) Een patiënt die in de rapportage werd uitgelicht door het nieuwsprogramma.*

CASE 2 - Weigering Achmea-patiënten door Radboud UMC Nijmegen

Op 9 december 2013 wordt door de NOS gemeld dat zij een interne brief van het Radboud UMC Nijmegen aan de afdelingshoofden in handen heeft gekregen. In de brief staat dat het ziekenhuis geen nieuwe patiënten meer in behandeling neemt van verzekeraar Achmea. Na de verschillende publicaties in de media, wordt op de website van het ziekenhuis zelf een nadere toelichting gegeven over de maatregel:

“Met Achmea is afgesproken dat het Radboud UMC de zorg voor Achmea verzekerden voor 2013 vanaf 25 november jl. is gaan temporiseren. Het temporiseren houdt in dat vanaf 25 november jl. nieuwe afspraken voor nieuwe Achmea-verzekerden, - als de artsen dat medisch mogelijk achten - in januari 2014 worden gepland.” ([website Radboud UMC](#), december 2013)

Volgens het Radboud UMC wil Achmea de zorgkosten die boven het afgesproken productieplafond uitkomen niet vergoeden. Het Nijmeegse ziekenhuis geeft aan op dat moment reeds acht tot tien miljoen euro boven het afgesproken productieplafond van Achmea te zitten ([Bericht NOS](#) d.d 9-12-2013).

“Voor het komende jaar verwacht het Radboud UMC dezelfde problemen met Achmea, omdat de verzekeraar in 2014 niet meer zorg wil vergoeden dan dit jaar. “Wij achten het waarschijnlijk dat ook voor 2014 temporisering noodzakelijk zal zijn voor Achmea-verzekerden”, aldus de raad van bestuur in zijn brief.” ([Bericht NOS](#) d.d 9-12-2013)

Op 10 december stelt de Tweede Kamer vragen over het bericht van de NOS en op 12 december informeert minister Schippers van VWS de Tweede Kamer (Kamerstukken II, 2013):

*“Zorgverzekeraars kopen scherp in om zo binnen de afspraken van het bestuurlijk akkoord te blijven en kosten in de zorg te beheersen. Hiertoe maken zorgverzekeraars verschillende type afspraken. Soms worden er aanneemsommen of lumpsummen afgesproken, waar vaak een doorleverplicht in zit. Dat houdt in dat het ziekenhuis patiënten blijft behandelen ook al is de grens van het contract bereikt. Er worden ook zogenaamde ‘p*q-contracten’ afgesloten. Op het moment dat het afgesproken plafond van een bepaald ziekenhuis wordt bereikt, is de zorgplicht van de verzekeraar nog steeds van kracht. In dat geval is het aan de verzekeraar om te bepalen of er extra budget wordt toegekend aan het betreffende ziekenhuis of dat de verzekerden naar een ander ziekenhuis worden bemiddeld.”*

Verderop in deze brief stelt de minister:

“Ik kan me voorstellen dat dit voor patiënten in een aantal gevallen vervelend kan zijn. Goede communicatie richting de verzekerden vanuit de verzekeraar over de polisinhoud is hierbij van groot belang. Dit geldt ook voor mogelijke wijzigingen in het gecontracteerde aanbod gedurende de looptijd van de polis. (...) De mensen krijgen dus wel de zorg die nodig is. De kans is alleen aanwezig dat dit niet gebeurt in het ziekenhuis waar ze anders voor hadden gekozen.”

Volgens de manager sales en marketing (bijlage E) zit hier precies de crux. Als een zorgplafond wordt bereikt, dan blijft de zorgplicht van de zorgverzekeraar van kracht en kan deze dus: of extra budget toekennen, of de verzekerde elders laten helpen. Echter, de patiënt heeft ook gekozen voor een polis waarin voorwaarden zijn opgenomen dat de patiënt overal terecht kan.

“Wat er dan gebeurt, is dat een verzekeraar al zijn verzekerden een brief moet sturen om te informeren welke ziekenhuizen niet zijn gecontracteerd. Dat betekent dus veranderende polisvoorwaarden zijn. Je mag dan opzeggen en naar een andere verzekeraar gaan.”

Op 25 februari wordt gemeld dat het Radboud UMC en Achmea een akkoord hebben bereikt in hun geschil. Achmea vergoedt een groot deel van de productieoverschrijding (6,4 miljoen euro)

alsnog. (NRC, d.d 25-2-2014) Het Radboud UMC neemt 2,2 miljoen euro voor haar rekening (Kamerstukken II, 2014f). Een verdere onderbouwing wordt gegeven op de website van het ziekenhuis zelf:

“Uit deze analyse is gebleken dat, tegen de landelijke trend in, het aantal behandelde Achmea-verzekerden in het Radboud UMC is toegenomen. Een andere uitkomst van het onderzoek is dat bij een beperkt aantal Achmea-verzekerden de kosten van dure niet planbare academische zorg hoger zijn uitgevallen dan gezamenlijk werd verwacht. Op basis van de uitkomsten van de analyse is afgesproken dat Achmea 6,4 miljoen euro extra betaalt voor de academische, niet planbare zorg, zoals zorg buiten de regio, langdurige zorg op IC en dure geneesmiddelen. Het Radboud UMC neemt tevens een deel van de ontstane overschrijding voor haar rekening.(...) Op basis van de uitkomsten van bovengenoemd onderzoek zijn de reeds gemaakte afspraken over 2014 aangepast, waarbij naast kwaliteit en prijs ook afspraken zijn gemaakt over monitoring en de medisch inhoudelijke informatie achter de financiële cijfers.”(website [Radboud UMC](#), d.d. februari 2014)

Voor 2014 is het productiebudget van het Radboud UMC dus uitgebreid. Daaraan wordt wel door Achmea een voorwaarde gesteld, er moet namelijk meer informatie door het ziekenhuis worden gedeeld met de verzekeraar.

De onthoudingsinterventie van het Radboud UMC heeft Achmea verzekerden gekost, doordat Achmea niet op tijd zekerheid naar verzekerden kon bieden over toegang tot zorg bij het Radboud UMC. In zekere zin heeft het ziekenhuis daarmee de zorgverzekeraar ook afhankelijk gemaakt van het ziekenhuis: onzekerheid over zorgtoegang kost verzekerden. Het geïnterviewde Interview Manager Sales en Marketing Ziekenhuis 1 (bijlage E) zegt hierover het volgende:

“Ze zullen niet zeggen waar ze de verzekerden verloren hebben, maar Achmea heeft daar het vertrouwen van de verzekerden beschadigd en ik durf er mijn hand voor in het vuur te steken dat het een heel belangrijk deel in Nijmegen is geweest.”

Hoe groter het marktaandeel van een verzekeraar in de regio, hoe afhankelijker het ziekenhuis financieel is. Tegelijkertijd is een verzekeraar dus kwetsbaarder voor onzekerheid tot zorgtoegang.

CASE 3 - Conflict Slotervaart Ziekenhuis met Achmea

Op 31 januari 2013 wordt gemeld dat het Slotervaart Ziekenhuis weigert akkoord te gaan met het eindbod van zorgverzekeraar Achmea. De zorgverzekeraar heeft daarop besloten het ziekenhuis niet te contracteren. ([Skipr](#), d.d. 31-1-2013) Op de website van Achmea wordt een persbericht geplaatst waarin zij een aanvullende toelichting geven op hun besluit:

“We hebben er alles aan gedaan om tot overeenstemming te komen, maar het ziekenhuis blijft aanzienlijk meer financiële ruimte vragen dan wij noodzakelijk achten om aan de zorgvraag in het verzorgingsgebied van het Slotervaartziekenhuis te voldoen. Ook vraagt het Slotervaartziekenhuis substantieel meer geld voor 2013 dan past binnen het Bestuurlijk Hoofddijnenakkoord dat de Minister, ziekenhuizen en zorgverzekeraars met elkaar zijn overeengekomen.” (Marjolein Verstappen, directeur Zorginkoop, [website Achmea](#) d.d. 31-1-2013)

Achmea geeft in het persbericht verder aan dat de verzekeraar met alle andere ziekenhuizen in de regio wel afspraken heeft kunnen maken en dat verzekerden daarmee gegarandeerd in hun regio de zorg kunnen krijgen die ze nodig hebben. Achmea-verzekerden die na 1 april 2013 voor een nieuwe behandeling toch kiezen voor het Slotervaart Ziekenhuis, zullen een deel van de zorgkosten niet vergoed krijgen (c.a. 20% van de kosten). Spoedeisende zorg vormt hierop een uitzondering.

Woordvoerder Christine Rompa van Achmea ([Medisch Contact](#), d.d. 1-2-2013) laat weten met 77 miljoen euro een ruimhartig bod te hebben gedaan aan het Slotervaart Ziekenhuis:

“Dat is hetzelfde als het budget over 2012 (71 miljoen), vermeerderd met de maximaal toegestane groei van 5 procent (inclusief inflatiekosten) plus budgetverhoging voor de overheveling van dure geneesmiddelen naar het ziekenhuisbudget”

De bestuursvoorzitter van het Slotervaart Ziekenhuis, Aysel Erbudak, geeft aan dat de reden om het eindbod van Achmea te weigeren tweeledig is. Ten eerste zou de compensatie voor dure geneesmiddelen te krap zijn.

“Voor de TNF-alfa-remmers, bijvoorbeeld, bood Achmea 1,2 miljoen, terwijl wij in 2012 al voor 1,9 miljoen hebben uitgeven. Dat gat van 7 ton zouden wij zelf moeten dichten. Wij stonden dan ook op nacalculatie achteraf, op basis van gegevens die wij de zorgverzekeraar kunnen leveren. Wat ik niet wil, is onze artsen grenzen opleggen die leiden tot kwalitatief mindere patiëntenzorg.” (Aysel Erbudak, bestuursvoorzitter Slotervaart Ziekenhuis in [Medisch Contact](#), d.d. 1-2-2013)

Ten tweede zou Achmea niet genoeg budget beschikbaar willen stellen voor maagbandoperaties, een ingreep waarmee het Slotervaart zich weet te onderscheiden in kwaliteit en waarin het ziekenhuis wil groeien.

“In 2012 hebben wij 600 gastric bypass-operaties gedaan, in 2013 willen we er 1000 doen. Maar Achmea wilde niet verder gaan dan 400, de rest zouden we zelf moeten betalen.” (Aysel Erbudak, bestuursvoorzitter Slotervaart in [Medisch Contact](#), d.d. 1-2-2013)

De woordvoerder van Achmea spreekt dit echter tegen:

“In het budget voor 2013 zat een groei van 2 miljoen voor bariatric. Omgerekend komt dat neer op ongeveer 400 ingrepen extra.” (Christine Rompa, woordvoerder Achmea in [Medisch Contact](#), d.d. 1-2-2013)

Om te voorkomen dat er een drempel ontstaat voor Achmea patiënten gedurende het conflict, laat het Slotervaart Ziekenhuis haar patiënten weten in te staan voor het deel dat straks niet door

Achmea wordt vergoed. De patiënt zal dus wat het Slotervaart betreft niets merken van het conflict met de verzekeraar.

“Wij garanderen iedere nieuwe patiënt dat wij de kosten van de behandeling dekken. Want 80 procent zal Achmea toch vergoeden in het Slotervaart – dat moet van de wet. Vervolgens bundelen we alle administratie van Achmea-patiënten en doen wij zaken met de verzekeraar voor ze. We factureren gewoon. Zodra Achmea iets weigert te betalen, stappen wij naar de rechter. Namens een groep.” (Aysel Erbudak in NRC d.d. 14 februari 2013)

Ook is het Slotervaart van plan om de passantentarieven (verkooptarieven van het ziekenhuis voor niet gecontracteerde verzekeraars) met 100% te verhogen. (Erbudak in televisieprogramma [Een Vandaag](#), d.d. 11-2-2013) Alles wijst erop dat een langshepend juridisch conflict tussen het ziekenhuis en de zorgverzekeraar niet alleen onvermijdelijk is, maar zelfs wordt opgezocht (zie kader 3 over de mogelijke uitkomsten van een dergelijke rechtszaak). In de kern poogt Erbudak via de rechter af te dwingen dat de inkoopmacht van de zorgverzekeraar wordt ingeperkt.

“Haar inzet is dapper, maar staat haaks op de essentie van de Zorgverzekeringswet. Die geeft zorgverzekeraars nu eenmaal de mogelijkheid om door kritisch in te kopen hun patiënten te stimuleren om ziekenhuizen te bezoeken die niet alleen goede kwaliteit bieden, maar ook doelmatig te werk gaan. Dat zorgverzekeraars op deze manier de kwaliteit mogen bewaken, heeft de rechter al uitgemaakt. Of dat ook geldt voor de doelmatigheid, zal moeten blijken.” (Visser 2013)

Ruim de helft van de patiënten van het Slotervaart Ziekenhuis zijn bij Achmea verzekerd en het ziekenhuis speelt dus hoog spel. Gedurende het conflict vindt achter de schermen van het Slotervaart Ziekenhuis ook een bestuurlijke crisis plaats en op 22 februari moet Erbudak het veld ruimen.

Ondanks dat Achmea heeft aangegeven nieuwe patiënten die zich na 1 april in behandeling laten nemen niet meer te vergoeden, krijgt het ziekenhuis in februari al te maken met een sterke daling van haar patiëntinstroom. (Het Parool, d.d. 29-3-2013) Het nieuwe (interim) bestuur van het ziekenhuis heropent daarom enkele dagen later de onderhandelingen met Achmea. Op 21 maart wordt alsnog een overeenkomst bereikt tussen beide partijen. Daarbij wordt door Achmea echter voor enkele miljoenen minder ingekocht dan in het voorgaande jaar. ([Skipr](#), d.d. 21 maart 2013)

Hoewel het conflict met Achmea is beslecht, komt het Slotervaart gedurende het jaar in financiële problemen en blijft er tot het einde van het jaar een juridisch gevecht bestaan tussen de voormalig bestuursvoorzitter (en mede-eigenaar) Erbudak en de rest van de aandeelhouders. Eind december dat jaar wordt het ziekenhuis formeel overgenomen door de MC groep.

Kader 3: Juridisch gevecht rondom vergoeding van niet gecontracteerde zorg

“Als het Slotervaartziekenhuis na 1 april inderdaad passantentarieven declareert en Achmea gemiddeld gecontracteerde tarieven uitbetaalt – kortom: als beide doen wat zij zeggen te gaan doen – dan dreigt een flink juridisch gevecht. Dat het Amsterdamse ziekenhuis zijn zin zal krijgen, lijkt niet waarschijnlijk. ‘De tendens is nu eenmaal dat de verzekeraar meer ruimte krijgt om een lagere of helemaal geen vergoeding te betalen’, zegt Klaas Meersma van advocatenkantoor AKD. ‘Ik zie niet dat de rechter zal bepalen dat het passantentarief betaald moet worden. Al weet je dat nooit zeker. Er zijn ook rechters die de zorgaanbieders in bescherming nemen.’

Dat de rechter zal toestaan om vrijwel niets te vergoeden, is – hoewel formeel mogelijk – evenmin waarschijnlijk. Achmea zal dat ook niet willen: een weinig aantrekkelijke uitloop van boze klanten kan het resultaat zijn. Logischer is dat de betrokken patiënten de gebruikelijke kosten van de behandeling krijgen vergoed of zo’n 70 of 80 procent daarvan. In dat geval is het Slotervaartziekenhuis de verliezer. Niet alleen zegt het patiënten van administratieve rompslomp te willen verlossen door namens hen met Achmea te onderhandelen, ook garandeert het patiënten dat zij straks niets hoeven bij te betalen. Kennelijk hoopt bestuurder Aysel Erbudak de daaruit voortvloeiende kosten te compenseren door bij voorbaat hoge (passanten)tarieven te bedingen. Mislukt die opzet, dan kunnen de verliezen voor het ziekenhuis aardig oplopen.

Wat de uitspraak van de rechter ook beïnvloedt – zegt Erik Schut, hoogleraar aan de Erasmus Universiteit Rotterdam – is de vraag of de verzekerden bij het kopen van een polis van Achmea, eind vorig jaar, konden weten dat hun verzekeraar geen contract zou afsluiten met het Slotervaart: ‘Het is niet alleen belangrijk dat ze nú weten dat er geen contract is, het gaat er ook om of ze dat tijdig konden weten. Dus voordat ze een polis kochten.’ In theorie, zegt hij, zou de rechter kunnen beslissen dat Achmea de polisvoorwaarden niet tussentijds mag aanpassen. Hetgeen de juridische strijd een heel ander einde zou geven.” Bron: Visser (2013)

5.2. Case studies: bilaterale interventies

Deze paragraaf beschrijft enkele voorbeelden van ziekenhuizen die hebben gewerkt aan *het vergroten van het gezamenlijk belang* van het ziekenhuis en een zorgverzekeraar, met als doel de middelen waar het ziekenhuis afhankelijk van is beter te beschermen.

CASE 4 - Convenant herprofilering spoedzorg regio Utrecht

Het Diaconessenhuis in Utrecht stond op het punt haar spoedzorgafdeling te verbouwen toen Rob Florijn als nieuwe voorzitter van de raad van bestuur begon. In een interview met Zorgvisie Magazine (mei 2013) vertelt de bestuursvoorzitter hoe hij de initiële plannen voor een traditionele benadering voor deze kapitaal intensieve nieuwbouw van de hand deed en inruilde voor een gezamenlijke aanpak met Achmea *“de zorgverzekeraar met een marktaandeel van 60% in de regio”* (Zorgvisie Magazine, mei 2013).

Ten tijde van de plannen voor de nieuwbouw van de spoedzorg was er bij politiek en zorgverzekeraars veel aandacht voor het terugdringen van het aantal zelfverwijzers¹². Inmiddels wordt van de ziekenhuiszorg alleen nog spoedeisende hulp (SEH) vergoed zonder verwijzing.

Zorg op de SEH is echter duur en studies naar zelfverwijzers op de SEH laten zien dat, hoewel er sprake is van grote variatie in zowel aantal als de mate waarin men medisch gezien terecht de SEH bezoekt (Giesen et al., 2006; Gaakeer et al. 2014) er gesteld kan worden dat in grootstedelijk gebied zowel het aantal zelfverwijzende patiënten op de SEH als het percentage zelfverwijzers die ook door een huisarts of Huisartsenpost geholpen werd zeer hoog is (Giesbers et al. 2011). Een gemiddeld SEH tarief ligt rond de 200 euro terwijl een bezoek aan de Huisartsenpost (HAP) 80 euro kost.

Samen met Achmea is het ziekenhuis gaan kijken hoe zij de stroom zelfverwijzers op een andere manier kan opvangen waardoor de zorgkosten omlaag kunnen, zonder dat de zorgfunctie erop achteruit gaat. Dat is sterk in lijn met het belang dat de zorgverzekeraar heeft:

“Ons belang is door kwalitatief goede en doelmatige zorg lagere zorgkosten te bereiken en lagere premies.” (Leen Goemans, regiomanager Midden-Nederland Achmea in Zorgvisie Magazine, mei 2013)

Het Diaconessenhuis had een nieuwe spoedgebouw nodig en door deze behoefte met het belang van Achmea te verenigen, wist het ziekenhuis Achmea mee te krijgen in het initiatief. De ondersteuning van de verzekeraar bestond uit: *“meedenken, het proces op gang brengen en een financiële bijdrage leveren”* (Zorgvisie Magazine, mei 2013). Deze financiële bijdrage voor de transformatie bedroeg 250 miljoen euro.

Samen met Achmea en de plaatselijke huisartsenvereniging werd aan een programma van eisen gewerkt. De artsen die de HAP moesten bemensen konden daardoor zelf ook zorgen dat hun deel van het gebouw optimaal was ingericht.

In Figuur 19 is de oude en de nieuwe patiëntstroom afgebeeld. Door bij de ingang van het gebouw een triagebalie te plaatsen, kan controle uitgeoefend worden over de patiëntstroom. Hierdoor wordt het aantal zelfverwijzers dat onnodig op te SEH komt volledig afgevangen zonder dat het ten koste gaat van de snelheid van zorg (deze wordt hierdoor zelfs sneller voor patiënten).

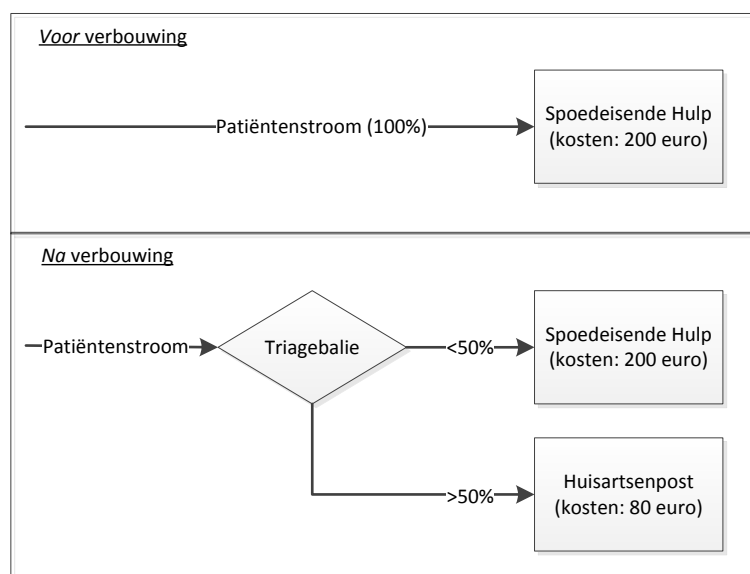
¹² patiënten die zonder verwijzing van de huisarts naar het ziekenhuis gaan

“In het geval van het Diakonessenhuis zouden er in totaal (per jaar) 6200 mensen niet meer onnodig naar de SEH komen. Dat levert 1,3 miljoen euro op.” (Leen Goemans, regiomanager Midden-Nederland Achmea in Zorgvisie Magazine, mei 2013)

In ruil voor de ondersteuning wilde Achmea de besparing verzilveren om hiermee haar verzekeringspremie te kunnen verlagen of een nieuwe investering te doen in het verbeteren of doelmatiger maken van zorg.

Resultaat voor het Diakonessenhuis: eenmalige financiering van de verzekeraar, betere condities bij de bank t.a.v. de financiering omdat Achmea meefinanciert, een kleinere SEH die kosteneffectiever kan opereren en beter aansluit op de zorgvraag en een meerjarencontract met Achmea voor de productie van de SEH.

Figuur 19 - Oude en nieuwe patiëntflow spoedpost Diakonessenhuis



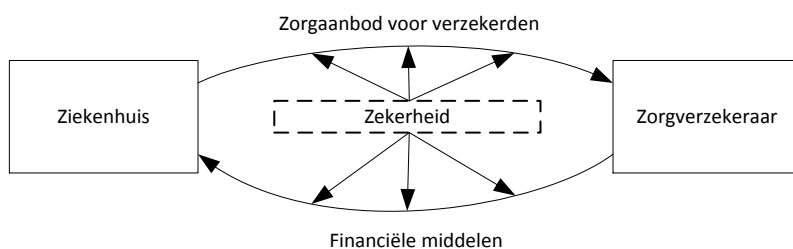
CASE 5 - Laurentius Ziekenhuis Roermond

Het Laurentius Ziekenhuis laat op 11 februari 2012 via een persbericht weten voor de periode 2012-2014 opnieuw een meerjarencontract met zorgverzekeraar CZ te hebben afgesloten. (persbericht website [Laurentius](#), d.d. 11-2-2012). Het contract is een vervolg op het voorgaande meerjarencontract voor de periode 2009-2011. Rien Pijnenburg, manager medisch specialistische zorg CZ zegt hierover in [Zorgvisie](#) (d.d. 17-2-2012):

“De samenwerking met het Laurentius Ziekenhuis is de afgelopen jaren goed verlopen. Wij hebben daarom de afgelopen periode overlegd om te komen tot een nieuw langetermijn contract, dat past binnen de kaders van het Hoofdlijnenakkoord. We hebben o.a. afspraken gemaakt over de kwaliteit, continuïteit en toegankelijkheid van zorg, selectieve inkoop en invoering van prestatiebekostiging middels DOT. Het doel is om optimale ziekenhuiszorg voor verzekerden van CZ en patiënten in het verzorgingsgebied van Laurentius te waarborgen.”

Door het meerjarencontract heeft CZ naar eigen zeggen meer invloed op de kwaliteit en de wijze waarop deze verantwoord wordt. Ook is er een doorleverplicht van het ziekenhuis, dat wil zeggen dat met de toegezegde financiële middelen het ziekenhuis alle zorgvragen van CZ verzekerden zal opvangen. Over een onthoudingsinterventie van het ziekenhuis (zie ook case 1-3) hoeft CZ zich dus geen zorgen te maken. Het Laurentius Ziekenhuis heeft zich met de overeenkomst de komende drie jaar verzekerd van een financieel stabiele situatie. Het reduceren van onzekerheid geeft het ziekenhuis de ruimte om te werken aan hun langetermijn visie. De overeenkomst heeft voor beide partijen dus zekerheid opgeleverd (uitgebeeld in Figuur 20).

Figuur 20 – Het effect van meerjarencontract op de belangen van CZ en Laurentius



Dat dit contract geen ‘dertien in een dozijn’-overeenkomst betreft, blijkt ook uit de manier waarop vakblad [Zorgvisie](#) (d.d. 12-7-2012) hierover schrijft:

“Laurentius is op dit moment het enige ziekenhuis waarmee CZ een meerjarencontract heeft gesloten.”

Ook het door medici breed gelezen opinieblad ‘Arts & Auto’ ontgaat deze samenwerking niet. Medisch journalist Frank van Wijck (2012) grijpt in zijn artikel terug op een eerdere uitspraak van Wim van der Meeren (bestuursvoorzitter CZ) die in een interview stelde dat er in Nederland wel vijftien ziekenhuizen dicht zouden kunnen. Met het meerjarencontract hoeft het Laurentius zich volgens Van Wijck dankzij dit contract in ieder geval niet tot deze ‘potentiële vijftien’ te rekenen. Tot in hoeverre het Laurentius door het meerjarencontract inderdaad een voorkeurspositie inneemt bij regie-besluiten van zorgverzekeraars is onduidelijk.

Wel is het waarschijnlijk dat het partnerschap met CZ in zekere mate het Laurentius zal hebben geholpen bij het aantrekken van investeringskapitaal voor de nieuwbouwplannen van het ziekenhuis. In maart 2012¹³ geeft de stichting Waarborgfonds voor de Zorgsector (WFZ) een waarborggarantie af van 75% op een consortiumlening van 100 miljoen euro.

Ook het feit dat de business case achter de nieuwbouw uitgaat van stagnatie in plaats van groei en ook stand houdt bij een krimpscenario van 3% heeft waarschijnlijk bijgedragen aan het verstrekken van de lening. Thiadens, Bestuursvoorzitter van het Laurentius Ziekenhuis zegt daarover in [Zorgvisie](#) (d.d. 24-7-2014):

“Laten we eerlijk zijn, een paar ziekenhuizen in Nederland zijn veel te groot gebouwd. Miljoenen te veel geïnvesteerd. Verdien dat in de huidige nieuwe regelgeving maar eens terug.”

Naast het vergroten van de gezamenlijke belangen met CZ zorgverzekeraars, investeert het ziekenhuis ook in de relatie met het UMC in Maastricht. Dankzij het ontwikkelen van een samenwerking die voor beide partijen prettig verloopt, slaagt het Laurentius Ziekenhuis erin bepaalde functies die het ziekenhuis in een puur zelfstandige vorm had moeten sluiten nu juist open te houden. Het grootste voorbeeld hiervan is het open kunnen houden van de Level 1 Intensive Care (IC). Dankzij goed afgestemde processen en goede contacten tussen de artsen van beide ziekenhuizen is het mogelijk om zeer gecoördineerd patiënten over te plaatsen naar het UMC zodra dit medisch gezien nodig is. Ook hier ligt voor de zorgverzekeraar een belang, want een level 1 IC heeft een lager vergoedingstarief dan een level 3 IC van een UMC waar de patiënt anders heen had gemoeten. (Zie ook [Zorgvisie](#), d.d. 29-2-2012).

Het Laurentius voert een duidelijke bilaterale resource dependence strategie en wil de succesvolle samenwerkingsverbanden verbreden en verdiepen. Het Laurentius Ziekenhuis zet de komende jaren in op het afsluiten van meerjarencontracten met meerdere verzekeraars zo blijkt uit een interview met het NRC:

“Wij proberen als enige in Limburg nu een contract met zorgverzekeraars af te sluiten dat vijf jaar loopt. Dat geeft meer stabiliteit.” (Jack Tiadens, bestuursvoorzitter Laurentius Ziekenhuis in: NRC Handelsblad d.d. 5 april 2014-b)

Medio 2014 publiceren het Laurentius en het UMC Maastricht een intentieverklaring (website [UMC Maastricht](#), d.d. 10 juli 2014; [Skipr](#), d.d. 10 juli 2014) waarbij men de intentie uitspreekt om de samenwerking nog verder te willen intensiveren.

Samenvatting

Al met al lijkt het Laurentius in staat actief haar externe afhankelijkheden te managen. Dankzij de bilaterale interventie met CZ heeft zij een positie weten te creëren waarbij zij ook makkelijker vreemd vermogen weet aan te trekken. Niet alleen de samenwerking met CZ geeft daar blijk van, maar ook de samenwerking met UMC Maastricht, waardoor het ziekenhuis in staat werd gesteld haar Intensive Care activiteiten in de lucht te houden.

De vraag roept zich verder op waarom het Laurentius erin slaagt een dergelijke overeenkomst te sluiten en andere aanbieders niet. Voor vervolgonderzoek biedt dit zeker een interessant vraagstuk, maar gezien de beperkte tijd die er voor een scriptie is, zullen we ook dit onderwerp verder moeten parkeren.

¹³ Vlak voor de contractvernieuwing met CZ, maar dicht genoeg op de verlening om een rol te hebben gespeeld.

CASE 6 - Financiering nieuwbouw Medisch Centrum Alkmaar

In dezelfde periode als CASE 5, is ook het Medisch Centrum Alkmaar (MCA) op zoek naar financiering voor hun nieuwbouwplannen. Het ziekenhuis staat er financieel echter zwak voor. Ook de interne organisatie is, vlak na de recente fusie met het Gemini Ziekenhuis (Den Helder), nog niet op sterkte.

De Gemeente Den Helder raakt bezorgd over de financiële situatie van de 'MCA Gemini Groep' zoals de organisatie na de fusie heet en schrijft op 17 februari 2014 zelfs een brief naar de NZa met het verzoek een onderzoek in te stellen naar de situatie bij de MCA Gemini Groep ([Medisch Contact](#), d.d. 24-2-2014, [NRC](#), d.d. 5-4-2014b). Naar aanleiding van deze brief wordt in de media al snel gesproken over een mogelijk faillissement. Hierbij is slechts sprake van sensatieberichtgeving door de journalistiek, maar het gevolg is wel dat het ziekenhuis alle registers moet opentrekken om deze beeldvorming tegen te gaan. Op 25 februari 2014 publiceert het ziekenhuis een persbericht op haar website waarin onder andere een dreigend faillissement wordt tegengesproken:

“Van een dreigend faillissement voor Medisch Centrum Alkmaar (MCA) is absoluut geen sprake. Voor het Gemini Ziekenhuis geldt dat de raad van bestuur een plan van aanpak uitvoert om dit ziekenhuis weer financieel gezond te maken.” (persbericht [MCA](#), d.d. 25 februari 2014)

Op 6 maart komt de NZa met een schriftelijke reactie op de brief van de Gemeente Den Helder. De NZa geeft in haar brief aan de vragen te begrijpen, maar het verzoek niet in behandeling neemt. Daarbij geeft de NZa aan dat het niet aan haar als toezichthouder is om hier iets van te vinden ([NZa](#), 2014c):

“Het zijn de zorgverzekeraars die op grond van de wettelijke zorgplicht verantwoordelijk zijn voor de beschikbaarheid van zorg voor hun verzekerden. De NZa komt in actie als zorgverzekeraars niet aan hun zorgplicht (kunnen) voldoen. We hebben hier geen signalen over gekregen. (...)”

Een zorginstelling is in eerste instantie zelf verantwoordelijk voor haar financiën en voortbestaan. Dreigt de toegang tot zorg voor inwoners van een gebied in gevaar te komen, dan moeten zorgverzekeraars in actie komen. Zij moeten bijvoorbeeld zorgen dat mensen op tijd bij een spoedeisende hulp kunnen zijn. Dat hoort bij de zorgplicht.”

De financiële situatie zal het ziekenhuis dus in eerste instantie zelf moeten oplossen, komt zij daar niet uit, dan is het aan de zorgverzekeraars om te zorgen dat alle benodigde zorgfuncties in de regio beschikbaar blijven.

Zorgverzekeraars staan echter niet te springen om te investeren in de nieuwbouwplannen van het Medisch Centrum Alkmaar en tot op het moment van schrijven van deze scriptie is de financiering van de nieuwbouwplannen nog niet rond, zo valt op te maken uit de toelichting op de website van de gemeente Heerhugowaard, waar het nieuwe ziekenhuis van MCA gebouwd moet worden:

“Door de vertraging in de financiering kan het nieuw te bouwen Regionaal Topklinisch Interventiecentrum (RTIC) in Heerhugowaard naar de huidige verwachting worden betrokken in 2018.” (Nieuwbouwpagina Ziekenhuis, [Website Gemeente Heerhugowaard](#))

Volgens Harry Luik, bestuursvoorzitter van het MCA is de nieuwbouw echter hard nodig:

“De meest gevoelige zorg, onze operatiekamers, bevinden zich hier in de oudste panden, met op de draad versleten installaties. Volstrekt niet meer van deze tijd. Dus we hebben een huisvestingsprobleem.” (NRC d.d. 5 april 2014b)

Het uitblijven van financiering voor de nieuwbouwplannen voor het Alkmaarse ziekenhuis heeft ontegenzeggelijk iets te maken met de slechte financiële positie van de MCA Gemini Groep. De vraag is of de financieel zwakke situatie de enige reden is.

CASE 7 - Financiering nieuwbouw Ommelander Ziekenhuis Groep

De Ommelander Ziekenhuis Groep (OZG) met ziekenhuizen in Winschoten en Delfzijl verkeert in een vergelijkbare situatie als het Medisch Centrum Alkmaar. Ook deze ziekenhuisgroep is financieel niet sterk genoeg om een grote lening af te kunnen sluiten en heeft grote nood aan nieuwe huisvesting. Het OZG weet echter een achtergestelde lening van de Provincie van 10 miljoen euro rond te krijgen als onderdeel van een totaalafspraak ([Skipr](#), d.d. 22 oktober 2014):

“Met de lening geeft de provincie uitvoering aan de plannen die deze zomer samen met het OZG, het Universitair Medisch Centrum Groningen (UMCG) en zorgverzekeraars Achmea, Menzis en VGZ werden gemaakt voor het behoud van het OZG. In het kader hiervan bieden de verzekeraars een omzetgarantie voor tien jaar. De OZG komt volledig onder controle te staan van het UMCG. Daarnaast versterkt het UMCG het eigen vermogen van OZG.”

Vanuit een Resource Dependence-perspectief beschermt het OZG hiermee op diverse kritische punten toegang tot middelen: er is sprake van omzetgarantie, een verbeterde vermogenspositie door de achtergestelde lening en het ziekenhuis heeft maximale toegang tot complexe zorgfuncties nu het deel uit gaat maken van het UMCG.

Tegen de regeling zijn door andere partijen wel bezwaren omdat het een verstorende werking op de markt zou hebben ([Skipr](#), d.d. 22 oktober 2014):

“Als het aan gedeputeerde William Moorlag ligt prevaleren kwaliteits- en sociaal-economische overwegingen boven mededingingsrechtelijke. “De inwoners van Noord- en Oost Groningen hebben belang bij bereikbare en kwalitatief goede zorg”, aldus Moorlag. “Het nieuwe ziekenhuis bij Scheemda is belangrijk voor de werkgelegenheid en de leefbaarheid in deze regio.””

Op 12 januari 2015 en 2 april keuren respectievelijk NZa en ACM de regeling goed en mag het OZG worden overgenomen. ([Zorgvisie](#), d.d. 13 januari 2015; [Website OZG](#), d.d. 2 april 2015)

De ACM oordeelt dat met de fusie de concurrentiemarkt niet wordt verstoord. Hoewel dit niet in het besluit van de ACM zo wordt gesteld, valt uit diverse passages in het besluit wel op te maken waarom het voor zorgverzekeraars gewenst is om het OZG in stand te houden. Het aantal concurrenten in de regio is namelijk vrij beperkt:

“De belangrijkste concurrent van partijen in het geografische gebied is het Martini Ziekenhuis met een aandeel van [30 – 40]% voor klinische algemene ziekenhuiszorg, op enige afstand gevolgd door de Treant Zorggroep en Wilhelmina Ziekenhuis met beide een aandeel van [10 – 20]% voor klinische algemene ziekenhuiszorg.” ([ACM Besluit](#), kenmerk: ACM/DM/2015/201915_OV, 2015)

Bij het wegvallen van het OZG zou de afhankelijkheid van zorgverzekeraars naar andere ziekenhuizen in de regio sterk toenemen en kunnen zorgverzekeraars minder invloed uitoefenen op de andere ziekenhuizen.

5.3. Aanvullende informatie ten behoeve van de Cross-Case Analyse

In paragraaf 5.1 en 5.2 zijn cases ten aan zien van respectievelijk unilaterale en bilaterale interventies beschreven. In deze paragraaf is aanvullende informatie opgenomen om het uitvoeren van een cross-case analyse mogelijk te maken. Daarbij is gebruik gemaakt van de analyse tabel uit hoofdstuk 3 (nogmaals weergegeven in Tabel 10). In Figuur 21 (volgende pagina) is de relatie tussen de factoren in de analyse tabel en het framework weergegeven. Zoals besproken in hoofdstuk 3, is het format gebaseerd op het framework op pagina 23 en laat daarbij bewust ruimte voor andere factoren die mogelijk aan het resultaat hebben bijgedragen. Het invullen van het format gebeurt door per case de verschillende factoren uit het analyse format na te lopen.

Resultaat van de interventie (Y)

Bij het de case selectie is bewust gezocht naar een mix van cases met een positief en negatief interventieresultaat. Dit interventieresultaat is bij de casebeschrijvingen in paragraaf 5.1 en 5.2 ook duidelijk naar voren gekomen en is opgenomen in Tabel 10. Alleen CASE7 heeft een resultaat wat niet direct als positief of negatief is aan te merken. Het ziekenhuis is namelijk in staat geweest om zichzelf toegang te verschaffen tot kritische resources, maar wel ten koste van haar autonomie. In de analyse zal deze case worden meegenomen als buitengewone casus.

Tabel 10 - Analyse tabel

	Y	X ₁	X ₂	X ₃	X ₄	Z _n
Unilateraal						
CASE1	Positief	? ^a	?	?	?	?
CASE2	Positief	?	?	?	?	?
CASE3	Negatief	?	?	?	?	?
Bilateraal						
CASE4	Positief	?	?	?	?	?
CASE5	Positief	?	?	?	?	?
CASE6	Negatief	?	?	?	?	?
CASE7	?	?	?	?	?	?

^{a)} In de tabel zijn vraagtekens gebruikt omdat voor de factoren nog geen waarde is bepaald.

Toelichting factoren:

Y = Resultaat van de interventie

X₁ = Concentratiegraad van ziekenhuizen in de regio

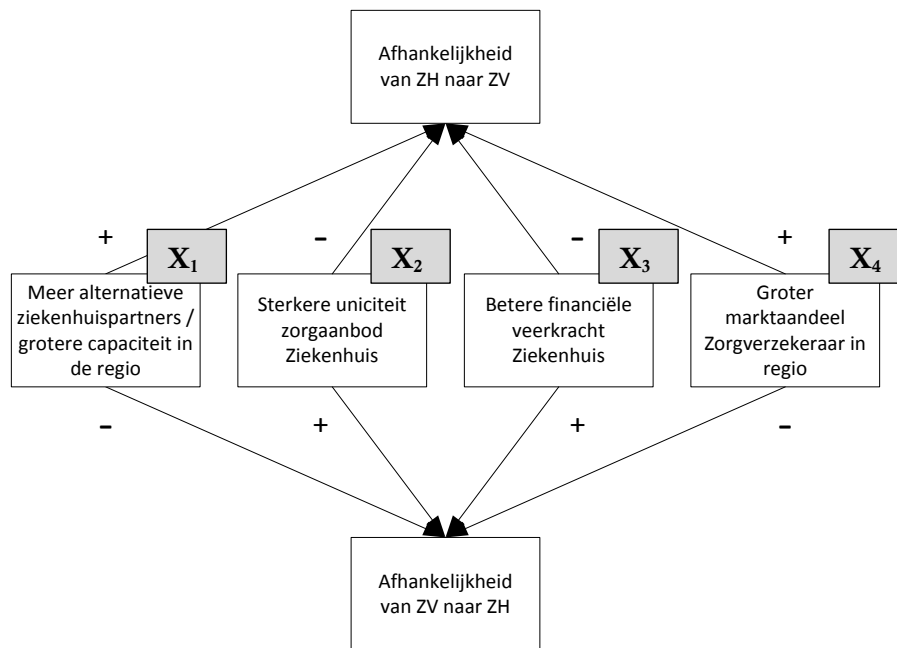
X₂ = Unicitéit zorgaanbod

X₃ = Financiële veerkracht van het ziekenhuis

X₄ = Marktaandeel van de zorgverzekeraar

Z_n = Overige factoren die mogelijk hebben bijgedragen aan het resultaat van de interventie

Figuur 21 – Koppeling framework aan factoren uit analyse tabel



X₁ – Concentratiegraad van ziekenhuizen in de regio

Bij het conceptueel model is gesteld dat zorgverzekeraars afhankelijker zijn van een ziekenhuis als er in de betreffende regio weinig alternatieve partners zijn. Om te bepalen in welke mate er alternatieve ziekenhuispartners in de regio zijn, is gebruik gemaakt van de zorgkaart van Zorgatlas/CBS (zie Figuur 22). De ziekenhuizen zijn op basis van hun case nummer op de kaart aangegeven. De variabele X₁ wordt uitgedrukt in 'ziekenhuisconcentratie'. Daarbij wordt gebruik gemaakt van de waarden: zwak, matig of hoog.

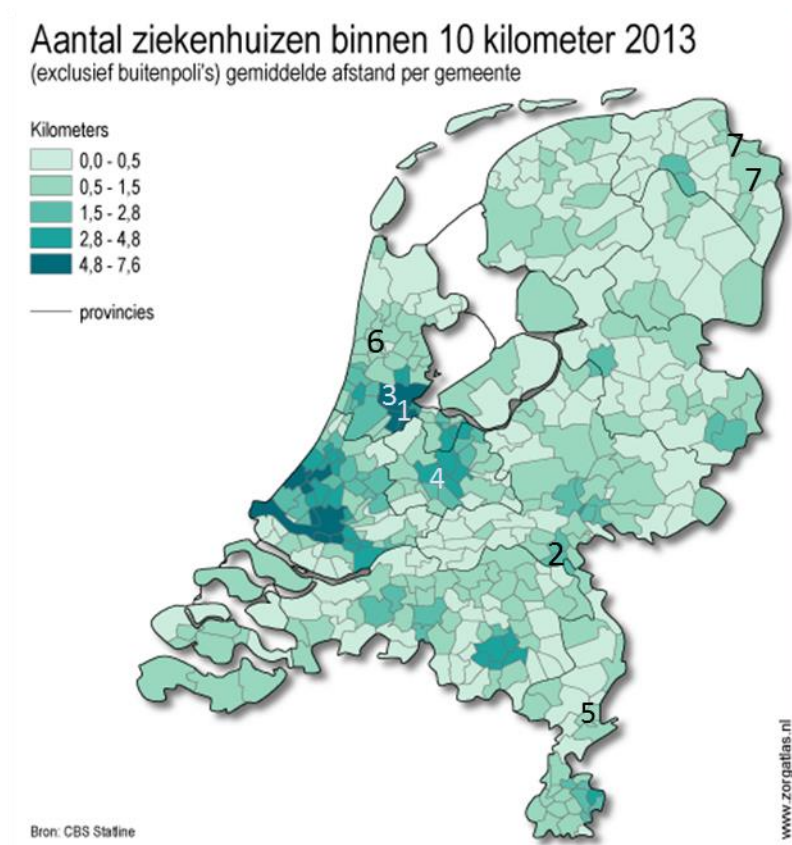
Ziekenhuizen die in een regio liggen waar veel omliggende gemeenten op de kaart uit Figuur 22 een waarde van 0,0-0,5 ziekenhuizen op 10 km afstand laten zien, worden beschouwd als 'zwak'. Dit geldt voor CASE5 en CASE7.

Regio's waar de meeste omliggende gemeenten een dekking van 0,5-2,8 ziekenhuizen tonen en waar nagenoeg geen gebieden zijn waar het aantal ziekenhuizen met een dekking lager dan 0,5 kunnen worden beschouwd als matig. Dit geldt voor de CASE2, CASE4 en CASE6.

Voor alle ziekenhuizen die in een regio met een dekking hoger dan 2,8 ziekenhuizen in een straal van 10 kilometer in de regio, wordt de concentratie graad als hoog gezien. Dit geldt voor CASE3.

Bij CASE1 is sprake van een interventie voor een afgebakend onderdeel van het zorgaanbod waar het ziekenhuis een monopoliepositie op heeft. Hoewel het ziekenhuis dus in een regio ligt met een groot aantal alternatieve zorgaanbieders, is in de analyse uitgegaan van een zwakke concentratiegraad.

Figuur 22 –Aantal ziekenhuizen in een 10 km radius (bron: [RIVM Zorgatlas, 2013](#)/ [CBS Statline, 2014](#)) – genummerd met cases



Invulling analyse tabel

	Y	X ₁	X ₂	X ₃	X ₄	Z _n
Unilateraal						
CASE1	Positief	Zwak				
CASE2	Positief	Matig				
CASE3	Negatief	Hoog				
Bilateraal						
CASE4	Positief	Matig				
CASE5	Positief	Zwak				
CASE6	Negatief	Matig				
CASE7	?	Zwak				

X₂ – Uniciteit zorgaanbod

Hoe unieker het aanbod van een ziekenhuis, hoe sterker de onderhandelingspositie richting zorgverzekeraars. Voor variabele X₂ wordt de mate van zorgcomplexiteit gebruikt om de uniciteit van zorgaanbod vast te stellen. In hoofdstuk vier zijn de verschillende niveaus van zorgcomplexiteit benoemd (topreferent, topklinisch en algemeen).

Tabel 11 - Taxatie variabele 'uniciteit van zorg' (X₂)

Case	Ziekenhuis	Categorie	Complexiteit
1	VUmc	Topreferent	Zeer complex (++)
2	Radboud UMC	Topreferent	Zeer complex (++)
3	Slotervaart Ziekenhuis	Streekziekenhuis	Algemeen (≈)
4	Diakonessenhuis	Streekziekenhuis	Algemeen (≈)
5	Laurentius Ziekenhuis	Streekziekenhuis	Algemeen (≈)
6	Medisch Centrum Alkmaar	Topklinisch	Complex (+)
7	Ommelander Ziekenhuis Groep	Streekziekenhuis	Algemeen (≈)

Invulling analyse tabel X₁-X₂

	Y	X ₁	X ₂	X ₃	X ₄	Z _n
Unilateraal						
CASE1	Positief	Zwak	++			
CASE2	Positief	Matig	++			
CASE3	Negatief	Hoog	≈			
Bilateraal						
CASE4	Positief	Matig	≈			
CASE5	Positief	Zwak	≈			
CASE6	Negatief	Matig	+			
CASE7	?	Zwak	≈			

X₃ – Financiële veerkracht van het ziekenhuis

Voor het meten van de financiële veerkracht van het ziekenhuis is gebruik gemaakt van de resultaten uit het Elsevier-onderzoek: 'De beste ziekenhuizen van 2013' (SiRM 2013a). De tabel met betrekking tot de financiële situatie van ziekenhuizen is opgenomen in bijlage B. Deze studie is uitgevoerd door onderzoeksbureau SiRM en op basis van de methodologische toelichting van de studie kan het onderzoek voor de doeleinden van deze scriptie als voldoende betrouwbaar worden gezien. Voor de methodologische toelichting zie SiRM (2013b). De nieuwbouwvraag van de Ommelander Ziekenhuis Groep is niet verdisconteerd in de beoordeling door het SiRM, op basis van deze additionele informatie, is CASE7 in de tabel bijgesteld van naar zwak.

Invulling analyse tabel X₁-X₃

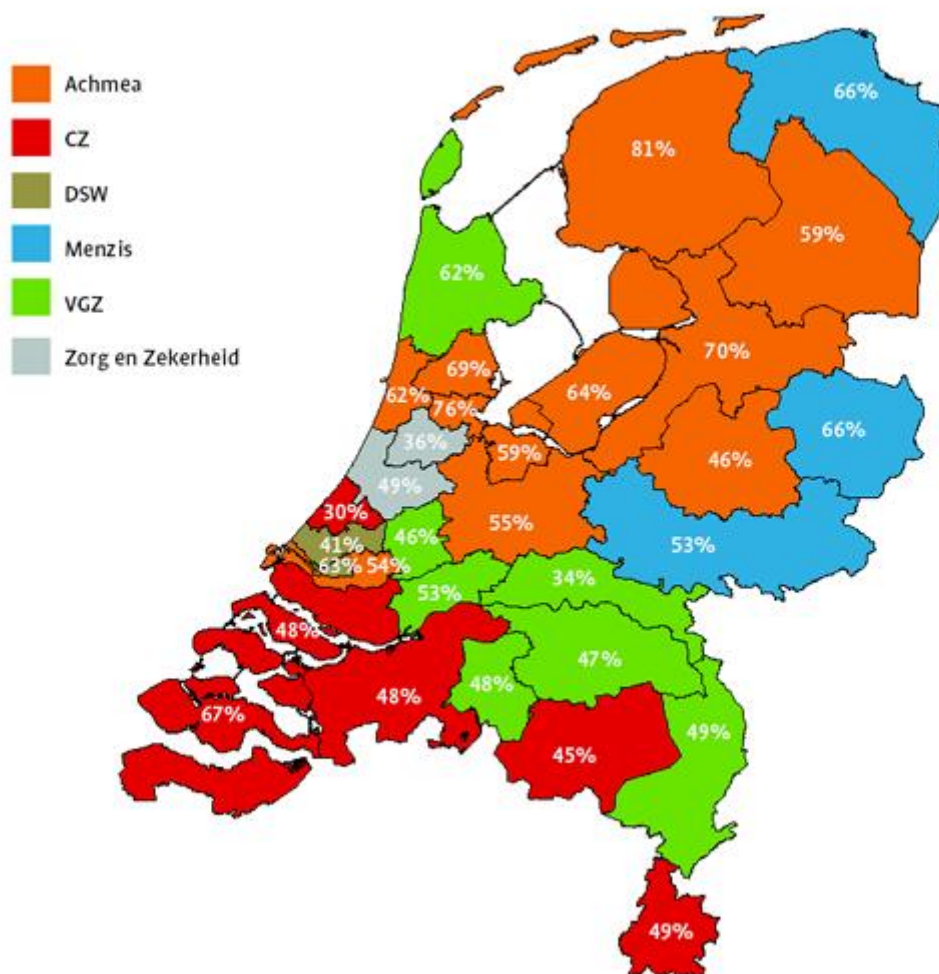
	Y	X ₁	X ₂	X ₃	X ₄	Z _n
Unilateraal						
CASE1	Positief	Zwak	++	Redelijk		
CASE2	Positief	Matig	++	Goed		
CASE3	Negatief	Hoog	≈	Zwak		
Bilateraal						
CASE4	Positief	Matig	≈	Goed		
CASE5	Positief	Zwak	≈	Goed		
CASE6	Negatief	Matig	+	Zwak		
CASE7	?	Zwak	≈	Zwak		

Bij het opstellen van het framework ten aanzien van de afhankelijkheidsrelatie, is verondersteld dat hoe groter het marktaandeel van een zorgverzekeraar, hoe groter het aandeel ook is in de omzet van een ziekenhuis. Daaruit kan worden gesteld dat hoe groter het aandeel van een zorgverzekeraar in de omzet van het ziekenhuis, hoe afhankelijker het ziekenhuis van de zorgverzekeraar is.

In Figuur 23 is door de Stichting Farmaceutische Kengetallen (2013) de marktleiders per regio inzichtelijk gemaakt. Hoewel dit overzicht gebaseerd is op het aantal geneesmiddelengebruikers per regio, is voor deze scriptie verondersteld dat het overzicht een voldoende representatief overzicht geeft van de verzekerdenmarkt in 2013.

**Figuur 23 - Verzekeraars met het grootste marktaandeel per regio in 2013 op basis van geneesmiddelengebruikers
(bron: Stichting Farmaceutische Kengetallen (2013))**

**Figuur 23 - Verzekeraars met het grootste marktaandeel per regio in 2013 op basis van geneesmiddelengebruikers
(bron: Stichting Farmaceutische Kengetallen (2013))**



In hoofdstuk vier is naar voren gekomen dat de zorgverzekeringsmarkt zich kenmerkt als een oligopolie waarbij vier zorgverzekeraars 90% van de Nederlandse markt in handen hebben. In nagenoeg elke regio hebben deze zorgverzekeraars een significant marktaandeel en kunnen ziekenhuizen de inkomsten van geen van de vier zorgverzekeraars missen. In de analyse tabel is daarom voor elk van de cases het marktaandeel als ‘significant’ aangeduid.

Invulling analyse tabel X₁-X₄

	Y	X ₁	X ₂	X ₃	X ₄	Z _n
Unilateraal						
CASE1	Positief	Zwak	++	Redelijk	Significant	
CASE2	Positief	Matig	++	Goed	Significant	
CASE3	Negatief	Hoog	≈	Zwak	Significant	
Bilateraal						
CASE4	Positief	Matig	≈	Goed	Significant	
CASE5	Positief	Zwak	≈	Goed	Significant	
CASE6	Negatief	Matig	+	Zwak	Significant	
CASE7	?	Zwak	≈	Zwak	Significant	

Z_n – Overige factoren die mogelijk hebben bijgedragen aan het resultaat van de interventie.

Zoals gesteld in hoofdstuk 3 is bij de onderzoeksopzet rekening gehouden met het feit dat ook andere factoren dan opgenomen in het framework een rol spelen in het falen of slagen van een interventie. Deze factoren komen aan de orde bij de analysefase (zie hoofdstuk 6).

6. CROSS-CASE ANALYSE

In dit hoofdstuk wordt gezocht naar overeenkomsten en verschillen tussen de besproken cases. Bij de vergelijking wordt gebruik gemaakt van verschillende clusterings, te weten:

- vergelijking van unilaterale interventies,
- vergelijking van bilaterale interventies,
- overall analyse.

Ten behoeve van de analyse is de analyse tabel zoals opgesteld in paragraaf 5.3 voorzien van kleurcodes ter visuele ondersteuning. De gehanteerde kleurcodering is opgemaakt vanuit het perspectief van het ziekenhuis. Daarbij wordt de volgende legenda gehanteerd:

	Sterke positie
	Redelijke positie
	Zwakke positie
	Neutrale positie
	Waarde onbekend (?)

De kleurenlegenda komt de toegankelijkheid van de analyse ten goede, maar vraagt wel enige aandacht bij het lezen. In het geval van bijvoorbeeld variabele X_1 (concentratiegraad in de regio van het ziekenhuis) wordt de waarde ‘zwak’ gezien als een sterke positie voor het ziekenhuis en is dus aangemerkt als groen. Immers hoe zwakker de concentratiegraad hoe minder concurrentie het ziekenhuis heeft dus hoe sterker de positie.

Tabel 12 - Codering van de analyse tabel

	Y	X_1	X_2	X_3	X_4	Z_n
Unilateraal						
CASE1 (VUmc)	Positief	Zwak	++	Redelijk	Significant	?
CASE2 (Radboud UMC)	Positief	Matig	++	Goed	Significant	?
CASE3 (Slotervaart)	Negatief	Hoog	≈	Zwak	Significant	?
Bilateraal						
CASE4 (Diakonessenhuis)	Positief	Matig	≈	Goed	Significant	?
CASE5 (Laurentius)	Positief	Zwak	≈	Goed	Significant	?
CASE6 (MCA)	Negatief	Matig	+	Zwak	Significant	?
CASE7 (OZG)	?	Zwak	≈	Zwak	Significant	?

Toelichting factoren:

Y = Resultaat van de interventie

X_1 = Concentratiegraad van ziekenhuizen in de regio

X_2 = Unicitéit zorgaanbod

X_3 = Financiële veerkracht van het ziekenhuis

X_4 = Marktaandeel van de zorgverzekeraar

Z_n = Overige factoren die mogelijk hebben bijgedragen aan het resultaat van de interventie

Gebruik van bijlage F

Om onnodige herhaling van de analyse tabellen te voorkomen is onder ‘bijlage F’ een overzicht van de gebruikte analyse tabellen opgenomen. Voor de leesbaarheid van dit hoofdstuk is het aan te raden deze bijlage **separaat en in kleur uit te printen**. Deze bijlage is te vinden op de laatste pagina van dit document.

Gebruik in terminologie: X- en Z-factoren

Naast de onderzochte factoren uit het framework (X_1 - X_4) is bij de analyse ook ruimte gelaten voor aanvullende factoren (in de analyse tabel aangeduid als Z_n). Ten behoeve van het onderscheid tussen deze factoren zal in de analyse worden gesproken over X- en Z-factoren.

6.1. Analyse unilaterale interventies

In deze sectie worden CASE1-3 besproken. De analyse loopt per case de factoren uit het framework af en onderzoekt vervolgens of er nog additionele factoren (Z-factoren) kunnen worden geïdentificeerd.

6.1.1. Analyse aan de hand van factoren uit het framework

VUmc (CASE1)

De interventie van het VUmc was succesvol vanwege hun monopoliepositie op het gebied van transgenderzorg. Verzekeraars hadden geen alternatieve aanbieders die hen konden helpen bij het invullen van hun zorgplicht. Het gebrek aan alternatieve zorgpartners (X_1) speelde dus een kritische rol. Indien de zorgverzekeraars de optie hadden gehad om deze zorg (tijdelijk) bij andere UMC's onder te brengen, zoals bij het aanbod van epilepsiechirurgie het geval is, dan was de kans op succes van de interventie van het VUmc veel kleiner geweest.

Variabelen X_2 en X_3 zijn echter randvoorwaardelijk geweest voor het succes. Kijken we naar de uniciteit van zorg, dan is er sprake van een set van kennis en competenties die moeilijk te kopiëren is door andere ziekenhuizen. Het zou dan ook jaren duren voor een andere zorgaanbieder (of groep van aanbieders) vergelijkbare zorg op een vergelijkbaar niveau kan aanbieden.

Zou de combinatie van X_1 en X_2 aanwezig zijn, maar zou het VUmc een financieel zwakke positie hebben gehad, dan was de kans op succes van de interventie minder groot geweest. Immers, na verloop van tijd zou het ziekenhuis onder dreiging van bijvoorbeeld een tijdelijke opschorting van geldstromen zich gewonnen moeten geven. Het ontbrak het ziekenhuis dan aan incasservermogen en daarmee aan een geloofwaardige onderhandelingspositie op de langere termijn.

Radboud UMC (CASE2)

De interventie van het Radboud UMC was succesvol omdat Achmea het zich niet kon permitteren om bij een Academisch ziekenhuis langdurig geen toegang tot zorg te hebben voor haar verzekerden. In deze casus kan de uniciteit van het zorgaanbod (X_2) dus worden gezien als kritische variabele. Het is niet waarschijnlijk dat een streekziekenhuis in dezelfde situatie hetzelfde resultaat zou hebben geboekt.

Slotervaart Ziekenhuis (CASE3)

De interventie van het Slotervaart Ziekenhuis was niet succesvol omdat zij aan geen enkele succesvoorwaarde voldeed. Andere aanbieders waren goed in staat om de productiecapaciteit van het Slotervaart Ziekenhuis over te nemen en het was vooraf duidelijk dat het Slotervaart Ziekenhuis een patiëntenstop van Achmea niet lang vol kon houden gezien haar financieel zwakke positie.

6.1.2. Het effect van overige variabelen

Naast de factoren uit het framework zijn er op basis van de overeenkomsten en verschillen tussen de cases nog een aantal andere aspecten te benoemen die significant hebben bijgedragen aan het resultaat van de interventie.

Dynamiek van de interventie: statisch versus adaptief

In alle drie de cases wordt de interventie gestart met een onthoudingsstrategie: de verzekeraar wordt toegang tot het zorgaanbod ontzegd. Een opvallend verschil is echter hoe de interventies zich vervolgens ontwikkelen.

Bij zowel het VUmc als het Radboud was de ingezette interventie adaptief, dat wil zeggen: de interventie ontwikkelde zich. Er werd weliswaar gestart met een onthoudingsinterventie, maar vervolgens werd met de zorgverzekeraar gezocht naar mogelijkheden tot een gezamenlijke oplossing. In beide gevallen werd de unilaterale interventie omgezet naar een bilaterale interventie. Dat blijkt ook uit het resultaat in CASE1 en CASE2 waarbij partijen elkaar tegemoetkomen en tot een meerjarenafspraak wisten te komen.

De interventie van het Slotervaart Ziekenhuis ontwikkelde zich daarentegen niet. Door het ziekenhuis werd vastgehouden aan de ingenomen standpunten. Daarbij werd zelfs aangestuurd op een rechtszaak om het geclaimde gelijk te halen en een nieuw voorstel van de zorgverzekeraar af te dwingen.

Reactie van de patiënt/verzekerde op onzekerheid: de rol van timing

Een andere gemene deler bij de cases is dat er een bepaalde mate van onzekerheid ontstaat voor de patiënt/verzekerde. Dat leidt tot keuzegedrag bij de patiënten. In Nijmegen verliest Achmea door de ontstane onzekerheid bij het conflict met het Radboud UMC veel verzekerden, in het geval van het Slotervaart trekt juist het ziekenhuis aan het kortste eind en mijden patiënten het Slotervaart Ziekenhuis voor zorg. Naast het verschil in beschikbare alternatieven in de regio (bij het Slotervaart ruimer dan bij het Radboud UMC) speelt ook de timing van de interventie een rol.

Het Radboud UMC kiest de confrontatie met de zorgverzekeraar precies in de periode dat verzekerden moeten kiezen bij welke zorgverzekeraar ze hun zorgverzekering willen afsluiten. Voor verzekerden in de regio Nijmegen speelt de onzekerheid over toegang tot academische zorg van het Radboud zeer waarschijnlijk een rol.

In het geval van het Slotervaart Ziekenhuis vindt de interventie plaats op een moment dat verzekerden dat keuzemoment al voorbij zijn. Hoewel verzekerden op basis van veranderde voorwaarden in de polis alsnog kunnen overstappen, lijken verzekerden eerder te kiezen voor een alternatief ziekenhuis vanwege de onzekerheid of behandelingen bij het Slotervaart nu wel of niet vergoed zullen worden.

In de casus van het VUmc heeft de timing een minder belangrijke rol gespeeld. Allereerst ging het om een beperkte groep patiënten. Bovendien was de opnamestop van toepassing voor alle patiënten, ongeacht hun verzekeraar.

Rol van de patiëntenvereniging

In het geval van het VUmc speelde de patiëntenvereniging een belangrijke rol bij het resultaat van de interventie. Of er voorafgaand aan de opnamestop intensief contact is geweest met de patiëntenvereniging is onbekend. Bij de afkondiging van de opnamestop vindt ook de patiëntenvereniging dat het ziekenhuis niet anders kon, zoals ook blijkt uit het eerder gebruikte citaat:

“Zorgverzekeraars kwamen dit jaar met maar 3 miljoen euro over de boeg. Zo dwingen ze het VUmc tot deze patiëntenstop.” ([website TNN](#), d.d. 18 december 2013)

Het VUmc weet goed gebruik te maken van deze derde partij die bovendien de beschikking heeft over een sterk netwerk in de media. De vereniging zoekt tijdens het conflict zeer actief de media en politiek op met een agenda die sterk overeenkomt met die van het VUmc. Het VUmc helpt de patiëntenvereniging daarbij zodanig dat de politieke druk in het conflict voornamelijk bij de zorgverzekeraars ligt.

6.1.3. Deelconclusie

Op basis van de gepresenteerde resultaten in Tabel 12 kan worden gesteld dat er geen sprake is van een enkelvoudige variabele die bepalend is voor het resultaat van een interventie. Wel kan worden beargumenteerd dat iedere casus een eigen dominante variabele heeft, waarbij de andere factoren een onmisbare rol hebben gespeeld. Indien de factoren uit het framework bepalend zijn voor het resultaat van een interventie, dan is dat dus altijd in combinatie. Verder kan op basis van deze deelanalyse worden gesteld dat er naast de onderzochte factoren uit het framework nog vier andere factoren een rol spelen:

1. De ontwikkeling van de interventie (adaptief of statisch),
2. De mate waarin men op zoek is naar een gezamenlijk belang,
3. De timing van de interventie,
4. De rol van patiëntenverenigingen.

6.2. Analyse bilaterale interventies

In deze sectie worden de overeenkomsten en verschillen tussen CASE4-CASE6 besproken. Zoals gesteld in paragraaf 5.3 is CASE7 aangemerkt als buitengewone studie. Deze casus zal worden behandeld bij het zoeken naar overeenkomsten en verschillen in de overall analyse.

6.2.1. Analyse aan de hand van factoren uit het framework

Overeenkomsten en verschillen in de X-factoren

Bij elk van de bilaterale cases is sprake van een matige of zwakke dekkingsgraad voor ziekenhuiszorg in de regio (X_1). De cases met een positief resultaat beschikken over een algemeen ziekenhuisaanbod, het MCA (CASE6) beschikt op onderdelen juist over een hoog complex zorgaanbod (X_2). Het ziekenhuis met een negatief resultaat heeft als enige een financieel zwakke positie (X_3).

Het feit dat het MCA geen succes weet te behalen ten aanzien van de financiering van haar noodzakelijke nieuwbouw, geeft aan dat de aanwezigheid van complexe zorg in het aanbod geen garantie is voor een succesvolle bilaterale relatie met een zorgverzekeraar. Het lijkt er in dit geval op dat het financiële risico dat financierders lopen bij het investeren in de MCA-Gemini Groep prevaleert boven de uniciteit van het zorgaanbod van het MCA.

De vraag is of, indien het MCA een betere financiële positie had gehad, het ziekenhuis wél in staat was geweest om de nodige financiële ondersteuning van de zorgverzekeraars te krijgen. Indien dit het geval is, zal dit in de volgende sectie bij de analyse van additionele factoren naar voren komen.

6.2.2. Het effect van overige factoren

Kijken we naar de overeenkomsten van de bilaterale cases, dan valt op dat alle ziekenhuizen die een bilaterale interventie hebben opgebouwd met een zorgverzekeraar ook intensief met nieuwbouwplannen bezig waren op het moment van de casebeschrijving. Hierin is dus een gezamenlijk thema te vinden, wat de cases onderling goed vergelijkbaar maakt.

Het Diakonessenhuis (CASE4)

Het Diakonessenhuis en het Laurentius maken de zorgverzekeraar deelgenoot van visievorming en beslissingen. Bij het Diakonessenhuis betekent dit dat het ziekenhuis de nieuwe spoedzorg zodanig inricht dat patiënten die onterecht naar de spoedeisende hulp komen, kunnen worden geholpen in de (goedkopere) huisartsenpost die daar is ingehuisd. Het ziekenhuis werkt dus actief mee met de zorgverzekeraar om zelf iets te krimpen in zorgvolume en een deel van de spoedzorg naar huisartsen te verleggen in ruil voor langetermijn productieafspraken.

Laurentius Ziekenhuis (CASE5)

Het Laurentius heeft bij de nieuwbouwplannen eveneens gekeken naar de belangen van zorgverzekeraars. Bovendien is rekening gehouden met de ontwikkeling van de zorgvraag in de regio en wordt een gebouw neergezet dat is ingestoken op efficiency en stagnatie/lichte krimp van de zorgvraag. Bij het Laurentius ziekenhuis gaat het opbouwen van de samenwerking met CZ verder dan alleen de nieuwbouwplannen. Het Laurentius geeft de zorgverzekeraar veel transparantie en ruimte voor input op kwaliteitsbeleid en visievorming in ruil voor meerjarige afspraken over zorgtarieven en minimale omzet.

Medisch Centrum Alkmaar (CASE6)

Het gebruiken van het belang van de zorgverzekeraar als vertrekpunt voor de eigen plannen, kan voor het Diakonessenhuis en het Laurentius ziekenhuis worden gezien als een belangrijke succesfactor. Uit de casebeschrijving van het Medisch Centrum Alkmaar is niet naar voren gekomen of het MCA ook heeft geprobeerd deze strategie toe te passen bij het zoeken van financiering voor de nieuwbouwplannen. Op basis van het onderzoek valt echter niet uit te sluiten dat het MCA inderdaad het belang van de verzekeraar als vertrekpunt heeft genomen in de oplossingsrichting. Vanuit dit onderzoek dan ook niet worden gesteld of dit een rol heeft gespeeld in het negatieve resultaat van CASE6.

Vanuit het onderzoek zijn wel andere factoren te identificeren die (naast de financiële situatie) een mogelijke rol hebben gespeeld bij het gebrek aan succes van het MCA. Allereerst heeft het ziekenhuis de interne organisatie na de fusie met het Gemini ziekenhuis nog niet op orde. Zoiets kost tijd en potentiële financierders zijn zich daarvan bewust.

Naast de interne organisatie die nog niet op orde lijkt en het financieringsrisico door de financiële problemen bij het Gemini ziekenhuis, is er ook enige mate van onzekerheid ten aanzien van zorgproductie en omzet. In 2008 heeft het Westfriesgasthuis uit Hoorn een buitenpoli in Heerhugowaard geopend. Deze concurrentie gaat ten koste van het marktaandeel van het MCA.

Ook inhoudelijk roept het plan mogelijk nog vraagtekens op. Volgens de nieuwbouwplannen komt het nieuwe ziekenhuis in Heerhugowaard te staan, waardoor een relatief kleine stad als Heerhugowaard zowel een buitenpoli als een ziekenhuis heeft. Dat lijkt te veel van het goede. Daarnaast blijft een deel van het ziekenhuis achter in het centrum van Alkmaar. Dat impliceert dat patiënten en/of artsen heen en weer zullen moeten reizen en dat neigt naar inefficiëntie. Hier past het de onderzoeker echter enige voorzichtigheid in het trekken van conclusies omdat hij niet afdoende op de hoogte is van de rationale achter het plan.

6.2.3. Deelconclusie

Net als bij de unilaterale casestudies, kan voor de bilaterale casestudies geen enkelvoudige variabele worden aangeduid die bepalend is voor het resultaat van een interventie. Ook hier dragen factoren dus hooguit gecombineerd bij aan het interventieresultaat.

Vanuit de onderlinge vergelijking van de cases kan op basis van de X-factoren alleen de financiële situatie (X_3) als mogelijke factor worden aangemerkt voor het uitblijven van succes bij CASE6 (Medisch Centrum Alkmaar).

Verder valt op dat het Medisch Centrum Alkmaar een topreferent ziekenhuis is en de overige ziekenhuizen algemene ziekenhuizen zijn. Variabele X_2 is dus niet per definitie een doorslaggevende factor voor succes. Daarmee is overigens de rol van X_2 als beïnvloedingsfactor niet uitgesloten, wel bevestigt dit het beeld dat factoren alleen gecombineerd bijdragen aan het interventieresultaat.

In zowel de casus van het Diakonessenhuis als het Laurentius kan worden gesteld dat zij:

1. hebben gezocht naar het belang van de zorgverzekeraar,
2. dit belang als vertrekpunt hebben genomen bij het vinden van een oplossingsrichting.

Bij het MCA is het noch uit te sluiten noch te bevestigen dat er vanuit het belang van de zorgverzekeraar is gewerkt aan een oplossingsrichting. Hierover is namelijk niets te vinden in de publiek beschikbare informatie.

6.3. Uitwerking Z-factoren

Naast de factoren uit het framework (X-factoren), zijn ook andere factoren naar voren gekomen die mogelijk een rol hebben gespeeld bij het resultaat van interventies (in dit onderzoek aangeduid als Z-factoren).

In deze subparagraaf zijn de Z-factoren verder uitgewerkt. De subparagraaf sluit af met een tabel waarin alle Z-factoren zijn samengevat. Ten behoeve van de consistentie wordt daarbij met dezelfde kleurenlegenda gewerkt als bij de X-factoren. Deze tabel is ook opgenomen in bijlage F.

Rol van derden bij een interventie: het managen van context (Z_1)

Het empirisch onderzoek heeft laten zien dat een afhankelijkheidsrelatie tussen twee organisaties zich altijd bevindt in de context van de omgeving. Dat betekent dat externe partijen invloed kunnen uitoefenen op de uitkomst van een interventie op de afhankelijkheidsrelatie.

In CASE1 (VUmc) speelde de patiëntenvereniging een rol, bij CASE4 (Diakonessenhuis) vormde de afstemming met de huisartsen in de regio een belangrijke factor. In CASE5 wist het Laurentius haar propositie richting zorgverzekeraars te versterken middels het opbouwen van een goede en intensieve samenwerking met het UMC in Maastricht.

In CASE6 uitten de gemeenteraden van Den Helder en Alkmaar hun zorgen over de financiële situatie van de MCA-Gemini Groep, waarmee de onzekerheid rondom de financiële situatie lijkt te zijn uitvergroot en daarmee de positie van het MCA naar zorgverzekeraars eerder heeft verzwakt dan versterkt.

Ook in de tot nog toe onbesproken CASE7 speelde de Provincie Groningen een rol in de ontwikkeling en het resultaat van de interventie.

Dat het inzetten van derde partijen als onderdeel van een interventie succesvol kan zijn, laat de casus van het VUmc duidelijk zien. De casus van het MCA daarentegen illustreert hoe een ongemanagede omgeving een interventie kan bemoeilijken of zelfs verstoren. Hoewel de externe omgeving nooit volledig controleerbaar of voorspelbaar is, kan wel worden gesteld dat het bewust rekening houden met de invloed van derde partijen op een eventuele interventie een belangrijke succesfactor is.

Proces (Z₂, Z₃)

Ten aanzien van het proces spelen de ontwikkeling en timing van de interventie een belangrijke rol bij CASE2 en CASE3. Of ontwikkeling en timing ook een rol spelen bij het resultaat van bilaterale interventies is weliswaar waarschijnlijk, maar hiervoor ontbreekt voldoende data om dit te kunnen onderbouwen. Daar komt bij dat de opbouw van een bilaterale interventie logischerwijs langer duurt dan de opbouw van een unilaterale interventie.

Inhoud (Z₄)

Bij zowel de unilaterale als bilaterale cases lijkt het nemen van het belang van de ander als vertrekpunt voor een gewenst resultaat doorslaggevend. De cases met een positief resultaat laten allen zien dat de ziekenhuizen dit in meer of mindere mate hebben gedaan. Van de cases met een negatief resultaat (CASE3 en CASE6) is dit respectievelijk niet gedaan of onbekend.

Samenvatting en invullen analyse tabel voor Z-factoren

In deze paragraaf zijn aanvullende factoren geïdentificeerd. Daar waar de X-factoren vooral betrekking hebben op hoe ziekenhuis en zorgverzekeraar zich tot elkaar verhouden, hebben de gevonden Z-factoren vooral betrekking op:

- beïnvloedingsfactoren uit de context van de relatie,
- het ontwerp van de interventie (proces en inhoud).

Het invullen van de waarden in de analyse tabel (Tabel 13) is gebaseerd op de informatie die in de casebeschrijvingen naar voren is gekomen.

Tabel 13 - Invullen analyse tabel voor Z-factoren

	Y	Z ₁	Z ₂	Z ₃	Z ₄
Unilateraal					
CASE1 (VUmc)	Positief	++	Adaptief	≈	Ja
CASE2 (Radboud UMC)	Positief	≈	Adaptief	+	Ja
CASE3 (Slotervaart)	Negatief	≈	Statisch	–	Nee
Bilateraal					
CASE4 (Diakonessenhuis)	Positief	+	?	≈	Ja
CASE5 (Laurentius)	Positief	+	?	≈	Ja
CASE6 (MCA)	Negatief	–	?	≈	?
CASE7 (OZG)	?	+	?	≈	Ja

Toelichting factoren:

Y = Resultaat van de interventie

Z₁ = Inclusie derde partij?

Z₂ = Ontwikkeling van de interventie

Z₃ = Effect timing interventie

Z₄ = Op zoek naar een gezamenlijk belang met de zorgverzekeraar?

Legenda ‘bijdrage aan positie vanuit het oogpunt van het ziekenhuis’:

	Sterke positie (++)
	Redelijke positie (+)
	Zwakke positie (–)
	Neutrale positie (≈)
	Waarde onbekend (?)

6.4. Overall analyse

In de voorgaande paragrafen is per interventietype (unilateraal en bilateraal) gekeken naar de diverse factoren die mogelijk hebben bijgedragen aan het resultaat van de interventies in de casebeschrijvingen. Ook op overstijgend niveau zijn overeenkomsten en verschillen te herkennen. Deze paragraaf gaat daar dieper op in. Ook wordt aandacht besteed aan CASE7 waarvan we het resultaat tot nu toe niet hebben gekwalificeerd. De overall analyse start met de verdere uitwerking van de Z-factoren die naar voren zijn gekomen.

6.4.1. Overeenkomsten tussen cases met een negatief en een positief resultaat

Bij alle cases is het marktaandeel van de betrokken zorgverzekeraars aangemerkt als 'significant'. Alle cases behalen daarmee dezelfde score ('zwak') op variabele X_4 . Deze variabele kan daarom worden uitgesloten als factor van invloed op het resultaat van de onderzochte interventie.

6.4.2. Verschillen tussen cases met een negatief resultaat en een positief resultaat

CASE3 en CASE6 scoren allebei zwak op de variabele 'financiële veerkracht' (X_3). Ook is in beide cases niet terug te zien dat ze het belang van de zorgverzekeraar als vertrekpunt hebben genomen bij het formuleren van een oplossing voor hun wens of probleem (Z_4).

Deze twee kenmerken vormen eveneens een gemene deler voor de succesvolle cases (CASE1, CASE2, CASE4 en CASE5) en laten een tegengesteld resultaat zien ten opzichte van CASE3 en CASE6. Daarbij moet gesteld worden dat het VUmc (CASE1) als uitzondering niet sterk, maar matig scoort op de variabele X_3 . Dat lijkt het VUmc te kunnen compenseren met de andere factoren waar zij wel sterk op scoort.

6.4.3. Onderlinge vergelijking cases met een negatief resultaat

Bij de cases met een negatief resultaat valt verder op dat geen van de X- of Z- factoren is aangemerkt met een groene arcering, wat wil zeggen dat geen van de factoren is aangemerkt als versterkend voor de positie van het ziekenhuis. Bij een negatief resultaat is er dus geen enkele variabele echt aan te merken als 'gunstig'.

6.4.4. Onderlinge vergelijking cases met een positief resultaat

Succesvolle interventies scoren op minimaal één en over het algemeen op 2 factoren groen en scoren geen 'zwakke' waarden op de X-factoren (m.u.v. X_4).

6.4.5. Analyse van CASE7

CASE7 is opgenomen in de casestudies vanwege het afwijkende resultaat dat niet direct als positief of negatief aan te merken valt. De beperkte toegang tot financiële middelen is met de interventie weliswaar weggenomen, daar staat echter tegenover dat de organisatie haar zelfstandigheid is kwijtgeraakt. Vanuit een bedrijfskundig oogpunt bezien laat de kwalificatie van deze interventie als 'succesvol' of 'niet-succesvol' daarmee ruimte voor discussie.

Kijken we uitsluitend naar deze casus vanuit een Resource Dependence perspectief, dan kan de casus worden gezien als een succesvolle vorm van 'constraint absorption' (zie sectie 2.1.2). Immers de organisatie heeft de toegang tot financiële middelen veilig weten te stellen en heeft zichzelf door de overname bovendien betere toegang verschaft tot de kennis en kunde van een academisch ziekenhuis. Het betreft dus op zijn minst een interessante casus waar ziekenhuizen in een soortgelijke positie als CASE7 lering uit kunnen trekken.

Kijken we naar de karakteristieken van CASE7, dan kan worden gesteld dat de Ommelander Ziekenhuis Groep (OZG) voldeed aan een aantal belangrijke criteria om te falen in een bilaterale interventie. Wat onderscheidt de interventie, afgezien van het verlies van zelfstandigheid dan van CASE3 en CASE6? Dit onderscheid kan worden gevonden in drie criteria:

1. de Ommelander Ziekenhuis Groep heeft net als cases met een succesvolle interventie het belang van de zorgverzekeraar tot hoeksteen gemaakt van de oplossingsrichting (Z_4),
2. de verlaging van het risicoprofiel door achtergestelde lening die door de Provincie Groningen is verstrekt (variabele Z_1)
3. de zwakke ziekenhuisconcentratie in de regio (X_1)

In het verlengde van het laatstgenoemde punt, ligt bovendien een belang voor de zorgverzekeraars dat verder gaat dan alleen het veiligstellen van de zorgplicht. Met het in stand houden van het OZG wordt ook het competitieve klimaat in de regio in stand gehouden. Zonder het OZG zou de afhankelijkheid van de zorgverzekeraars naar het Martini Ziekenhuis namelijk ongewenst groot zijn geworden.

6.5. Samenvatting

Op basis van de analyse kan worden gesteld dat de factoren uit het framework (X-factoren) met uitzondering van X_4 zeer waarschijnlijk een rol spelen in het resultaat van een interventie. Naast deze factoren zijn ook aanvullende factoren geïdentificeerd (Z-factoren) die een rol in het interventieresultaat hebben gespeeld (zie appendix F).

Geen van de factoren kan individueel worden aangewezen als doorslaggevende factor bij het interventieresultaat. De studie laat zien dat het altijd om een combinatie van meerdere factoren gaat die leiden tot het resultaat van een interventie. Er lijkt daarmee sprake van complementariteit¹⁴, dat wil zeggen: elkaar versterkende factoren. Verder spelen in de ene casus bepaalde factoren sterker mee dan in andere cases. In die zin is er sprake van een zekere situationele afhankelijkheid in het relatieve belang van factoren voor een succesvolle interventie.

Tot slot zijn er duidelijke tegenstellingen gevonden tussen de succesvolle en niet-succesvolle interventies. Op basis daarvan kan worden gesteld dat twee factoren gezien kunnen worden als randvoorwaardelijk voor succes, te weten:

1. de financiële veerkracht van het ziekenhuis,
2. het zoeken naar een gezamenlijk belang met de zorgverzekeraar.

¹⁴ In de managementliteratuur is veel geschreven over complementariteit, zie onder andere: F.A.J. Van den Bosch (2012), Ennen, & Richter (2010) en Rivkin, J. (2000), Milgrom, & Roberts, J. (1995).

7. SAMENVATTING, CONCLUSIE EN REFLECTIE

Sinds de invoering van de zorgverzekeringswet in 2006 zijn ziekenhuizen meer afhankelijk geworden van zorgverzekeraars voor wat betreft de financiering van hun bedrijfsactiviteiten. Op basis van deze verandering in de relatie tussen ziekenhuizen en zorgverzekeraars, is in deze studie gezocht naar een antwoord op de vraag *‘Hoe managen ziekenhuizen in Nederland hun afhankelijkheidsrelaties met zorgverzekeraars?’*. Bij deze onderzoeksvraag zijn drie onderliggende deelvragen geformuleerd, te weten:

- I. Welke interventies worden in de literatuur beschreven om afhankelijkheidsrelaties te managen?
- II. Zijn er, kijkend naar interventies van ziekenhuizen op de afhankelijkheidsrelatie met zorgverzekeraars, factoren te onderscheiden die het interventieresultaat beïnvloeden?
- III. Tot in hoeverre benutten ziekenhuizen de interventies die ze tot hun beschikking hebben om hun afhankelijkheidsrelatie met zorgverzekeraars te managen?

Om te komen tot een antwoord op de onderzoeksvraag is een literatuuronderzoek uitgevoerd naar de verschillende mogelijkheden die organisaties hebben om de afhankelijkheidsrelatie met een andere organisatie te beïnvloeden waarmee een antwoord op deelvraag I is gegeven. Een samenvatting hiervan is weergegeven in Tabel 14, daarbij is een onderscheid gemaakt tussen interventies die een organisatie eenzijdig kan uitvoeren (unilaterale interventies) en interventies waarbij de partij waar de organisatie afhankelijk van is, betrokken wordt (bilaterale interventies). Voor ziekenhuizen is daarbij de kanttekening te plaatsen dat voorwaartse verticale integratie (in andere woorden: het overnemen van of fuseren met een zorgverzekeraar) niet tot de opties behoort.

Tabel 14 – interventierepertoire voor het managen van afhankelijkheidsrelaties o.b.v. Cascario & Piskorski (2005)

Unilaterale mogelijkheden	Bilaterale mogelijkheden
Onthouding of levering onder voorwaarden	Board interlock
Coalitievorming met derde partijen tegen de dominante organisatie	Fusie/overname
Ontwikkelen of helpen ontwikkelen van alternatieve partners/bronnen voor de betreffende resource	Samenwerking
Verminderen van het belang van de middelen die de dominante partij beheert	Uitwisselen van andere waardevolle resources zoals: informatie, steun, toegang tot belangrijke relaties in het netwerk die voor de ander moeilijk toegankelijk zijn.
Indirecte beïnvloedingsstrategieën	

Vanuit het literatuuronderzoek is een antwoord gevonden op deelvraag I. De bevindingen in het literatuuronderzoek hebben echter niet geleid tot een antwoord op deelvraag II en III. Het empirisch onderzoek richt zich daarom op het verkrijgen van inzicht in overeenkomsten en verschillen tussen de diverse interventies van ziekenhuizen en de bijbehorende resultaten. De uitkomsten stellen de onderzoeker in staat een antwoord te vormen op deelvraag II en een discussie te voeren over deelvraag III.

Bij de onderzoeksopzet is, gezien het theorievormende karakter, gekozen voor kwalitatief onderzoek middels een multi-casestudie, gevolgd door een cross-case analyse. Voor de selectie van casestudies is gebruik gemaakt van ‘theoretical sampling’ (Eisenhardt, 1989) om te zorgen dat de geselecteerde cases goed aansluiten bij de theorievorming en voldoende rijk zijn aan data (zie ook

hoofdstuk 3). Per type interventie (unilateraal / bilateraal) zijn drie cases geselecteerd: twee succesvolle en één niet-succesvolle. Vanwege het bijzondere karakter is ervoor gekozen om aanvullend de casus van de Ommelander Ziekenhuis Groep op te nemen. In totaal zijn er dus zeven cases geselecteerd, zie ook Tabel 15.

Tabel 15 - Caseselectie

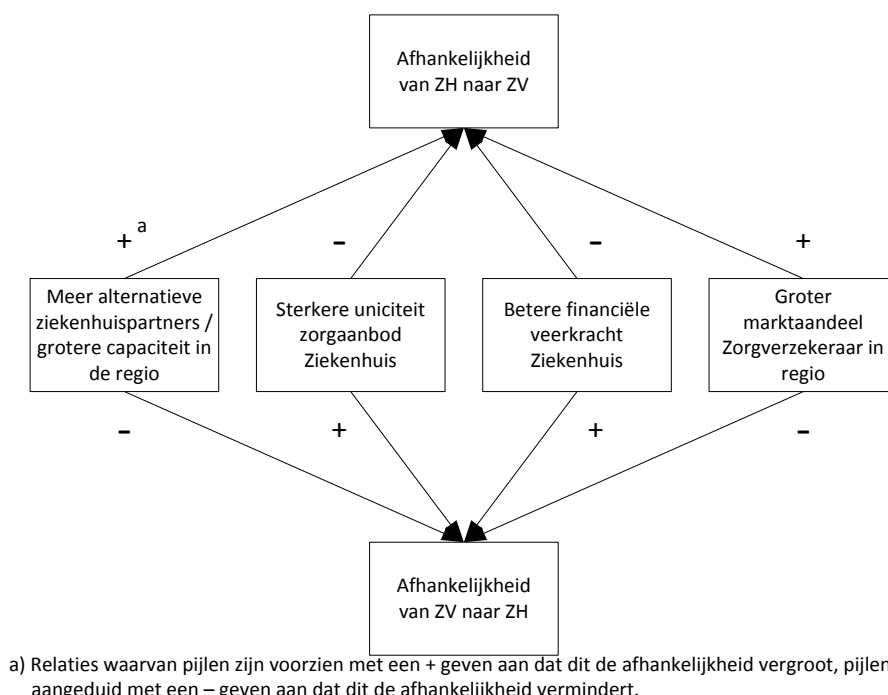
	Unilateraal	Bilateraal
Succesvolle interventie	1. VUmc 2. Radboud UMC	4. Diaconessenhuis 5. Laurentius Ziekenhuis
Niet-succesvolle interventie	3. Slotervaart Ziekenhuis	6. Medisch Centrum Alkmaar
Ongekwatificeerd resultaat		7. Ommelander Ziekenhuis Groep

7.1. Samenvatting van de empirische bevindingen

Uit de onderzochte cases blijkt dat ziekenhuizen in de praktijk reeds interventies inzetten om de afhankelijkheidsrelatie met zorgverzekeraars te managen. De mate van het interventiesucces van de gepresenteerde casestudies varieert echter.

Tijdens de cross-case analyse zijn de factoren uit het gepresenteerde framework in hoofdstuk twee getoetst (zie Figuur 24). Op basis van deze analyse lijken deze factoren een belangrijke rol te spelen in het resultaat van een interventie. Een uitzondering hierop is de variabele ‘marktaandeel van de zorgverzekeraar’. De rol van deze factor kon niet worden getoetst, omdat bij elk van de case studies uitsluitend sprake was van een beschrijving van een afhankelijkheidsrelatie met een grote zorgverzekeraar. Daarom kan niet worden vastgesteld noch uitgesloten of marktaandeel van de zorgverzekeraar een onderscheidende rol heeft in het resultaat van interventies. Aanvullend op de factoren uit het framework heeft het onderzoek nog andere mogelijke succesfactoren geïdentificeerd. In de conclusieparagraaf wordt hier verder op in gegaan.

Figuur 24 – Initieel framework: afhankelijkheidsrelaties tussen ziekenhuizen (ZH) en zorgverzekeraars (ZV)



7.2. Conclusie

Het onderzoek laat zien dat Nederlandse ziekenhuizen de beschikking hebben over interventies om hun afhankelijkheidsrelatie met zorgverzekeraars te managen. De ziekenhuizen in de gepresenteerde casestudies lijken actief interventies toe te passen. Het resultaat van de interventies varieert echter. Op basis van de cross-case analyse zijn diverse patronen te herkennen die wijzen op de aanwezigheid van succesbepalende factoren. Deze patronen zijn zowel te herkennen bij unilaterale als bilaterale interventies. Ten aanzien van de succesbepalende factoren kan worden gesteld dat:

1. Geen van de factoren in enkelvoudige vorm is aan te wijzen als succesbepalende factor voor het interventieresultaat. Het betreft dus altijd een combinatie van meerdere factoren.
2. Twee factoren gezien kunnen worden als noodzakelijke voorwaarde voor succes, te weten:
 - a. de financiële veerkracht van het ziekenhuis,
 - b. het zoeken naar een gezamenlijk belang met de zorgverzekeraar.
3. Het relatieve belang van factoren situationeel afhankelijk is.

Verder zijn er twee soorten succesbepalende factoren te onderscheiden, namelijk:

- succesbepalende factoren *voorafgaand* aan de interventie,
- succesbepalende factoren *tijdens* de interventie.

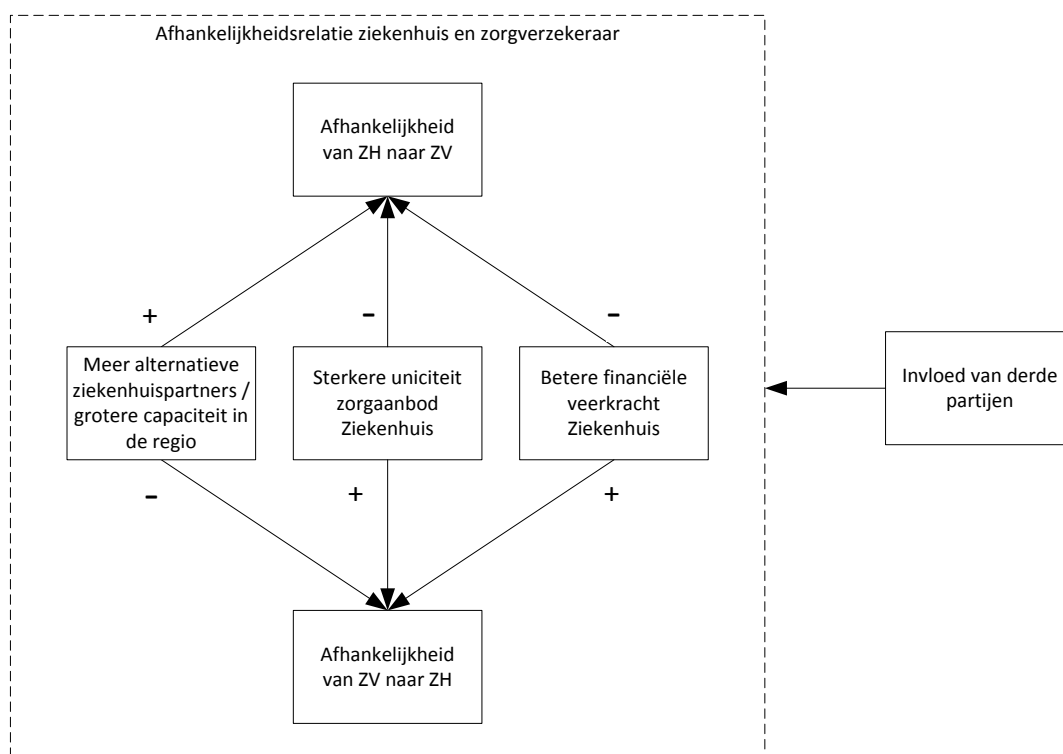
De succesbepalende factoren *voorafgaand* aan de interventie hebben vooral betrekking op de positionering van het ziekenhuis ten opzichte van de zorgverzekeraar. Dit zijn de factoren die in het framework zijn benoemd, aangevuld met de invloed van derde partijen. Dit leidt tot een aanpassing van het framework, zie Figuur 25.

Succesbepalende factoren *tijdens* de interventie hebben betrekking op de interventiekeuze (inhoud) en het managen van de interventie door de ziekenhuizen. Op basis van de analyse van de casebeschrijvingen kunnen volgende drie factoren worden aangemerkt als factoren die zeer waarschijnlijk bijdragen aan het interventiesucces:

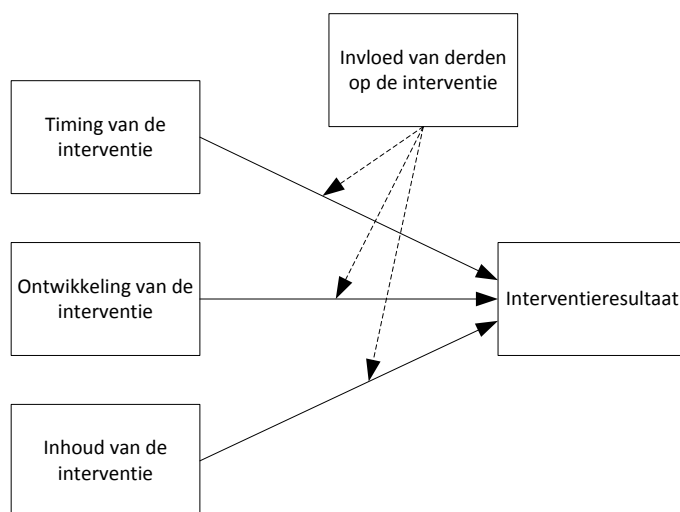
- timing van de interventie,
- ontwikkeling van de interventie,
- het zoeken naar een gezamenlijk belang met de zorgverzekeraar (inhoud van de interventie).

Ook tijdens de interventie kunnen derde partijen een rol spelen bij de totstandkoming van het interventieresultaat. Dit is als aanvullend model samengevat in Figuur 26.

Figuur 25 - Succesfactoren die bij de positionering (voorafgaand aan de interventie) een rol spelen



Figuur 26 - Succesfactoren die tijdens het proces van de interventie van ziekenhuizen een rol spelen



Contributies van het onderzoek

Het onderzoek heeft op een aantal belangrijke punten bijgedragen aan het beantwoorden van de onderzoeksvragen rondom de wijze waarop ziekenhuizen hun afhankelijkheidsrelatie met zorgverzekeraars managen.

De belangrijkste bijdrage van het onderzoek is de totstandkoming van een eerste concept voor twee nieuwe theoretische raamwerken, zoals gepresenteerd in Figuur 25 en Figuur 26. Indien deze raamwerken verder worden uitgewerkt en verfijnd, kan het bestuurders van ziekenhuizen helpen bij:

1. het bepalen van hun positie ten opzichte van zorgverzekeraars,
2. het begrijpen welke factoren een rol spelen bij het succes van interventies en deze voor hun eigen situatie te taxeren,
3. het kiezen van een interventie die past bij de situatie (vorm, proces en inhoud).

Naast een contributie op theoretisch vlak, dragen de casebeschrijvingen uit hoofdstuk vijf bij aan wetenschappelijk empirisch materiaal dat ook bruikbaar is voor andere studies.

Ook methodologisch gezien heeft de studie geprobeerd een bijdrage te leveren, door vanuit een weloverwogen methodologische verantwoording een analysemethode te presenteren, die bruikbaar is voor vervolgonderzoek. Daarbij moet meteen gezegd worden dat het hier gaat om een bescheiden poging. Aan de rigor van de analyse is zeker nog verbetering mogelijk.

Ten aanzien van de bedrijfskundige praktijk zijn de volgende managementimplicaties en -aanbevelingen voor ziekenhuizen te noemen:

1. Om de externe omgeving te kunnen begrijpen en beïnvloeden is het nodig dat ziekenhuizen hun interne organisatie daar goed voor uitrusten. Naast aandacht voor het beleggen van (operationele) taken op de juiste plek in de organisatie, is het ook van belang om daarbij aandacht te besteden aan de ondersteunende informatievoorziening en de ontwikkeling van goede managementprocessen en –structuren.
2. Breng je randvoorwaardelijke succesfactoren op orde:
 - I. Ziekenhuizen kunnen de kans op het realiseren van hun eigen doelstellingen vergroten door hun strategische doelstellingen zodanig te formuleren dat zorgverzekeraars een goede aansluiting zien op hun eigen doelstellingen ten aanzien van het leveren van zorg in de betreffende zorgregio.
 - II. Om hun financiële veerkracht te verbeteren kunnen ziekenhuizen:
 - a. op zoek gaan naar aanvullende financieringsbronnen,
 - b. onderzoeken of ze gebaat zijn bij een financiële herstructurering.
3. Ook zouden ziekenhuizen meer gebruik kunnen maken van derde partijen bij het opzetten en uitvoeren van strategische interventies richting zorgverzekeraars. Daarbij wordt in de eerste plaats een onderbenut potentieel van de rol patiëntenverenigingen gezien.

Dit onderzoek biedt verder voldoende stof om een discussie te initiëren over deelvraag III. Deze discussie is opgenomen onder de volgende paragraaf.

Naast de diverse contributies van dit onderzoek, zijn er ook de nodige limitaties aan het onderzoek verbonden. Bij deze beperkingen zal stil worden gestaan in de reflectie op het onderzoek (paragraaf 7.4).

7.3. Discussie naar aanleiding van deelvraag III

Tot in hoeverre benutten ziekenhuizen de interventies die ze tot hun beschikking hebben om hun afhankelijkheidsrelatie met zorgverzekeraars te managen?

Uit de conclusieparagraaf volgt dat ziekenhuizen de beschikking hebben over diverse tactische en strategische interventies om de afhankelijkheidsrelatie met zorgverzekeraars te managen. Ook geeft het onderzoek inzicht in diverse mogelijke succesbepalende factoren voor een ziekenhuis.

Daarmee is de vraag of ziekenhuizen optimaal gebruik maken van de strategische opties die voorhanden zijn (deelvraag III) nog niet beantwoord. Hoewel de vraagstelling impliciet al een ontkennend antwoord bevat (immers, in de praktijk is zelden sprake van een optimum, laat staan bij dit specifieke onderwerp voor de hele sector) nodigt de vraag wel uit tot een discussie hoe ziekenhuizen beter gebruik kunnen maken van het interventierepertoire dat zij tot hun beschikking hebben. Kijken we naar deze vraag vanuit de twee randvoorwaardelijke succesfactoren die in de conclusieparagraaf gesteld zijn, namelijk:

- a. de financiële veerkracht van het ziekenhuis,
- b. het zoeken naar een gezamenlijk belang met de zorgverzekeraar.

Dan zien we dat veel ziekenhuizen hun basisvoorwaarden onvoldoende op orde hebben om succesvol interventies te ontwikkelen en te managen. De BDO-benchmark Ziekenhuizen uit 2013 gaf een zorgwekkend beeld. In de meest recente benchmark (BDO 2015) zit volgens BDO 20% van de onderzochte ziekenhuizen financieel in de gevarenzone.

Ten aanzien van de financiële veerkracht van ziekenhuizen is nog het nodige te doen. Zoals uit hoofdstuk vier naar voren is gekomen, is de financiële druk bij ziekenhuizen toegenomen (zie ook pagina 47). Ziekenhuizen moeten dus actief werken aan het herstellen van hun financiële veerkracht. Daartoe zijn verschillende mogelijkheden waaronder het herstructureren van de financieringsstructuur. Er zijn inmiddels voorbeelden van ziekenhuizen die overgaan tot het alternatief financieren van kapitaalintensieve goederen of zelfs overgaan tot 'sale and lease back'-constructies voor hun vastgoed (zie ook [Financieel Dagblad](#), d.d. 20 mei 2015).

Ook zijn veel ziekenhuizen nog onvoldoende op zoek naar het gezamenlijke belang met de zorgverzekeraar. Daarnaast lijken diverse ziekenhuizen ondanks de versoering van de ziekenhuismarkt toch nog ambitieuze groeiplannen te hebben die niet aansluiten bij de huidige realiteit van de zorgmarkt. Het probleem van 'overambitie' lost zich al snel op zodra ziekenhuizen het belang van de zorgverzekeraar als vertrekpunt nemen bij het formuleren van een visie en ambitie. De strategische focus van ziekenhuizen die deze punten nog niet op orde hebben zal grotendeels moeten liggen op het op orde krijgen van deze randvoorwaarden.

Ziekenhuizen die wel hun financiële situatie op orde hebben kunnen mogelijk meer halen uit hun strategische opties. Zo kunnen deze ziekenhuizen investeren in het ontwikkelen van langetermijn relaties met zorgverzekeraars en met derde partijen die de afhankelijkheidsrelatie met de zorgverzekeraar kunnen beïnvloeden. Een voorbeeld hiervan is het strategisch investeren in het versterken van de relatie met een organisatie van patiëntenverenigingen die belang hebben bij bepaalde ontwikkelingen die congruent zijn met de visie en belangen van het ziekenhuis.

Ziekenhuizen zelf lijken veelal een oplossing te zien in het aangaan van fusies met andere ziekenhuispartners (zie ook bijlage D). Dat veel fusies financieel gedreven lijken, wordt nog eens bevestigd door onder andere de bestuursvoorzitters van het VUmc en ZorgSaam tijdens een hoorzitting van de Tweede Kamer op 29 juni dit jaar ([Zorgvisie](#), d.d. 1 juli 2015). De vraag is of dit strategisch gezien altijd een juiste keuze is. Veel ziekenhuizen lijken fusietrajecten te onderschatten.

Bovendien kunnen ziekenhuizen zich na een fusie maar beperkt richten op belangrijke strategische vraagstukken omdat een groot deel van de aandacht uitgaat naar het herinrichten van de interne organisatie- en managementstructuren. Ook een fusie is financieel gezien een investering en op de korte termijn komt een fusie de financiële veerkracht meestal niet ten goede.

Al met al kan gesteld worden dat ziekenhuizen nog veel kunnen verbeteren aan het management van hun afhankelijkheidsrelaties met zorgverzekeraars. Zowel ziekenhuizen als andere partijen in de ziekenhuissector lijken dan ook gebaat te zijn bij meer onderzoek naar dit onderwerp.

7.4. Reflectie: wetenschappelijke beperkingen en aanbevelingen

Tijdens de reflectie op het onderzoek is stilgestaan bij de limitaties van het onderzoek. In het verlengde van deze beperkingen liggen ook weer mogelijkheden voor eventueel vervolgonderzoek, daar zal in deze paragraaf dus eveneens naar gezocht worden.

Methodologische beperkingen

Omdat het onderzoek theorievormend van aard is en het bovendien een eerste verkenning betreft, zijn er de nodige beperkingen verbonden aan de betrouwbaarheid van de bevindingen en conclusies in dit onderzoek. Er kan daarom slechts worden gesproken van mogelijke succesbepalende factoren. Om meer betrouwbare uitspraken te kunnen doen is aanvullend onderzoek nodig (zie ook aanbevelingen). Daarbij kan gedacht worden aan:

- het verder uitdiepen van de bestaande casestudies door middel van bijvoorbeeld verdiepende interviews en gebruiken van andere perspectieven,
- toetsing naar de mate van 'theoretical saturation' zoals gesuggereerd door Kahn & VanWynsberghe (2008) in paragraaf 3.4 (pagina 28),
- het toevoegen van meer objectiviteit in de analyse.

Met laatstgenoemd punt is het niet de bedoeling afbreuk te doen aan het eigen onderzoek. Wel wordt hiermee erkend dat, gegeven de exploratieve aard, het onderzoek op diverse punten een interpretatief karakter heeft. Door meerdere onderzoekers te betrekken bij de analyse van de cases, wordt de bias van de onderzoeker geminimaliseerd. Door het betrekken van meer onderzoekers bij de analyse kan bovendien gebruik worden gemaakt van een breder scala aan invalshoeken, wat verrijkend kan werken.

Verder beperkt de validiteit van de bevindingen en conclusies zich tot Nederlandse ziekenhuizen in hun afhankelijkheidsrelatie met Nederlandse zorgverzekeraars. Om de validiteit te versterken, kan onderzoek op basis van contextvariatie bijdragen aan het inschatten of het theoretische framework zich beperkt tot het Nederlandse ziekenhuiswezen of wellicht ook breder van toepassing is. Onderzoeksvragen die hierbij kunnen helpen zijn bijvoorbeeld:

- Hoe managen Amerikaanse ziekenhuizen hun afhankelijkheidsrelaties met Health Plans?
- Hoe managen instellingen in de geestelijke gezondheidszorg hun afhankelijkheidsrelatie met Zorgverzekeraars?
- Hoe managen Nederlandse instellingen in de langdurige zorg hun afhankelijkheidsrelatie met Zorgverzekeraars en Gemeenten?

Theoretische beperkingen van het onderzoek

Bij het literatuuronderzoek is gekozen om de onderzoeksvraag te benaderen vanuit het perspectief van de Resource Dependence Theory. Had een andere theorie centraal gestaan, dan had het onderzoek ontegenzeggelijk op een andere manier de onderzoeksvraag geprobeerd te beantwoorden. Zou er bijvoorbeeld voor gekozen zijn om de Institutional Theory centraal te stellen, dan zou het onderzoek veel meer aandacht hebben gehad voor de het onderliggende

legitimiteitsvraagstuk. Qua aanbevelingen voor vervolgonderzoek lijken daarbij twee mogelijke onderzoeksrichtingen opportuun. Het meest interessant(en eveneens het meest voor de hand liggend) is om van de huidige onderzoeksvraag een legitimiteitsvraagstuk te maken:

- Hoe managen ziekenhuizen hun afhankelijkheidsrelaties met zorgverzekeraars? – Legitimiteit als managementvraagstuk bij institutionele verandering.

Daarnaast zou het waardevol kunnen zijn om in plaats van cross-sectioneel onderzoek ook te werken aan onderzoek met een longitudinale insteek. Bijvoorbeeld naar de vraag:

- Wat is de invloed van institutionele verandering op de ontwikkeling van de relatie tussen zorgverzekeraars en ziekenhuizen?

Een andere beperking van het onderzoek is dat het in het verlengde van het systeemdenken niet stil heeft gestaan bij de vraag:

- Wat is het effect van het dalend aantal ziekenhuizen op de verhoudingen in de zorgsector?

Immers, vanuit het systeemdenken kan worden gesteld dat een ecosysteem altijd op zoek is naar balans. Volgens CZ-bestuursvoorzitter Wim van der Meeren is er sprake van te veel zorgcapaciteit in het ziekenhuislandschap en kan Nederland met minder ziekenhuizen af. Wat is echter het effect van minder zorgcapaciteit op de machtsverhoudingen tussen ziekenhuizen en zorgverzekeraars? Vergroot dat niet de afhankelijkheid van verzekeraars naar ziekenhuizen? En hoe beïnvloedt dat de regietaak die verzekeraars van de overheid hebben toebedeeld gekregen?

Limitaties vanuit een empirisch perspectief

Vanuit een empirisch oogpunt bezien heeft deze studie zich uitsluitend gericht op de externe omgeving. Factoren met betrekking tot de interne organisatie van een ziekenhuis zullen onvermijdelijk ook een rol spelen bij het managen van de afhankelijkheidsrelatie met zorgverzekeraars. Ook hier is nog onvoldoende onderzoek naar gedaan.

- Hoe heeft de interne organisatie van ziekenhuizen zich aangepast aan de veranderde afhankelijkheidsrelatie met zorgverzekeraars?

Een andere vraag die nog onbeantwoord blijft, is tot in hoeverre de opbouw en historie van een relatie met zorgverzekeraars invloed heeft op het succes van een eventuele interventie:

- Leidt investeren in frequent en persoonlijk contact met een zorgverzekeraar tot meer zekerheid of betere toegang tot financiële middelen voor een ziekenhuis, of vergroot een hechtere band met een verzekeraar juist de afhankelijkheid en zijn ziekenhuizen daardoor minder in staat de regie te voeren over hun eigen bedrijfsactiviteiten?

Een relatie kent twee kanten, dus om het afhankelijkheidsvraagstuk goed te kunnen begrijpen zal de onderzoeksvraag ook omgekeerd moeten worden gesteld:

- ‘Hoe managen zorgverzekeraars hun afhankelijkheidsrelatie met ziekenhuizen?’

Inzicht hierin geeft niet alleen een complementair inzicht, het biedt ook de mogelijkheid om de perspectieven van ziekenhuizen en zorgverzekeraars te combineren in een framework waarbij de interactie tussen partijen en dynamiek van de relatie een plaats kan krijgen.

REFERENTIES

- ACM (2010) *Coöperatie Vlietland en het Vlietland Ziekenhuis mogen nog niet fuseren (concentratiebesluit)*. Zaaknummer: 6669. Link: <https://www.acm.nl/nl/publicaties/publicatie/4013/Cooperatie-Vlietland-en-het-Vlietland-Ziekenhuis-mogen-nog-niet-fuseren-concentratiebesluit/>
- ACM (2015) *Het Universitair Medisch Centrum Groningen mag De Ommelandse Ziekenhuis Groep overnemen (concentratiebesluit)*. Zaaknummer: 15.0027.22. Link: <https://www.acm.nl/nl/publicaties/publicatie/14173/Het-Universitair-Medisch-Centrum-Groningen-mag-De-Ommelandse-Ziekenhuis-Groep-overnemen-concentratiebesluit/>
- Argumentenfabriek (2013) *Hoe werkt medisch specialistische zorg?* Infographic in opdracht van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Link: <http://www.argumentenfabriek.nl/klikpdf-hoe-werkt-de-medisch-specialistische-zorg>
- Bosch, F.A.J. van den (2012) *On The Necessity and Scientific Challenges of Conducting Research into Strategic Value Creating Management Models*. ERiM: Rotterdam
- Bryman, A., Bell, E. (2011) *Business Research Methods*. 3^e editie. Oxford University Press: Oxford
- Burt, R. (1992) *Structural holes: the social structure of competition*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Canoy, M. (2014) Fusieleed. *Zorgvisie Magazine*, vol. 43, nr. 6.
- Cascario, T., Piskorski, M. (2005) Power imbalance, mutual dependence and constraint absorption: A closer look at Resource Dependence Theory. *Administrative Science Quarterly*, vol 50, pp. 167-199.
- CBS (2014) *Gezondheid en zorg in cijfers 2014*. Toegankelijk via: <http://www.cbs.nl/nl-NL/menu/themas/gezondheid-welzijn/publicaties/publicaties/archief/2014/2014-c156-pub.htm>
- CBS Statline (2014) *Nabijheid voorzieningen; afstand locatie, wijk- en buurtcijfers 2006-2012*. Link: <http://statline.cbs.nl/StatWeb/publication/?DM=SLNL&PA=80306NED&D1=0,4,9,11,13-15,17,19,21,24,26,28-29,32-33,36,40-45,48-49,52,56,60,64-65,68-69,72,74,76,78,81,88-89,92-97,108,114&D2=0,5822,5827,14834&D3=1&HDR=G1,G2&STB=T&VW=T>
- Curfs, E. (2010) Regierol zorgverzekeraar: feit of fictie? *Oratie open universiteit*.
- Dahl, R. (1957) The Concept of Power. *Behavioral Science*, 2:3, p.201-215
- Dijk, C. van, Korevaar, J., Schellevis, F. (2015) Substitutie van zorg voor astma in 2008-2010. *Huisarts & Wetenschap*, vol. 58(3) maart.
- Drees, J., Heugens, P. (2013) Synthesiëring and extending Resource Dependence Theory: a meta-analysis. *Journal of Management*, 39(6), pp 1666-1698.
- Drucker, P. (1993) *The New Realities*. New York: Harper & Row, in: Golden, B. (2006) Transforming Healthcare Organizations. *Healthcare Quarterly*, Vol. 10
- Drucker, P. (2002) *Managing in the next society*. New York: Truman Talley Books
- Eisenhardt, K. (1989) Building theories from case study research. *Academy of Management Review*, 14, pp. 532-550. In Bryman, A., Bell, E. (2011) *Business Research Methods*. 3^e editie. Oxford University Press: Oxford
- Eisenhardt, K. M. (1991) Better stories and better constructs: The case for rigor and comparative logic. *Academy of Management review*, 16(3), 620-627.
- Eisenhardt, K., Graebner, M. (2007) Theory building from cases: opportunities and challenges. *Academy of Management Journal*, 50(1), 25-32

Emerson, R. (1962) Power-dependence organizations. *American Sociological Review*, 27:31-41

Ennen, E., Richter, A. (2010) The Whole Is More Than the Sum of Its Parts— Or Is It? A Review of the Empirical Literature on Complementarities in Organizations. *Journal of Management*, vol. 36 no.1 207-233

Freeman, R. (1984) *Strategic management: a stakeholder approach*. Boston: Pitmann Publishing.

Frooman, J. (1999) Stakeholder influence strategies. *Academy of Management Review*, vol.24, no.2, pp. 191-205.

Gaakeer, M., Brand, C. van den, Veugelers, R., Patka, P. (2014) Inventarisatie van SEH-bezoeken en zelfverwijzers. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*.2014,158:A7128.

Giesbers, S, Smits, M, Giesen, P. (2011) Zelfverwijzers SEH jagen zorgkosten op. *Medisch Contact*. Nr. 10, Maart, pp 587-589.

Giesen, P., Franssen, E., Mekkink, H., Bosch, W. van den, Vugt, A., Grol, R. (2006) Patients either contacting a general practice cooperative or accident and emergency department in out-of-hours: a comparison. *Emergency Medicine Journal*, vol. 23: 731-4.

Granovetter, M. (1985) Economic action and social structure: the problem of embeddedness. *American Journal of Sociology*, 91, pp 481-510.

Hickson, D., Hinings, C., Lee, C., Schneck, R., Pennings, J. (1971) A strategic contingencies' theory of intraorganizational power. *Administrative Science Quarterly*, 16(2), 216-229.

Hillman, A., Withers, M., Collins, B. (2009) Resource Dependence Theory: A Review. *Journal of Management*, 35: 1404 originally published online 23 September 2009

Ildenburg, P.; Schaik, M. van (2010) *Diagnose 2025: over de toekomst van de Nederlandse gezondheidszorg*. Scriptum

Kamerstukken II (2013) *Betreft: Het Radboud-ziekenhuis geen nieuwe Achmea patiënten meer behandelt omdat Achmea te weinig zorg inkoopt*. Brief VWS, d.d. 12-12-2013. Referentie: 32620-98. Link: http://www.tweedekamer.nl/kamerstukken/brieven_regering/detail?id=2013Z24568&did=2013D50143

Kamerstukken II (2014) *Positioneringsnota UMC's*. Nota, ingediend door de ministeries VWS/OCW d.d. 11 juli 2014. Ref. 33278-4. Link: http://www.tweedekamer.nl/kamerstukken/brieven_regering/detail?id=2014Z13340&did=2014D26673

Kamerstukken II (2014b) *Antwoord op vragen van het lid Pia Dijkstra over het bericht dat het VUmc stopt met nieuwe behandelingen van transgenders en patiënten met genderdysforie*. Aangangsel van de handelingen vergaderjaar 2013-2014, d.d. 5 februari 2014. Nummer 1123. Link: <http://www.tweedekamer.nl/kamerstukken/kamervragen/detail?id=2014D03897&did=2014D03897>

Kamerstukken II (2014c) *Antwoord op vragen van het lid Voortman over het bericht dat het VUmc geen geld heeft voor de behandeling van transgenders*. Aangangsel van de handelingen vergaderjaar 2013-2014, d.d. 5 februari 2014. Nummer 1119. Link: <http://www.tweedekamer.nl/kamerstukken/kamervragen/detail?id=2014D03899&did=2014D03899>

Kamerstukken II (2014d) *Antwoord op vragen van het lid Leijten over het bericht dat het budget voor transgenderzorg bij lange na niet toereikend is*. Aangangsel van de handelingen vergaderjaar 2013-2014, d.d. 5 februari 2014. Nummer 1125. Link: <http://www.tweedekamer.nl/kamerstukken/kamervragen/detail?id=2014D03901&did=2014D03901>

Kamerstukken II (2014e) VAO Ziekenhuiszorg/Behandelingsstop voor patiënten met genderdysforie (AO d.d. 26/03). Ingediende Moties 69-72. Referentie: 31016/h-tk-20132014-82-12. Link: <https://zoek.officielebekendmakingen.nl/dossier/31016/h-tk-20132014-82-12?resultIndex=20&sorttype=1&sortorder=4>

Kamerstukken II (2014f) *Nadere informatie over recht op gecontracteerde zorg*. Brief VWS, d.d. 2-6-2014. Referentie: 32620-120. Link: http://www.tweedekamer.nl/kamerstukken/brieven_regering/detail?id=2014Z09893&did=2014D19817

Kamerstukken II (2015a) *Macrobeheersmodel instellingen van medisch specialistische zorg 2012 en 2013*. d.d. 31-03-2015. Ref. 29248-282 Link: http://www.tweedekamer.nl/kamerstukken/brieven_regering/detail?id=2015Z05699&did=2015D11606

Katz, D., Kahn, R. (1978) *The Social Psychology of Organizations*. 2e (herz.) ed., New York: Wiley.

Kesteren, P. van, Gooren, L., Megens, J. (1996) An epidemiological and demographic study of transsexuals in The Netherlands. *Archives of Sexual Behavior*, 25, 589-600. In: Wouters, F. Schagen, S. Cohen-Kettenis, P., Delemarre-van de Waal, H. (2008) Klinisch beleid ten aanzien van adolescenten met genderidentiteitsstoornis. *Tijdschrift voor Seksuologie*, 32, 193-195

Khan, S., VanWynsberghe, R. (2008) Cultivating the Under-Mined: Cross-Case Analysis as Knowledge Mobilization. *Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research*, 9(1). Retrieved from: <http://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/view/334/729>

KPMG (2014) *Steeds grotere rol banken en verzekeraars bij samenwerking ziekenhuizen*, link: <http://www.kpmg.com/nl/nl/issuesandinsights/articlespublications/persberichten/pages/kpmg-steeds-grotere-rol-banken-en-verzekeraars-bij-samenwerking-ziekenhuizen.aspx>

KPMG (2015) *Wie doet het met wie in de zorg? Het jaarlijkse overzicht van bestuurlijke samenwerking tussen Nederlandse ziekenhuizen*. Editie 2014.

Lawler, E., Bacharach, S. (1987) Comparison of dependence and punitive forms of power. *Social Forces*, 66:446-462 in: Frooman, J. (1999) Stakeholder influence strategies. *Academy of Management Review*, vol.24, no.2, pp. 191-205.

Lawler, E., Yoon, J. (1993) Power and the emergence of commitment behavior in negotiated exchange. *American Sociological Review*, 465-481.

LeCompte, M., & Goetz, J. (1982) Problems of reliability and validity in ethnographic research. *Review of educational research*, 52(1), 31-60.

Liere, W. van, (2007) *Network horizon and the dynamics of network positions: a multi-method multi-level longitudinal study of interfirm networks*. ERIM Ph.D. Series Research in Management

Lincoln, Y., & Guba, E. (1985) *Naturalistic inquiry*. Sage Publications: Thousand Oaks

Mathison, S. (2005) *The Encyclopedia of Evaluation*. Sage Publications: Thousand Oaks

Milgrom, P., & Roberts, J. (1995) Complementarities and fit strategy, structure, and organizational change in manufacturing. *Journal of accounting and economics*, 19(2), 179-208.

NIVEL (2014) *Cijfers uit de registratie van huisartsen: peiling 2013*. Toegankelijk via: <http://www.nivel.nl/sites/default/files/Cijfers-uit-de-registratie-van-huisartsen-peiling-jan-2013.pdf>

NZa (2012a) Marktscan Medisch Specialistische Zorg 2008-2012.

NZa (2012b) Marktscan Zorgverzekeringsmarkt 2008-2012.

NZa (2012c) *Monitor Zelfstandige Behandelcentra: een kwalitatieve en kwantitatieve analyse*. Link: http://www.nza.nl/104107/105773/475605/Monitor_Zelfstandige_behandelcentra.pdf

NZa (2014) *Monitor integrale bekostiging medisch specialistische zorg*. Link: http://www.nza.nl/104107/105773/953131/Monitor_Integrale_bekostiging_medisch_specialistische_zorg.pdf

NZa (2014b) *Brief aan zorgverzekeraars en VUmc aangaande transgenderzorg*, d.d. 29 september 2014. Kenmerk: 94240/132061. Link: http://www.nza.nl/95826/99842/1115695/brief_aan_zorgverzekeraars_en_vumc_transgenderzorg.pdf

NZa (2014c) *Brief aan gemeenteraadsfracties van gemeente Den Helder: Reactie op verzoek onderzoek MCA-Gemini ziekenhuizen*. Link: http://www.nza.nl/104107/145179/Reactie_op_verzoek_onderzoek_MCA-Gemini_ziekenhuizen.pdf.pdf

Oliver, C. (1990). Determinants of interorganizational relationships: Integration and future directions. *Academy of management review*, 15(2), 241-265.

Pfeffer, J., Salancik, G. (1978) *The external control of organizations: A Resource Dependence Perspective*. Harper & Row Publishers: New York.

Pfeffer, J., Salancik, G. (2003). *The external control of organizations: A resource dependence perspective*. [2e editie, herziene inleiding] Stanford, CA: Stanford Business Classics.

Poisz, T., Caris, J. (2010) *Ontwikkelingen in de zorgmarkt: een strategische analyse*. Kluwer: Deventer

Porter, M. E. (2008). The five competitive forces that shape strategy. *Harvard business review*, 86(1), pp. 25-40.

Porter, M., Teisberg, E. (2006) *Redefining Health Care: creating value-based competition on results*. Harvard Business School Press: Boston

Post, D. (2003) *Een spannende toekomst voor zorg en zekerheid*. Afscheidsrede Rijksuniversiteit Groningen.

Ragin, C. (1997) Turning the tables: How case-oriented research challenges variable-oriented research. *Comparative Social Research*, 16, 27-42. In: Khan, S., VanWynsberghe, R. (2008) Cultivating the Under-Mined: Cross-Case Analysis as Knowledge Mobilization. *Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research*, 9(1). Retrieved from: <http://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/view/334/729>

Regeerakkoord (2012) *Bruggen slaan: regeerakkoord VVD-PvdA*. Link: <http://www.rijksoverheid.nl/documenten-en-publicaties/rapporten/2012/10/29/regeerakkoord.html>

Rekenkamer (2013) *Aandachtspunten bij de begroting 2014 van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport*. Adviesrapport aan Tweede Kamer d.d. 22 oktober 2013, link: <http://www.rekenkamer.nl/dsresource?objectid=2733&type=org>

Rivkin, J. (2000) Imitation of Complex Strategies. *Management Science* Vol. 46, No.6 (Jun., 2000), pp. 824-844

RIVM Zorgatlas (2013) *Afstand tot dichtstbijzijnde ziekenhuis: 2013*. Link: <http://www.zorgatlas.nl/zorg/ziekenhuiszorg/algemene-en-academische-ziekenhuizen/aanbod/afstand-tot-dichtstbijzijnde-ziekenhuis/>

Rouvoet, A. in: Maassen, H., Santen, H. van (2013) Onze winst is goed voor premiebetaler. *Medisch Contract*, nr. 6, feb.

- Schippers, E. Rijn, M. Van (2013) *Visie op de arbeidsmarkt in zorg en ondersteuning*. Kamerstukken II, ref. 29282-18
- Schwandt, T. (2015) *The Sage dictionary of qualitative inquiry*. Sage Publications.
- Segers, J. (2002) *Methoden voor de maatschappijwetenschappen*. Koninklijke Van Gorcum: Assen
- Selznick, P. (1949) *TVA and the grass roots*. Berkeley, CA: University of California Press
- SiRM (2013a) De beste Ziekenhuizen. *Elsevier*, Nr 44, Jaargang 69, pp 22-41
- SiRM (2013b) Elsevier's De beste Ziekenhuizen: Toelichting bij het onderzoek. Link: <http://www.elsevier.nl/PageFiles/109173/Toelichtingbesteziekenhuizen2013.pdf>
- Smit, M. (2013) Lageland in kritieke toestand. *Medisch Contact*, Nr. 13 - maart 2013
- Stake, R. (2006) Multiple case study analysis. New York, NY: Guilford Press. In Khan, S., VanWynsberghe, R. (2008) Cultivating the Under-Mined: Cross-Case Analysis as Knowledge Mobilization. *Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research*, 9(1). Retrieved from: <http://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/view/334/729>
- Stichting Farmaceutische Kengetallen (2013) Meer overstappers, nauwelijks beweging. *Pharmaceutisch Weekblad*, 148(8) Link: <https://www.sfk.nl/nieuws-publicaties/PW/2013/meer-overstappers-nauwelijks-beweging>
- Victoor, A., Rademakers, J. (2015) Waarom kiezen patiënten niet voor het 'beste' ziekenhuis? *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, p.159
- Vijssel, A. van de (2009) *De vraag naar zorg in ziekenhuizen: Analyse ontwikkelingen in de afgelopen jaren en scenario's voor de ontwikkelingen tot 2020*. TNO Rapport: 034-UT-2009-01236 rpt-czb.
- Visser, J. (2013) Slotervaart versus Achmea. *Medisch Contact*, februari, nr.7, pp. 362-363, link: <http://medischcontact.artsennet.nl/archief-6/Tijdschriftartikel/128013/Slotervaart-versus-Achmea.htm>
- Wijck, F. van (2012) Laurentius dus niet. *Arts & Auto (online blog)*, d.d. 13 juli 2012. Link: <http://www.artsenauto.nl/laurentius-dus-niet/>
- Williamson, O. (1983) Credible commitments: using hostages to support exchange. *American Economic Review*, 73, pp 519-540.
- Yin, R., (1984) *Case Study Research: design and methods*. Beverly Hills, CA: Sage. In Bryman, A., Bell, E. (2011) *Business Research Methods*. 3^e editie. Oxford University Press: Oxford
- Yin, R., (2013) *Case Study Research: design and methods*. 5th Edition, Thousand Oaks: SAGE Publications

Krantenartikelen, vakbladen, -websites en overige media

Achmea website (2013-01-31) *Geen overeenkomst tussen Achmea en Slotervaartziekenhuis voor 2013*. Persbericht. Link: <http://nieuws.achmea.nl/geen-overeenkomst-tussen-achmea-en-slotervaartziekenhuis-voor-2013>

Een Vandaag (2013-02-11) *Televisie-uitzending: Conflict Slotervaartziekenhuis en Achmea*. Link: http://www.eenvandaag.nl/gezondheid/44909/conflict_slotervaartziekenhuis_en_achmea

Financieel Dagblad (2015-04-02) *'Zorgverzekeraar: kwaliteit verbeteren loont niet'*. Link: <http://fd.nl/economie-politiek/1099194/zorgverzekeraar-kwaliteit-verbeteren-loont-niet>

Financieel Dagblad (2015-05-20) *Investeringsmaatschappij schiet Zeeuws ziekenhuis te hulp*. Link: <http://fd.nl/economie-politiek/1104582/investeerd-schieten-zeeuws-ziekenhuis-te-hulp>

Gemeente Heerhugowaard website (z.d.) *Nieuw ziekenhuis in Heerhugowaard*. Link: <https://www.heerhugowaard.nl/inwoners/wonen/nieuwbouwprojecten/nieuwbouwziekenhuis>

Het Parool (2013-03-29) *Slotervaart verloor patiënten door gedoe met Achmea*. Link: <http://www.parool.nl/parool/nl/265/GEZONDHEID-WETENSCHAP/article/detail/3417534/2013/03/29/Slotervaart-verloor-patienten-door-gedoe-met-Achmea.dhtml>

Het Parool (2014-03-27) *Transgenders voelen zich gebruikt door VUmc*. Link: <http://www.parool.nl/parool/nl/4/AMSTERDAM/article/detail/3623581/2014/03/27/Transgenders-voelen-zich-gebruikt-door-VUmc.dhtml>

Laurentius website (2012-02-11) *Persbericht meerjarencontract met CZ*. Link: <http://www.lzr.nl/site/loader/loader.aspx?DOCUMENTID=262a1746-656e-42bf-bfcb-1ddbd9912318> [webpagina niet meer online]

Maastricht UMC+ website (2014-07-10) *Maastricht UMC+ en Laurentius tekenen intentieverklaring voor verkenning intensieve samenwerking*. Link: <http://www.mumc.nl/actueel/nieuws/maastricht-umc-en-laurentius-tekenen-intentieverklaring-voor-verkenning-intensieve>

Medisch Centrum Alkmaar website (2014-02-25) *Financiële positie MCA en GEMINI*. Link: <http://www.mca.nl/Algemeen/Nieuws/Nieuwsarchief/articleType/ArticleView/articleId/465/Financiele-positie-MCA-en-Gemini.aspx>

Medisch Contact (2010-02-19) *NMa: problemen overname Vlietland Ziekenhuis*. Link: <http://medischcontact.artsennet.nl/Actueel/Nieuws/Nieuwsartikel/73704/NMa-problemen-overname-Vlietland-Ziekenhuis.htm>

Medisch Contact (2013-01-02) *Slotervaart wijst contract Achmea af*. Link: <http://medischcontact.artsennet.nl/Actueel/Nieuws/Nieuwsbericht-1/127511/Slotervaart-wijst-contract-Achmea-af.htm>

Medisch Contact (2014-01-02) *Overname Slotervaart definitief*. Link: <http://medischcontact.artsennet.nl/Actueel/Nieuws/Nieuwsbericht/140774/Overname-Slotervaart-definitief.htm>

Medisch Contact (2014-02-24) *Gemeenteraad Den Helder vreest ondergang Gemini*. Link: <http://medischcontact.artsennet.nl/archief-6/tijdschriftartikel/142402/gemeenteraad-den-helder-vreest-ondergang-gemini.htm>

NCRV (2012-07-10) *'Altijd wat: Rapportage kosten van de zorg'*. Televisie-uitzending. Link: http://www.npo.nl/altijd-wat/10-07-2012/NCRV_1530113

Nieuws.nl (2014-06-12) *Geld was enige reden patiëntenstop transgenders VUmc*. Link: <http://nieuws.nl/algemeen/20140612/geld-was-enige-reden-patientenstop-transgenders-vumc/>

Nieuwsuur (2014-05-02) Televisie-uitzending over Transgenderzorg met Wouter Bos (bestuursvoorzitter VUmc). Link: <http://nos.nl/embed/video/643294>

NOS (2013-12-09) *Radboud weert Achmea-patiënten*. Link: <http://nos.nl/artikel/584602-radboud-weert-achmea-patienten.html>

NOS (2014-01-04) *VUmc: Tijdelijke stop transgenders*. Nieuwbericht. Link: <http://nos.nl/artikel/593422-vumc-tijdelijke-stop-transgenders.html>

NRC Handelsblad (2013-02-14) *Achmea, tot hier en niet verder*. Link: <http://www.nrc.nl/next/van/2013/februari/14/tot-hier-en-niet-verder-12617073>

NRC Handelsblad (2013-04-10) *1,4 miljard euro winst voor zorgverzekeraars in 2012*. 10 april. Link: <http://www.nrc.nl/nieuws/2013/04/10/14-miljard-euro-winst-voor-zorgverzekeraars-polder-aast-op-dode-geld/>

NRC Handelsblad (2013-11-03) *Verzekeraars met eisenpakketjes*, p.27.

NRC Handelsblad (2013-12-28) *Het wordt menens in de zorg, 28 december*, E7.

NRC Handelsblad (2014-01-04) *VUmc kondigt stop af voor genderpatiënten en transgenders*. Link: <http://www.nrc.nl/nieuws/2014/01/04/vumc-kondigt-stop-af-voor-genderpatienten-en-transgenders/>

NRC Handelsblad (2014-02-25) *Achmea betaalt alsnog miljoenen aan Radboud*. Link: <http://www.nrc.nl/nieuws/2014/02/25/achmea-betaalt-alsnog-miljoenen-aan-radboud/>

NRC Handelsblad (2014-04-05) *Ziekenhuis heeft trucs nodig om nog aan geld te komen*.

NRC Handelsblad (2014-04-05b) *Tot op de draad versleten*.

NRC Handelsblad (2014-10-25) *Verzekeraars verzetten zich tegen ziekenhuisfusies*. Link: <http://www.nrc.nl/nieuws/2014/10/25/verzekeraars-verzetten-zich-tegen-ziekenhuisfusies/>

OZG website (2013-04-01) *ACM geeft goedkeuring aan overname OZG door UMCG*. Persbericht. Link: <https://www.ozg.nl/over-ozg/ozg-nieuws/acm-geeft-goedkeuring-aan-overname-ozg-door-umcg>

Radboud UMC website (2013-12-00) *Achmea*. Persbericht. Link: <https://www.radboudumc.nl/Informatievoorverwijzers/Verwijzersinformatie/Pages/Achmea.aspx>

Radboud UMC website (2014-02-00) *Achmea en Radboud bereiken overeenkomst*. Persbericht. Link: <https://www.radboudumc.nl/OverhetRadboudumc/NieuwsEnMedia/archief/Nieuwsarchief2014/Februari2014/Pages/AchmeaenRadboudumcbereikenovereenstemming.aspx> [webpagina niet meer online]

Skipr (2013-01-31) *Achmea sluit geen contract met Slotervaart*. Link: <http://www.skipr.nl/actueel/id13617-achmea-sluit-geen-contract-met-slotervaart-.html>

Skipr (2013-03-21) *Slotervaart en Achmea sluiten alsnog contract*. Link: <http://www.skipr.nl/actueel/id14122-slotervaart-en-achmea-sluiten-alsnog-contract.html>

Skipr (2013-04-07) *Winst zorgverzekeraar moet terug naar verzekerde*. Link: <http://www.skipr.nl/actueel/id14257-winst-zorgverzekeraar-moet-terug-naar-verzekerde.html>

Skipr (2014-07-10) *Laurentius en Maastricht UMC doen nog meer samen*. Link: <http://www.skipr.nl/actueel/id19007-laurentius-en-maastricht-umc-doen-nog-meer-samen.html>

Skipr (2014-10-22) *Provincie zet omstreden lening OZG door*. Link: <http://www.skipr.nl/actueel/id20132-provincie-zet-omstreden-lening-ozg-door.html>

Skipr (2015-01-29) *Specialist vindt macht verzekeraar zorgelijk*. Link:
<http://www.skipr.nl/actueel/id21266-specialist-vindt-macht-verzekeraar-zorgelijk.html>

Skipr (2015-04-01) *Schippers heeft 300 miljoen tegoed van ziekenhuizen*. Link:
<http://www.skipr.nl/actueel/id21976-schippers-heeft-300-miljoen-tegoed-van-ziekenhuizen.html>

Skipr (2015-04-03) *VGZ hanteert kwaliteitsnormen beroepsgroepen*. Link:
<http://www.skipr.nl/actueel/id22005-vgz-hanteert-kwaliteitsnormen-beroepsgroepen.html>

Skipr (2015-05-21) *Zorgverzekeraar CZ zegt ADRZ-topman wacht aan*. Link:
<http://www.skipr.nl/actueel/id22509-zorgverzekeraar-cz-zegt-adrz-topman-wacht-aan.html>

TTN website (2013-12-18) *Zorgverzekeraars storten transgenders in de ellende*. Link:
<http://transgendernetwerk.nl/2013/12/zorgverzekeraars-storten-transgenders-in-de-ellende/>

TTN website (2014-05-23) *Patiëntenstop opgeheven: Transgenders opgelucht*. Link:
<http://transgendernetwerk.nl/2014/05/patientenstop-opgeheven-transgenders-opgelucht/>

UMC Utrecht Website (Onbekend) *Opereren zonder mes*. Link:
http://www.werkenbijumcutrecht.nl/Paginas/Opereren-zonder-mes.aspx#.VdDg8_ntmko

Volkskrant (2013-06-24) *Drie ziekenhuizen nemen Ruwaard over*. Link:
<http://www.volkskrant.nl/wetenschap/drie-ziekenhuizen-nemen-ruwaard-over~a3464280/>

Volkskrant (2014-05-20) *Winst zorgverzekeraar VGZ ruim verdrievoudigd, 12-5-20 4*. Link:
<http://www.volkskrant.nl/vk/nl/2680/Economie/article/detail/3653737/2014/05/12/Winst-zorgverzekeraar-VGZ-ruim-verdrievoudigd.dhtml>

VTM Nieuws (2014-09-12) Videofragment: *'Huidkanker nu sneller op te sporen'*. Link:
<http://nieuws.vtm.be/binnenland/108035-huidkanker-nu-sneller-op-te-sporen>

VUmc website (2013-12-18) *Tijdelijke stop nieuwe patiënten*. Persbericht website. Link:
<http://www.vumc.nl/afdelingen/over-vumc/nieuws/tijdelijke-stop-nieuwe-patienten/>

VUmc website (2014-05-23) *VUmc heropent polikliniek voor nieuwe genderpatienten*. Persbericht website. Link: <http://www.vumc.nl/verwijzers/nieuwsberichten/vumc-heropent-gender/>

Zorgvisie (2012-02-17) *CZ en Laurentius Ziekenhuis willen contract verlengen*. Link:
<http://www.zorgvisie.nl/Financien/Nieuws/2012/2/CZ-en-Laurentius-Ziekenhuis-willen-contract-verlengen-ZVS013339W/>

Zorgvisie (2012-02-29) *IC behouden dankzij samenwerking Laurentius en azM*. Link:
<http://www.zorgvisie.nl/Home/Nieuws/2012/2/IC-behouden-dankzij-samenwerking-Laurentius-en-azM-ZVS013415W/>

Zorgvisie (2012-05-21) *Achmea krijgt invloed in bestuur Rode Kruis Ziekenhuis*. Link:
<http://www.zorgvisie.nl/Financien/Nieuws/2012/5/Achmea-krijgt-invloed-in-bestuur-Rode-Kruis-Ziekenhuis-ZVS013967W/>

Zorgvisie (2012-07-12) *Laurentius Ziekenhuis en CZ sluiten meerjarencontract*. Link:
<http://www.zorgvisie.nl/Financien/Nieuws/2012/7/Laurentius-Ziekenhuis-en-CZ-sluiten-meerjarencontract-ZVS014361W/>

Zorgvisie (2013-04-23) Achmea: Niet kiezen is verliezen. *Zorgvisie Magazine*, vol. 42, nr. 4

Zorgvisie (2013-05) Eerst de inhoud, dan het geld. *Zorgvisie Magazine*, vol. 42, nr. 5

Zorgvisie (2013-12-04) *Schippers wil recht op vaste zorgaanbieder*. Link:
<http://www.zorgvisie.nl/Financien/Verdieping/2013/12/Schippers-wil-recht-op-vaste->

zorgaanbieder-1422862W/?cmpid=NLC|zorgvisie|2013-12-04|Schipper_wil_recht_op_vaste_zorgaanbieder

Zorgvisie (2014-02-26) *Ziekenhuizen te passief bij concentratie acute zorg*. Link: <http://www.zorgvisie.nl/Kwaliteit/Verdieping/2014/2/Ziekenhuizen-te-passief-bij-concentratie-acute-zorg-1467121W/>

Zorgvisie (2014-03-18) *NVZ promoot kwaliteitssysteem*. Link: <http://www.zorgvisie.nl/Kwaliteit/Nieuws/2014/3/NVZ-promoot-kwaliteitssysteem-1483814W/>

Zorgvisie (2014-07-24) *Laurentius leent 102 miljoen voor nieuwbouw*. Link: <http://www.zorgvisie.nl/Huisvesting/Nieuws/2014/7/Laurentius-leent-102-miljoen-voor-nieuwbouw-1565930W/>

Zorgvisie (2014-08) *Competitie werkt niet*. *Zorgvisie Magazine*, vol. 43, nr. 8

Zorgvisie (2014-08-19) *Ziekenhuizen klagen over contractering*. Link: http://www.zorgvisie.nl/Financien/Nieuws/2014/8/Ziekenhuizen-klagen-over-contractering-2014-1579064W/?cmpid=NLC|zorgvisie|2014-08-19|Ziekenhuizen_klagen_over_contractering_2014

Zorgvisie (2014-08-19b) *Zeeuwse ziekenhuizen vliegen elkaar in de haren*. Link: http://www.zorgvisie.nl/Kwaliteit/Nieuws/2014/8/Zeeuwse-ziekenhuizen-vliegen-elkaar-in-de-haren-1579543W/?cmpid=NLC|zorgvisie|2014-08-19|Zeeuwse_ziekenhuizen_vliegen_elkaar_in_de_haren

Zorgvisie (2014-09) *Fuseren? Toch maar even niet*. *Zorgvisie Magazine*, vol. 43, nr. 9

Zorgvisie (2015-01-08) *KPMG verwacht overnamegolf zwakke ziekenhuizen*. Link: <http://www.zorgvisie.nl/Financien/Nieuws/2015/1/KPMG-verwacht-overnamegolf-zwakke-ziekenhuizen-1677988W/>

Zorgvisie (2015-01-13) *NZa keurt fusie UMCG en Ommelander ZG goed*. Link: <http://www.zorgvisie.nl/Kwaliteit/Nieuws/2015/1/NZa-keurt-fusie-UMCG-en-Ommelander-ZG-goed-1681444W/>

Zorgvisie (2015-02-02) *Zorginkoop draait om prijs en volume*. Link: <http://www.zorgvisie.nl/Kwaliteit/Nieuws/2015/2/Zorginkoop-draait-om-prijs-en-volume-1696629W/>

Zorgvisie (2015-03-20) *ZBC's breken Zeeuwse ziekenhuiszorg af*. Link: <http://www.zorgvisie.nl/Financien/Nieuws/2015/3/Zbcs-breken-Zeeuwse-ziekenhuiszorg-af-1731249W/>

Zorgvisie (2015-07-01) *Meeste fusies zijn financieel gedreven*. Link: <http://www.zorgvisie.nl/Financien/Nieuws/2015/7/Meeste-fusies-zijn-financieel-gedreven-1785718W/>

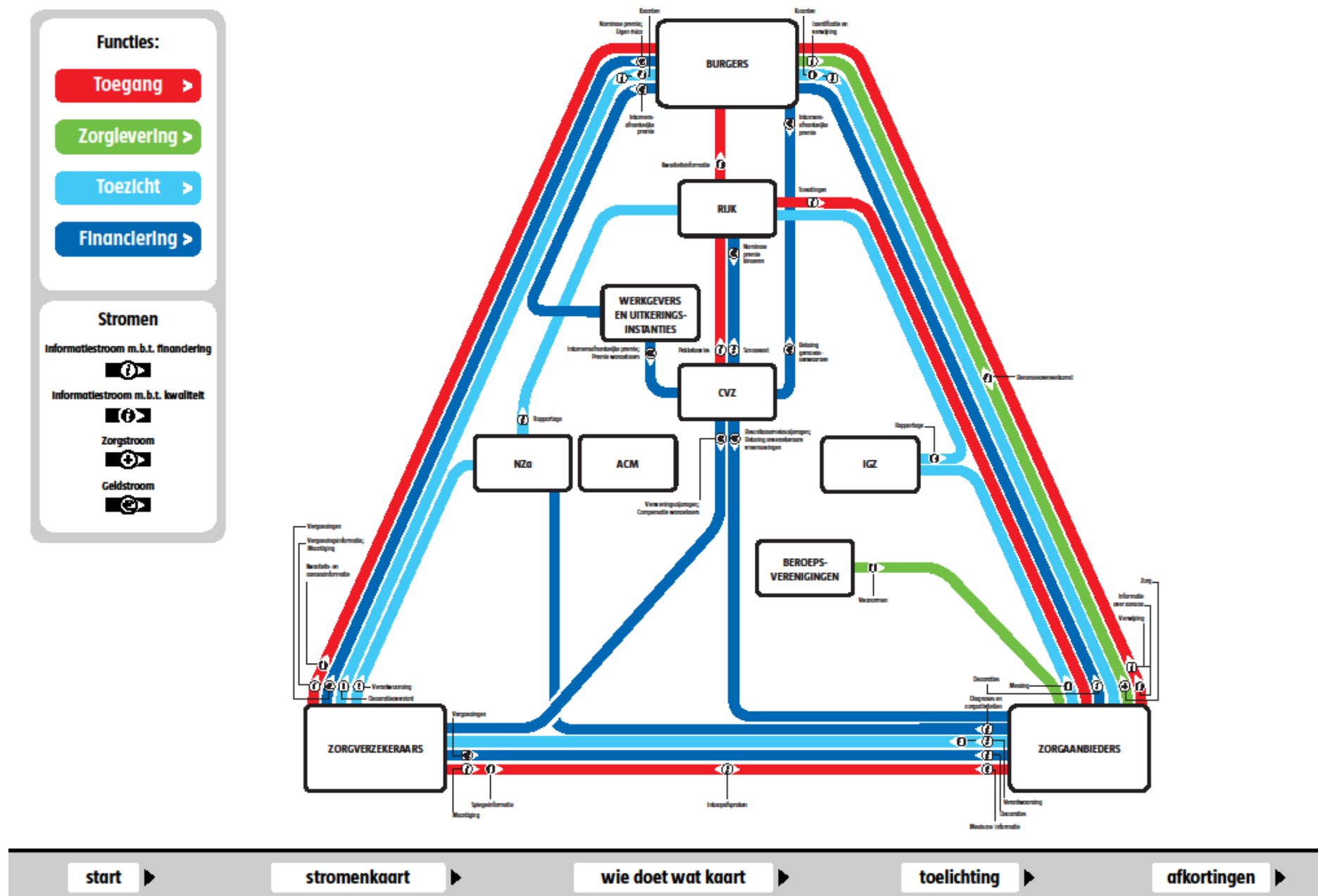
Geraadpleegde websites:

- iBMG
- www.nza.nl
- RIVM Zorgatlas
- CBS Statline

BIJLAGEN

Hoe werkt de medisch-specialistische zorg?

Bijlage A: Hoe werkt de medisch-specialistische



Figuur 27 – Infographic over toegang, zorglevering, toezicht en financiering van de medisch specialistische gezondheidszorg (Argumentenfabriek, 2013)

Bijlage B: Hoe staan ziekenhuizen er financieel voor?

Figuur 28 - Overgenomen uit het Elsevier onderzoek 'De beste ziekenhuizen' (SiRM 2013a)



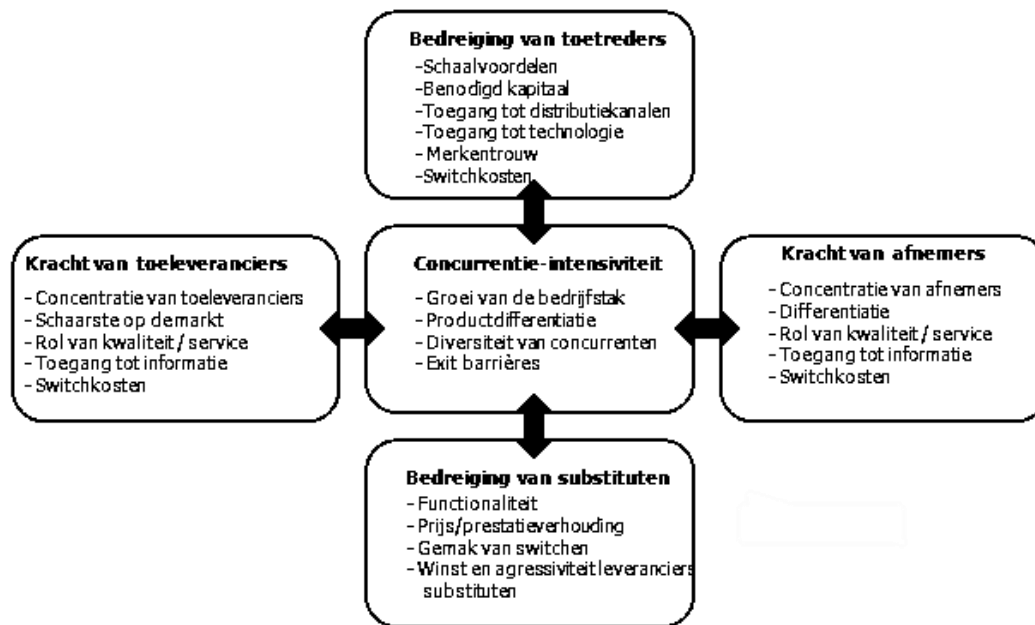
NB. De cijfers in de pijlen corresponderen met de casenummers. Het Ommelander Ziekenhuis is in het overzicht opgenomen als 'Sint Lucas Ziekenhuis' (7)

Bijlage C: Vijfkrachtenanalyse van de ziekenhuissector

De kern van Porter's vijfkrachtenmodel is de veronderstelling dat de concurrentiepositie van een organisatie niet alleen wordt beïnvloed door haar directe concurrenten, maar ook door:

- de dreiging van toetreding tot de markt door nieuwe concurrenten,
- de dreiging van mogelijke substitutie van huidige producten of diensten in de marktsector,
- de onderhandelingsmacht van de ketenpartners stroomopwaarts (leveranciers),
- de onderhandelingsmacht van de ketenpartners stroomafwaarts (afnemers).

Figuur 29: 5-krachtenmodel van Porter (overgenomen van: marketing4results.eu)



Porter heeft zelf al aangegeven dat de concurrentiedynamiek in de gezondheidssector anders werkt dan in andere sectoren (Porter & Teisberg, 2006). Dat betekent dat bepaalde onderdelen in de structuur van de vijfkrachtenanalyse niet geheel passen bij de sector. Soms zal dus worden afgeweken van bepaalde analysevariabelen. Ook zal, gegeven de rol van de overheid, het vijfkrachten model van Porter moeten worden aangevuld met een 'zesde kracht'. Daar waar de overheid in de commerciële sector slechts een regulerende rol heeft, speelt zij in de gezondheidszorg een intensieve, kaderstellende rol op het gebied van financiering en beleid op mesoniveau. In de casestudies komt de invloed van deze machtsfactor ook regelmatig sterk naar voren. Zorg is nu eenmaal een publiek domein waar de politiek zich nauwgezet mee bemoeit.

De macht van de Overheid

De zorg is een door de overheid geregleerde markt. De overheid heeft daarbij zowel een beleidsmatige rol als een toezichhoudende rol.

De toezichhoudende rol is voor de ziekenhuiszorg gedelegeerd naar drie toezichthoudende instituten, te weten: de Autoriteit Consument en Markt (ACM), de Nederlandse Zorgautoriteit (NZA) en de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ). De NZa beschrijft de rolverdeling tussen deze toezichthouders op hun website als volgt:

"De NZa is marktmeester in de zorg. Haar belangrijkste taken zijn: advisering, regulering en [toezicht](#) en [handhaving](#). (...)

De Inspectie voor de gezondheidszorg (IGZ) bewaakt de kwaliteit van de zorgaanbieders.

De Nederlandse Mededingingsautoriteit (NMa) ziet toe op eerlijke concurrentie en bestrijdt partijen die kartels vormen en daarbij bijvoorbeeld prijsafspraken maken én partijen die misbruik maken van een economische machtspositie. Daarnaast toetst de NMa fusies en overnames in alle sectoren. Op 1 april 2013 is deze organisatie opgegaan in de Autoriteit Consument & Markt (ACM)."

Beleidsmatig is de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) verantwoordelijk voor het uitzetten van richtlijnen en kaders voor de gezondheidszorg. Daartoe heeft zij drie instrumenten tot haar beschikking:

- Wetgeving
- Budgettering
- Het macrobeheersingsinstrument

Wetgeving. In hoofdstuk 1 van deze scriptie is bij het bespreken van de invoering van de zorgverzekeringswet duidelijk naar voren gekomen hoe het wetgevingsinstrument de marktdynamiek in de gezondheidszorg kan veranderen.

Budgettering. Ook bepaalt de minister de macrobudgetten van de gezondheidszorg via het Budgettair Kader Zorg (BKZ). De minister bepaalt dus in grote mate welke financiële middelen in de sector beschikbaar zijn. Daarnaast bepaalt de minister in overleg met het Zorginstituut (voorheen college voor zorgverzekeringen) welke zorg in het basispakket is opgenomen en daarmee tot welke zorg iedere burger zonder aanvullende zorgverzekering toegang heeft. De minister reguleert dus zowel de financiële kaders als tot welke zorg de burger vanuit die gelden toegang heeft. Dat is een lastig spanningsveld voor zowel de sector als de minister, zeker gezien de sector moeite heeft de groei in zorguitgaven in te perken. Daar komt bij dat minister Schippers tegelijkertijd niet wil dat het productieplafond een rol mag spelen in toegang van patiënten tot gecontracteerde aanbieders ([Zorgvisie](#), d.d. 4-12-2013).

Macrobeheersingsinstrument. Indien de financiële kaders worden overschreden heeft de minister de mogelijkheid om het macrobeheersingsinstrument toe te passen. Kort gezegd betekent dit dat de minister een sector financiële sancties kan opleggen middels een korting als de sector meer uitgeeft dan het BKZ toestaat. Dit geldt als een uiterste middel om uitgaven in de zorg te kunnen beheersen. Het instrument is niet geheel zonder kritiek, zo zegt de Rekenkamer (2013) hierover het volgende:

“Wat het generieke macrobeheersingsinstrument betreft wijzen wij erop dat het achteraf ingezet wordt en niet gericht is op de oorzaak van de overschrijding. In ons rapport Uitgavenbeheersing in de zorg (2) constateerden wij dat vergelijkbare maatregelen, zoals macrokortingen en efficiencykortingen, in het verleden onder verschillende namen en berekeningswijzen zijn toegepast bij ziekenhuizen en dat het effect van deze maatregelen nooit door de minister is geëvalueerd. Ook volgens het Centraal Planbureau is het geen bewezen effectief middel om overschrijdingen structureel te voorkomen.”

Dat verklaart deels de terughoudendheid van de Minister bij het inzetten van het instrument. In 2012 en 2013 was er sprake van een overschrijding van het macrobudget door de ziekenhuissector de minister had toen circa 300 miljoen euro ‘tegoed’ van de sector. De minister heeft op basis hiervan besloten de sector beperkt (70 miljoen euro) te korten in 2016. (Kamerbrief minister Schippers, zie: [Kamerstukken II](#) (2015a) en [Skipr](#), d.d. 01-04-2015).

De rol van de overheid als toezichthouder en beleidsmaker is van groot belang en misschien zelfs onmisbaar. Wel draagt de directe invloed van overheid en politiek op deze markt bij aan een ingewikkelde marktdynamiek.

De macht van de Leveranciers

Een ziekenhuis heeft te maken met een groot scala aan verschillende leveranciers. Van de levering van kantoorartikelen, meubilair, ICT en schoonmaak tot een breed spectrum aan geneesmiddelen, en medische materialen. Vanuit een focus op strategisch kritische en schaarse middelen voor het primaire proces zijn er vier leveranciersgroepen te onderscheiden die speciale aandacht behoeven.

Allereerst zijn er de huisartsen. Zij beïnvloeden voor een zeer groot deel de patiëntinstroom van ziekenhuizen. Daarnaast zijn er de medisch specialisten die in veel ziekenhuizen georganiseerd zijn in maatschappen (inmiddels omgevormd tot het Medisch Specialistisch Bedrijf (MSB)). Zij zijn dus niet altijd onderdeel van het ziekenhuis, maar zonder de levering van kennis en arbeid kan het ziekenhuis niet functioneren. Verder fungeren ziekenhuizen onderling ook regelmatig als leverancier van elkaar. Denk daarbij aan doorverwijzingen van patiënten, maar ook aan gespecialiseerde diagnostische diensten waarbij een patiënt van een streekziekenhuis bijvoorbeeld voor een complexe scan in een gespecialiseerd ziekenhuis wordt geholpen. De patiënt blijft dan onder hoofdbehandeling van het algemeen ziekenhuis en het gespecialiseerde ziekenhuis brengt haar diagnostiek in rekening bij het algemene ziekenhuis. Tot slot hebben de banken (als leverancier van kapitaal) ook een zeer invloedrijke rol bij de financiering van vastgoed en investering in nieuwe (dure) technologie.

Over de dynamiek die ontstaat als er een machtige leveranciersgroep is zegt Porter (2008) het volgende:

“Powerful suppliers capture more of the value for themselves by charging higher prices, limiting quality or services, or shifting costs to industry participants. Powerful suppliers, including suppliers of labor, can squeeze profitability out of an industry that is unable to pass on costs in its own prices.”

Volgens Porter is een leveranciersgroep sterk gepositioneerd als:

- Het aantal leveranciers ten opzichte van het aantal afnemende partijen relatief klein is.
- De leveranciers meerdere afzetmarkten hebben en dus niet afhankelijk zijn van één bepaalde industrie.
- Afnemers te maken hebben met hoge kosten als ze van leverancier veranderen
- Er geen substituuut beschikbaar is voor het aanbod van de leveranciers
- Leveranciers een geloofwaardige dreiging vormen voor voorwaartse verticale integratie (oftewel in staat zijn om hun afnemers over te nemen).

In het vervolg van deze subparagraaf worden de vier benoemde leveranciersgroepen nader besproken en tegen het licht gehouden aan de hand van de door Porter genoemde criteria.

Huisarts als verwijzende macht

Ziekenhuizen zijn voor hun patiëntinstroom afhankelijk van huisartsen. Met uitzondering van spoedeisende hulp, hebben patiënten namelijk niet zomaar toegang tot ziekenhuiszorg. Daarvoor is een verwijzing van de huisarts nodig. Heeft een patiënt bijvoorbeeld (niet-acute) hartklachten, dan zal de patiënt eerst naar de huisarts (eerstelijns) moeten om te kijken of hij of zij hiervoor naar de cardioloog moet (tweedelijns). Blijkt bij de cardioloog dat de patiënt een hoog complexe aandoening heeft, dan kan de cardioloog besluiten de patiënt door te verwijzen (en daarmee over te dragen) naar een instelling die topklinische of topreferente zorg levert op dit gebied (de zogeheten derdelijns).

Hoewel doorverwezen patiënten binnen de gekozen vrijheidsgraad van hun verzekering zelf mogen kiezen waar ze geholpen worden voor hun aandoening, heeft de verwijzende arts vanuit zijn adviserende rol een grote invloed op deze keuze. Victoor & Rademakers (2015) concluderen

in hun onderzoek naar hoe patiënten een ziekenhuis kiezen, dat patiënten weliswaar het recht op keuzevrijheid belangrijk vinden, maar zich in de praktijk vooral laten leiden door: de nabijheid van een ziekenhuis; ontstane loyaliteit door een eerder bezoek aan een ziekenhuis; en in belangrijke mate door de aanbeveling die de huisarts geeft.

Aan huisartsen wordt in het veld dan ook vaak gerefereerd als ‘de verwijzende macht’. Zij bepalen welke patiënten in aanmerking komen voor tweedelijnszorg en beïnvloeden in grote mate waar deze zorg zal worden afgenomen. Ziekenhuizen zijn er dus bij gebaat om goede relaties te onderhouden met regionale huisartsen om hun patiëntinstroom te optimaliseren.

Concurrentiegewijs kan de huisarts haar machtspositie niet gebruiken voor het doorberekenen van hogere prijzen richting ziekenhuizen. De tarieven voor consulten worden namelijk vastgesteld door de NZa. Wel wordt er vanuit overheidsbeleid aangestuurd op enige voorwaartse verticale integratie door het takenpakket van de huisarts de komende jaren uit te breiden. Het recente besluit om spiraaltjes voortaan niet meer door de Gynaecoloog te laten zetten maar door de huisarts, is hier een recent voorbeeld van. Naar verwachting zullen op termijn ook dermatologisch onderzoek en chronische zorg voor astma-patiënten in steeds uitgebreidere vorm tot het domein van de huisarts gaan behoren (zie ook: Van Dijk, Korevaar en Schellevis, 2015).

Nederland telt 8.865 huisartsen waarvan 89% werkzaam is als vrijgevestigd arts, de overige huisartsen zijn werkzaam in loondienst. Het overgrote deel van de huisartsen werkt niet meer in solopraktijken (slechts 28%), maar opereert in duo- of groepspraktijken. (Bron: cijfers 2013 uit [Nivel](#), 2014).

Gemiddeld is er dus 1 huisarts per circa 1.800 inwoners. Gemiddeld zijn er 4,8 ziekenhuizen in een woongebied (straal van 10 kilometer) beschikbaar ([CBS Statline](#), 2014: cijfers 2012). In veel gevallen heeft de huisarts dus de mogelijkheid om uit meerdere ziekenhuizen te kiezen bij het doorverwijzen van zijn patiënt.

De regionale huisartsen vormen dus een belangrijke schakel bij de patiëntinstroom van een ziekenhuis. Hoewel de afhankelijkheid naar een individuele huisarts niet heel groot is, is het voor ziekenhuizen wel van belang dat er voldoende huisartsen bereid zijn om hun patiënten naar hen door te verwijzen. Daarbij speelt vertrouwen, evenals toegankelijkheid en service vanuit het ziekenhuis een belangrijke rol.

Doorverwijzingen en onderlinge dienstverlening ziekenhuizen

Naast verwijzingen vanuit de eerstelijns, is het voor ziekenhuizen met een sterk topklinisch en/of topreferent zorgaanbod¹⁵ misschien nog wel belangrijker om goede relaties met tweedelijns ziekenhuizen te onderhouden. Naast het verwijzen van patiënten, waarbij een andere specialist de behandeling dus overneemt, komt het ook voor dat artsen binnen hun behandeling hulp nodig hebben van een andere zorginstelling, bijvoorbeeld ten behoeve van diagnostiek. Zo maken bijvoorbeeld het UMC Utrecht (UMCU) en het VUmc gebruik van elkaars faciliteiten voor diagnostiek van epilepsiepatiënten. Het VUmc heeft de beschikking over kapitaalintensieve PET/MRI faciliteiten die het UMCU niet heeft. Het VUmc mist daarentegen weer andere faciliteiten die het UMCU juist wel weer kan aanbieden.

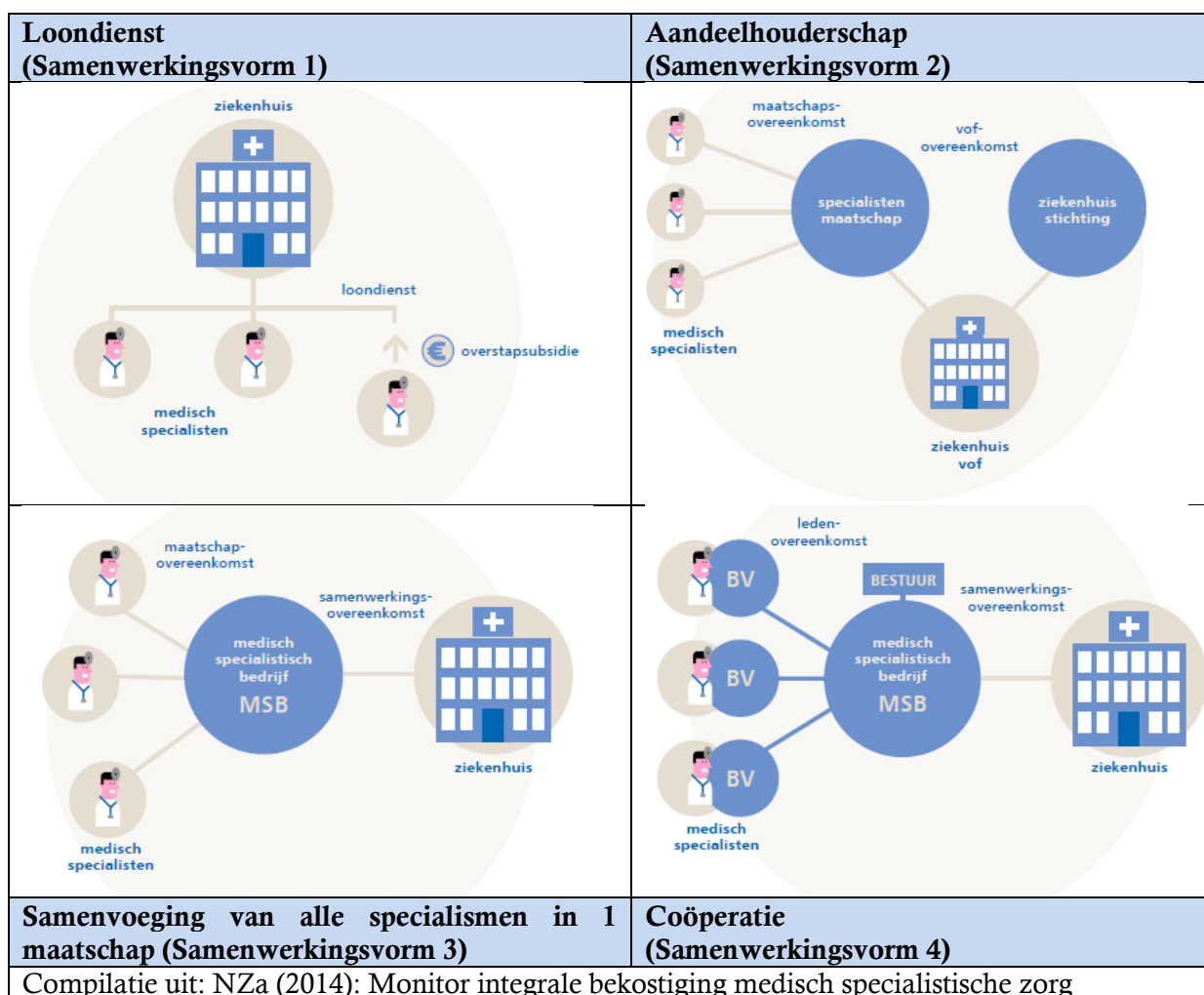
¹⁵ Voor toelichting, zie: Kader 1– topklinische en topreferente zorg, pagina 51

De Medisch Specialisten (Maatschappen)

In de meeste ziekenhuizen zijn medisch specialisten niet in loondienst van het ziekenhuis, maar georganiseerd in maatschappen. Deze maatschappen spelen een belangrijke rol in de voorziening van kennis en arbeid in het zorgproces van ziekenhuizen. Tot 1 januari 2015 was voor deze beroepsgroep sprake van een separate financieringsstroom. Ziekenhuis en specialist kregen separaat betaald voor de gemaakte zorgkosten. Vanaf 1 januari 2015 wordt echter gewerkt met het zogeheten 'integrale bekostigingsmodel'. Dat wil zeggen dat ziekenhuizen voor geleverde zorg een vergoeding krijgen waaruit alle kosten betaald moeten worden, dus ook de specialist (zie ook Regeerakkoord, 2012). Dit betekent dat de medisch specialisten moeten onderhandelen met het ziekenhuis over de vergoeding die zij krijgen voor de te leveren zorg.

In het verlengde van deze maatregel staat de fiscale status van de medisch specialist ook nog onder druk. Leden van een maatschap worden door de fiscus vanaf 1 januari 2015 niet meer vanzelfsprekend gezien als ondernemer. Beide ontwikkelingen staan uiteraard niet los van elkaar en hebben geleid tot vier typen samenwerkingsmodellen tussen medisch specialisten en ziekenhuizen (zie Figuur 30).

Figuur 30 - Verschillende samenwerkingsverbanden medisch specialist en ziekenhuis



Compilatie uit: NZa (2014): Monitor integrale bekostiging medisch specialistische zorg

Banken

Een andere belangrijke sector waar het ziekenhuiswezen afhankelijk van is, is de bancaire sector. Vastgoed en medische apparatuur zijn kapitaalintensief en hoewel de ziekenhuizen een gezamenlijk waarborgfonds hebben, zijn banken minder scheutig dan voorheen met het financieren van investeringen.

“De risico’s zijn van de overheid naar de zorginstellingen verschoven. Wij moeten ons aanpassen aan de veranderde omstandigheden. Inperking van de kredieten en aanpassing van condities bijvoorbeeld. Dat is een logisch gevolg van wijzigingen in het zorgstelsel. Maar voor goede plannen is altijd geld beschikbaar.” (Michel van Schaik - Rabobank in: NRC 5 april 2014)

Ook oefenen banken volgens adviesbureau KPMG (2014) meer invloed uit op besluitvorming rondom bestuurlijke fusies.

“Banken zijn volgens de bestuurders een steeds grotere rol gaan spelen bij de consolidatie in de ziekenhuissector, veel meer dan verzekeraars. Dit jaar [red. 2014] kwam geen enkele fusie buiten de bank om tot stand. In 2013 speelde de bank bij zo’n 80% van de fusies een rol van betekenis. Bij steeds meer fusies is ook goedkeuring van de banken vereist. Dit jaar hadden de banken bij ruim 40% van de fusies een beslissende stem, vorig jaar was dit slechts 9%.” (KPMG, 2014)

Macht van Leveranciers samengevat

In deze subparagraaf zijn vier strategisch belangrijke leveranciers besproken. Op de volgende pagina zijn per leverancier de belangrijkste machtsfactoren samengevat.

Tabel 16 - samenvatting machtsverhouding met leveranciers

Machtsfactor Leveranciers	Huisartsen	MSB	Ziekenhuizen	Banken
1. Hoe groot is het aantal leveranciers ten opzichte van het aantal afnemende partijen?	Verschillend per zorgregio. Gemiddeld is er ongeveer 1 huisarts per 2000 inwoners en heeft een huisarts keuze uit 4 à 5 ziekenhuizen. In de regel is de afhankelijkheid van een huisarts naar een ziekenhuis groter dan andersom.	Er zijn meer artsen dan ziekenhuizen. Artsen niet in loondienst zijn vaak verenigd in een MSB. Daarbij is de relatie met het ziekenhuis ongeveer 1 op 1.	Onduidelijk.	Er zijn 4-5 grote banken die ziekenhuizen kunnen helpen bij de financiering. De financieringsvraag is op dit moment groter dan het financieringsaanbod van deze banken.
2. Zijn de leveranciers industriegebonden?	Ja.	Ja.	Ja.	Nee.
3. Zijn er voor de afnemer hoge kosten gemoeid bij het switchen van leverancier?	Niet van toepassing.	Situatie afhankelijk. Prominente artsen nemen vaak het netwerk en de verwijzersstroom mee.	Onduidelijk.	Contractafhankelijk.
4. Is er een substituuut beschikbaar voor het aanbod van de leveranciersgroep?	Nee.	Niet in de huidige verhoudingen in de markt.	Afhankelijk van de dienstverlening. Particuliere diagnose of behandelcentra of buitenlandse leveranciers kunnen sommige diensten overnemen.	(De)centrale overheden, investeringsmaatschappijen en in bescheiden mate ook van belangenverenigingen.
5. Vormen leveranciers een geloofwaardige dreiging voor voorwaartse verticale integratie?	Ja. Gedeeltelijke overname van ziekentaken door de huisarts vindt vanuit overheidsbeleid reeds plaats.	Hier is eerder sprake van kansen dan bedreigingen voor een ziekenhuis. Een overname van een ziekenhuis door een MSB zou de congruentie van belangen vergroten.	Ja, risico op overname totale behandeling.	Nee. Wel vormen banken een dreiging zodra er solvabiliteitsissues spelen. Een bank kan er dan voor kiezen een ziekenhuis niet te redden en via een (gestructureerde) lening een partij steunen die het ziekenhuis inclusief de bankschulden overneemt.
6. Overig	Een huisarts is niet financieel afhankelijk van een ziekenhuis.	Zie ook 'dreiging toetreders'. Artsen kunnen hun eigen behandelcentrum beginnen.		

De macht van de Afnemers

De macht van afnemers wordt bepaald door hun relatieve macht en de mate waarin afnemers prijskritisch zijn. Porter (2008) stelt dat deze relatieve macht grotendeels wordt bepaald door:

1. het aantal afnemers ten opzichte van het aantal leveranciers;
2. de mate van heterogeniteit van het aanbod op de markt;
3. de mate waarin afnemers gemakkelijk kunnen switchen van aanbieder afgezet tegen de kosten daarvan;
4. de mate waarin het geloofwaardig is dat afnemers stroomopwaarts horizontaal kunnen integreren.

Afnemers worden volgens Porter prijskritisch als:

1. de afgenomen producten of diensten een significant onderdeel uitmaken van het kostenbudget van de afnemer;
2. er sprake is van financiële druk bij de afnemer, bijvoorbeeld omdat de marges van de afnemer in zijn eigen markt onder druk staan;
3. de kwaliteit en betrouwbaarheid van de afgenomen producten of diensten geen cruciale rol spelen in het product van de afnemer;
4. de dienst of het product niet bijdraagt aan kostenverlaging elders in de kostenstructuur van de afnemer (deze toegevoegde waarde is wel aanwezig bij bijvoorbeeld fiscale specialisten en kan zelfs geld opleveren).

Porter (2008) beschrijft de dynamiek die ontstaat als een afnemerssector dominant is.

“Powerful customers can capture more value by forcing down prices, demanding better quality or more service (thereby driving up costs), and generally playing industry participants off against one another, all at the expense of industry profitability.”

Ziekenhuizen hebben twee belangrijke groepen afnemers die in deze subparagraaf verder besproken zullen worden: de zorgverzekeraars en de patiënt.

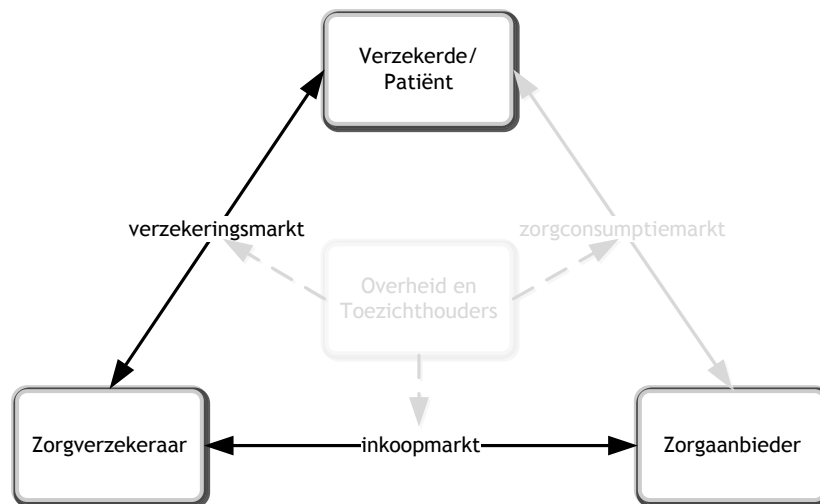
Zorgverzekeraars

De meest dominante afnemers van ziekenhuizen zijn niet de patiënten zoals men wellicht zou verwachten, maar de zorgverzekeraars. Versimpeld uitgelegd kopen zorgverzekeraars op jaarbasis zorg in bij ziekenhuizen voor hun verzekerden. Deze verzekerden nemen vervolgens zorg af bij ziekenhuizen en de ziekenhuizen declareren deze zorg vervolgens weer bij de zorgverzekeraar. (Zie ook de toelichting op de ‘zorgdriehoek’, pagina 34.)

Zorgverzekeraars bieden zowel het basispakket als aanvullende zorgverzekeringen aan. In Nederland zijn alle burgers verplicht zich te verzekeren voor het basispakket. Het basispakket is een door de overheid vastgesteld (homogeen) verzekeringspakket wat elke zorgverzekeraar moet aanbieden. Voor het basispakket hebben verzekeraars een acceptatieplicht en mogen dus geen verzekerden weigeren.

In het ontwerp van de zorgverzekeringswet is de zorgverzekeraar aangesteld als regisseur van de zorg. Vanuit dit principe heeft de zorgverzekeraar een ***zorgplicht*** naar haar verzekerden. Dat betekent dat een verzekeraar verantwoordelijk is voor een tijdige en kwalitatief goede levering van zorg aan haar verzekerden. Om dit te ondersteunen, zijn zorgverzekeraars in de zorgverzekeringswet dominant gepositioneerd ten opzichte van zorgaanbieders. Zorgverzekeraars beheersen de geldstromen van zorgaanbieders en hebben daarmee onderhandelingsmacht. Dit is afgebeeld in Figuur 15.

Figuur 31 - Rol van de zorgverzekeraar in de zorgdriehoek



De mate van onderhandelingsmacht verschilt sterk per regio, aangezien voor een groot deel van de zorg die wordt ingekocht een goede regionale dekking nodig is. Zo zijn er wettelijke eisen voor responstijden van ambulances, een degelijke dekking van de Spoedeisende Hulp (SEH) en Traumadiensten en Basiszorg voor feitelijk iedere inwoner in Nederland. Dat maakt dat zorgverzekeraars een groot deel van de zorg op regionaal niveau moeten inkopen. Het aantal aanbieders verschilt sterk per regio en daarmee dus ook hun relatieve macht. Het gebruiken van deze toebedeelde onderhandelingsmacht is niet altijd vanzelfsprekend, zo blijkt ook uit commentaar van Wim van der Meeren, bestuursvoorzitter van CZ (in: KPMG, 2015):

“... het is voor ons nog niet zo gemakkelijk om bepaalde zorg bij bestaande ziekenhuizen weg te halen en ergens anders onder te brengen. Dan riskeren we dat we helemaal geen contract kunnen sluiten met dat ziekenhuis, omdat het moeilijk is om per aandoening te onderhandelen. Het valt dus voor een zorgverzekeraar niet mee om op die heel grote organisaties veel druk te zetten en die krimp te laten ontstaan.”

Ook de mate waarin zorgverzekeraars kunnen en mogen meesturen op kwaliteit van zorg blijft een heet hangijzer. Zorgverzekeraar VGZ heeft inmiddels haar opdracht ten aanzien van kwaliteitsbewaking teruggegeven aan de Minister:

“Wij zagen onszelf als de bewaker van de kwaliteit van de zorg. Maar we moeten constateren dat de buitenwereld ons die rol helemaal niet gunt. (...) De hoge kwaliteitseisen leiden vooral tot veel gekrakeel, ophef en geruzie. Het roept zo ontzettend veel weerstand op dat je je moet afvragen: is dit nog wel effectief?” (...) "Dat kwaliteit belangrijk is deel ik nog steeds, maar wij willen niet meer bepalen wat kwaliteit is. Bedrijfsmatig schieten we er ook weinig mee op. De winst is te gering ten

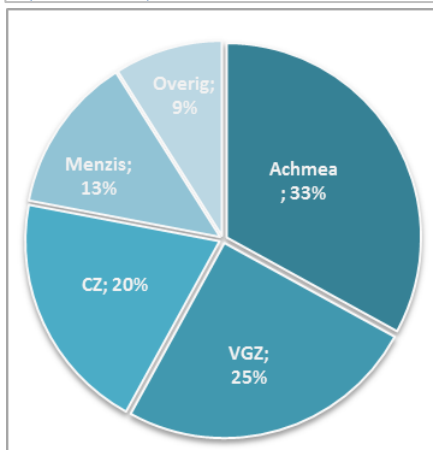
opzichte van de reputatieschade en de discussies met zorgaanbieders kosten ontzettend veel tijd en moeite.”” (Tom Kliphuis bestuursvoorzitter VGZ in: Financieel Dagblad, d.d. 2-4-2015)

Het kantelpunt naar aanleiding waarvan VGZ haar opdracht op dit gebied terug heeft gegeven aan de minister is het conflict met de Isalaklinieken uit Zwolle. VGZ vond dat het ziekenhuis voor operatieve ingrepen bij maag- en slokdarmkanker niet aan de kwaliteitsnormen voldeed, terwijl zorgverzekeraar Menzis het ziekenhuis juist een keurmerk gaf voor deze ingrepen ([Skipr](#), d.d. 3-4-2015). Hoewel het bijna een tegenstrijdigheid is met de hoeveelheid kwaliteitsindicatoren die ziekenhuizen moeten vastleggen van de IGZ, ontbreekt het de sector blijkbaar aan universele normen en standaarden ten aanzien van kwaliteit.

Onderlinge concurrentie van zorgverzekeraars

De zorgverzekeringsmarkt kenmerkt zich als een oligopolie waar vier zorgverzekeringsconcerns negentig procent van de verzekerden-markt in handen hebben (zie ook Figuur 31).

Figuur 32 - marktaandeel zorgverzekeraar in % verzekerden. (NZa 2012b)



In hun aanbod concurreren zorgverzekeraars op drie verschillende aspecten:

1. de prijs van het basispakket,
2. het aanbod en configuratie van aanvullende verzekeringspakketten,
3. de mate van keuzevrijheid bij het kiezen van een zorgaanbieder door de verzekerde.

Winstgevendheid van zorgverzekeraars

De afgelopen jaren wordt met enig onbegrip geschreven over de winsten die worden geboekt door zorgverzekeraars. In 2012 werd er een gezamenlijke winst gemaakt van 1,4 miljard euro door zorgverzekeraars ([NRC](#), d.d. 10-4-2013) En in 2013 hebben de zorgverzekeraars hun winsten ten opzichte van 2012 verder zien groeien ([Volkskrant](#), d.d. 20-5-2014).

Wat veel mensen niet weten (en de journalistiek niet altijd even helder uitlegt) is dat zorgverzekeraars geen winsten mogen uitkeren en dat de meeste verzekeringsmaatschappijen onderlinge waarborgmaatschappijen zijn. In andere woorden: gemaakte winsten blijven óf in de zorg óf worden middels een premieverlaging teruggekeerd aan de maatschappij. De mate waarin zorgverzekeraars dit zelf mogen bepalen blijft onderwerp van discussie, dat blijkt ook uit uitspraken van de Minister en de voorzitter van Zorgverzekeraars Nederland. Minister Schippers stelt tijdens een speciale uitzending in consumentenprogramma Kassa:

“Ik zou liever willen dat ze de winst niet in de zorg staken, maar dat de premie omlaag gaat”
(Quote door: [Skipr](#), d.d. 7-4-2013).

De voorzitter van Zorgverzekeraars Nederland (ZN), André Rouvoet ([2013](#)) pleit daarentegen juist voor behoud van enige autonomie ten aanzien van de bestemming van winsten:

“We maken geen winst ten koste maar ten gunste van de premiebetaler. Als we een positief resultaat boeken dan merken de mensen dat vroeg of laat in lagere premies, of ze zien dat we investeren in innovatie en kwaliteit. De Nederlandsche Bank rekent het ieder jaar keurig voor ons uit: 95 tot 96 cent van iedere euro premie gaat naar de zorg, 3 tot 4 cent gaat naar overhead van de zorgverzekeraars, en ongeveer 1 cent is winst en verplichte reservevorming. Wie doet ons dat na?”

De rol van de zorgverzekeraar is nog niet uitgekristalliseerd

Samengevat is zowel de regierol als de mate van autonomie van zorgverzekeraars in het nieuwe zorgstelsel nog onderhevig aan de nodige discussie. De komende jaren zal er nog veel onduidelijkheid blijven met betrekking tot de rol van de zorgverzekeraar. Dit beïnvloedt de verhoudingen tussen verzekeraars en ziekenhuizen uiteraard sterk.

De Patiënt / Verzekerde

Het overgrote deel van de verzekerden heeft een naturapolis en mag bij verwijzing van de huisarts dus zelf kiezen in welk ziekenhuis ze geholpen willen worden. Recent onderzoek van Victoor & Rademakers (2015) laat echter zien dat patiënten zich bij de keuze voor een ziekenhuis vooral laten leiden door de afstand/bereikbaarheid, het advies van de huisarts en ‘vertrouwdheid’ ontstaan naar eventuele eerdere ervaringen met een ziekenhuis. Tachtig procent van de respondenten had voorafgaand aan het ziekenhuisbezoek niet gekeken naar eventueel beschikbare kwaliteitsinformatie. Al met al kan dus worden gesteld dat patiënten op dit moment geen kritische afnemersgroep vormen richting ziekenhuizen. Dit kan veranderen als patiënten actief meer informatie ontvangen over de kwaliteit en snelheid, algemene dienstverlening en reputatie van een ziekenhuis. Ondanks de overall passieve keuze-houding van patiënten, wordt de patiënt waarschijnlijk in de toekomst wel kritischer over de zorg die zij afneemt omdat zij in toenemende mate meer zelf moet betalen.

Naast directe afname van zorg zijn patiënten op diverse manieren betrokken bij de zorgmarkt. Zo hebben de meeste ziekenhuizen een cliëntenraad en hebben de meeste zorgverzekeraars een ledenraad die bestaat uit verzekerden. Daarnaast hebben patiënten zich vaak georganiseerd in patiëntenverenigingen rondom het ziektebeeld waar zij of hun directe omgeving mee te maken hebben. Het doel van dergelijke verenigingen is in de regel het behartigen van de belangen van de betreffende patiëntgroep en het werven van fondsen voor verder onderzoek naar het ziektebeeld.

Macht van de Afnemers samengevat

Er zijn twee belangrijke afnemers van de ziekenhuissector. De patiënt en de zorgverzekeraar. Het ziekenhuis levert zorg aan de patiënt die door de zorgverzekeraar van de patiënt wordt ingekocht. Als afnemer van ziekenhuiszorg laat de patiënt zich vooral leiden door eerdere ervaringen met een ziekenhuis (bekendheid/vertrouwdheid) en het advies van de huisarts. Zorgverzekeraars zijn veel kritischer in het afnemen van zorg. In het ontwerp van de zorgverzekeringswet is bewust een dominante positie voor zorgverzekeraars opgenomen. Daaruit volgt dat zorgverzekeraars in de regel een grotere machtspositie hebben dan de ziekenhuizen. Doordat 90% van de verzekerdenmarkt wordt gecontroleerd door vier zorgverzekeraars, zijn de meeste ziekenhuizen al snel voor circa 20% afhankelijk van een zorgverzekeraar. De afhankelijkheid van een ziekenhuis naar een zorgverzekeraar is dus groot. In de zorgverzekeringswet is opgenomen dat zorgverzekeraars zorgplicht hebben. Verzekeraars zien zich dus wel gedwongen om voldoende zorg in een regio in te kopen.

In Tabel 17 zijn per afnemer de diverse machtsfactoren zoals benoemd door Porter langsgelopen en is de positie ten opzichte van de ziekenhuizen weergegeven.

Tabel 17 - Samenvatting machtsverhouding met afnemers

Machtsfactor Afnemers	Verzekeraars	Patiënten
1. Aantal afnemers ten opzichte van het aantal ziekenhuizen;	Er zijn vier grote zorgverzekeraars op 87 ziekenhuizen.	Patiënten hebben gemiddeld toegang tot 4 à 5 ziekenhuizen in hun regio.
2. Mate van heterogeniteit van het aanbod op de markt;	De zorgmix van ziekenhuizen is langzamerhand aan het heterogeniseren. In sommige regio's zoals de randstad is er echter nog sprake van een zeer homogeen aanbod.	Idem.
3. Mate waarin afnemers gemakkelijk kunnen switchen van aanbieder, afgezet tegen de kosten daarvan;	Regio gebonden, delen van zorg niet inkopen is vaak lastig omdat het ziekenhuis inzet op en afname van het totale zorgaanbod.	Aan switchen zijn geen kosten verbonden. Verder heeft de patiënt op dit moment volledige keuzevrijheid.
4. De mate waarin het geloofwaardig is dat afnemers stroomopwaarts horizontaal kunnen integreren.	Door de ACM en de NZa zijn overnames nog niet toegestaan. (Zie ook paragraaf 2.1.2, p.13.)	Niet van toepassing
5. De afgenomen producten maken significant onderdeel uit van het kostenbudget van de afnemer	Ja.	Nee. Een goede behandeling staat voor de patiënt vaak voorop. Zeker bij verzekerdenzorg, gezien de kosten nagenoeg volledig door de verzekeraar worden gedekt.
6. Er sprake is van financiële druk bij de afnemer	Ja, het Budgettair Kader Zorg waarbinnen de verzekeraars moeten werken is relatief krap te noemen.	Nee, de financiële druk van deze groep richt zich op de zorgverzekeraar.
7. De kwaliteit en betrouwbaarheid van de afgenomen producten of diensten spelen geen cruciale rol in het product van de afnemer	Onwaar.	Onwaar, zie 5.
8. De dienst of het product draagt niet bij aan kostenverlaging elders in de kostenstructuur van de afnemer	Waar. Zorgverzekeraars zijn daarom diverse concepten van zorgpreventie aan het ontwikkelen en testen.	Situatie afhankelijk
9. Overig	In de nieuwe zorgverzekeringswet is een dominante positie van zorgverzekeraars ten opzichte van ziekenhuizen ingebed in het ontwerp.	Financieel zijn de patiënten relatief onafhankelijk van de ziekenhuizen. De verzekeringspremie en eigen bijdrage zijn bij elkaar maximaal ca. €1.440. Zorginhoudelijk zijn patiënten dat natuurlijk wel. De financiële kant is dus niet de enige dimensie waar rekening mee gehouden moet worden.

Dreiging van Toetreders

De mate waarin sprake is van een reële dreiging dat potentiële concurrenten de markt zullen betreden hangt af van de aantrekkelijkheid van de markt. Deze wordt bepaald door:

1. De mate waarin er sprake is van toetredingsbarrières,
2. De verwachte reactie van de huidige spelers op de markt.

Onder toetredingsbarrières worden de drempels verstaan waar een potentiële toetreders mee te maken krijgt. Porter (2008) benoemt in zijn model zeven specifieke drempels (zie Tabel 18).

Tabel 18 - Toetredingsdrempels naar Porter (2008)

Schaalvoordelen aan inkoopzijde	De mate waarin schaalvoordelen op het gebied van inkoop een significante invloed hebben op een concurrerende prijs-kwaliteitsverhouding.
Schaalvoordelen aan verkoopzijde	De mate waarin afnemers de voorkeur geven aan bedrijven met een grote klantbasis (denk hierbij aan consumentendiensten als Marktplaats, Facebook en Google) waarbij het grote volume aan gebruikers het lastig maakt voor potentiële concurrenten om de concurrentie aan te gaan.
Overstapkosten voor klanten	Voor afnemers van producten en diensten is het niet altijd even makkelijk om over te stappen naar een andere leverancier. Overstappen naar een ander boekhoudstelsel of een bank is iets wat tot veel 'gedoe' kan leiden in bedrijven. Overstappen vraagt dan om een zeer zorgvuldige afweging.
Kapitaaleisen	Bepaalde sectoren vragen om een grote kapitaalinvestering. Dit kan er voor zorgen dat het aantal potentiële toetreders enigszins beperkt wordt. De mate waarin het te investeren kapitaal daadwerkelijk een barrière vormt, hangt voor een groot deel samen met de mate van risico en verwacht rendement.
Voorsprong van reeds actieve spelers (niet gerelateerd aan omvang)	Bedrijven die al langer actief zijn in de sector hebben op verschillende manieren een voorsprong op toetreders. Bestaande spelers op de markt hebben in een vroeg stadium gunstige geografische posities in kunnen nemen, zijn wellicht verder in hun leercurve op het gebied van kwaliteit en efficiency en hebben wellicht al een voorsprong opgebouwd op het gebied van R&D.
Ongelijkwaardige toegang tot distributiekanaalen	Om te zorgen dat een product of dienst bij de juiste klanten terecht komt, kan toegang tot een distributienetwerk een kritische rol spelen. De mate waarin hier toegang toe is kan een drempel vormen voor toetreding tot een bepaalde markt.
Overheidsbeleid	Overheidsbeleid kan ervoor zorgen dat eerder genoemde drempels worden ingeperkt of juist vergroot. De houding van de overheid naar de betreffende markt kan dus bepalend zijn met betrekking tot de aantrekkelijkheid van de markt voor toetreders.

Naast toetredingsbarrières speelt de reactie van bestaande spelers op toetreders dus ook een rol. Porter noemt vier overwegingen voor potentiële toetreders:

1. voorgaande precedents van toetredingssituaties,
2. de (financiële) slagkracht van bestaande spelers om toetreders het moeilijk te maken,
3. risico op substantiële prijsverlagingen bij toetreding (met name relevant voor industrieën met hoge vaste lasten),
4. of er is sprake van een groeimarkt of dat toetreding ten koste gaat van bestaand marktaandeel.

Toetreders: de opkomst van Zelfstandige Behandelcentra

Als een instelling medisch specialistische zorg wil aanbieden, heeft zij een toelating nodig van het Centraal Informatiepunt Beroepen Gezondheidszorg (CIBG). Dit overheidsorgaan toetst op basis van de Wet Toelating Zorginstellingen (WTZi) of een instelling hiervoor in aanmerking komt (Bron: [website CIBG](#)). Ziekenhuizen zijn kapitaalintensief, kennisintensief en op het gebied van bedrijfsvoering en financiering zeer complex. De kans dat nieuwe ziekenhuizen de markt betreden is dan ook klein, zeker gezien de kwaliteitseisen die hierbij worden gesteld.

Toetreders op de ziekenhuismarkt zijn er echter in groten getale in de vorm van zogeheten zelfstandige behandelcentra (ZBC's). ZBC's bieden planbare, niet complexe zorg aan waarbij de patiënt niet hoeft te overnachten. Door het aanbieden van laagcomplexiteit zorg in hoog volume is het mogelijk om zorg te standaardiseren. Over het algemeen heerst de gedachte dat zorg hierdoor efficiënter, beter en goedkoper kan worden aangeboden. In Nederland waren in 2011 ongeveer 350 ZBC's actief (bron: CBS, 2014).

Volgens een studie van het CBS is het aantal patiënten dat tussen 2008 en 2011 een ZBC bezocht nagenoeg verdubbeld. Dit beeld komt overeen met de Monitor Zelfstandige Behandelcentra (NZa, 2012c). De primaire specialismen waarop ZBC's zich lijken richten zijn: oogheelkunde, dermatologie en orthopedie. Maar ook gynaecologie en cardiologie groeien hard op dit moment. Al met al neemt de diversiteit aan specialismen bij ZBC's zienderogen toe volgens het CBS (2014):

“Binnen de specialismen oogheelkunde en dermatologie is de diagnoseverdeling van de mensen die naar een ZBC gaan en van de mensen die naar een algemeen ziekenhuis gaan, vergelijkbaar.”

De ZBC's concurreren dus zeer direct met de algemene ziekenhuizen. In de regio Zeeland heeft de opkomst van ZBC's geleid tot serieuze problemen voor ziekenhuizen. Financieel doken het Admiraal de Ruijter Ziekenhuis (Goes) en ZorgSaam (Terneuzen) in de rode cijfers. Ook raakten de ziekenhuizen hierdoor een flink aantal artsen kwijt aan de ZBC's. ([Zorgvisie](#), d.d. 20-3-2015).

Dat deze concurrentie ook voor zorgverzekeraars niet gewenst is, blijkt uit de reactie van Joël Gijzen, Zorgdirecteur CZ ([Zorgvisie](#), d.d. 20-3-2015):

“Wat er nu gebeurt, is dat specialisten uit ziekenhuizen stappen en ZBC's oprichten. Hierdoor ontstaat er een markt die de ziekenhuiszorg gaat uithollen. Wij kunnen besluiten die zorg niet te contracteren, maar als er geen alternatieven zijn, worden we daar toch toe verplicht. (...) Wij willen een beroep doen op de dokters om hun verantwoordelijkheid te nemen. Dat betekent hun zorg primair binnen het ziekenhuis verlenen en niet de basisstructuur van het ziekenhuis afbreken.”

De dreiging van toetreders is regio-afhankelijk, maar op basis van bovenstaande illustratie zeker reëel te noemen.

Dreiging van Substitutie

Dreiging op het gebied van substitutie kan in twee domeinen worden onderverdeeld:

- internationale concurrentie
- disruptive technologies

Internationale concurrentie: voor een deel van de planbare (niet urgente) zorg is het bij verschillende verzekeraars mogelijk om, na overleg door de patiënt met de verzekeraar, ook in Duitsland of België de gewenste zorg af te nemen (zie ook websites van o.a. [OHRA](#) en [CZ](#)). Lopen wachttijden bij de Nederlandse zorginstellingen dus te hoog op, dan verliezen ze sneller marktaandeel aan buitenlandse ziekenhuizen.

Disruptive technologies: We kunnen het alleen maar toejuichen: kanker slechts als chronische aandoening of helemaal de wereld uit. Het zou prachtig zijn. Voor het ziekenhuis zal het wel een verschuiving in het zorgaanbod betekenen. De chemotherapeutische afdeling en de radiotherapie zouden een belangrijk aandeel van hun patiënten verliezen en investeringen in dure en geavanceerde bestralingapparatuur renderen dan niet meer.

Hetzelfde geldt voor bestaande dure laboratoriumstraten die ineens vervangen kunnen worden door de combinatie van een hightech cartridge, een computer en een analist die in 90 minuten in plaats van de huidige 3 weken een volledige analyse kan uitvoeren ([VTM Nieuws](#), d.d. 12-09-2014). Of denk aan nieuwe technieken waardoor patiënten zonder snijden geopereerd kunnen worden ([website UMC Utrecht](#)). In rap tempo staan traditionele Operatie Kamers en een deel van het personeel dan buiten spel. Ook het aantal ligdagen zal teruglopen wat consequenties heeft voor de bedbezetting.

Hoewel substitutie van ziekenhuiszorg en ziekenhuizen in absolute termen onwaarschijnlijk is, moet de sector dus wel rekening houden met de invloeden van internationale concurrentie en disruptive technologies op het gebied van ontwikkelingen in het zorgaanbod en de eigen bedrijfsvoering.

Beschrijving van Ziekenhuismarkt

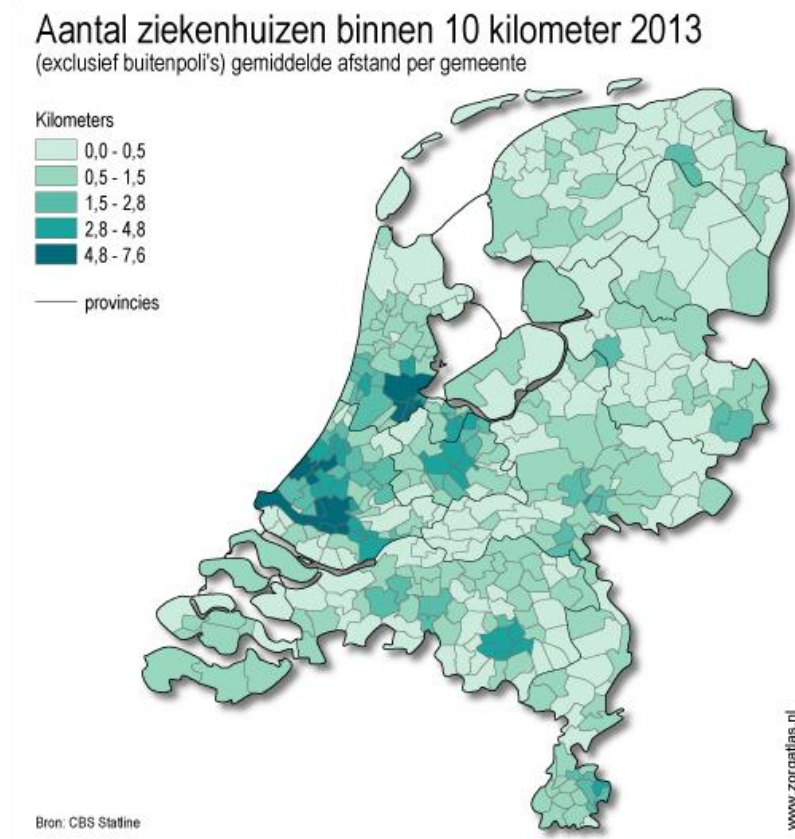
Nederland telt 87 ziekenhuizen waarvan 8 universitair medische centra (UMC's) ([Zorgatlas RIVM](#)). Het RIVM definieert ziekenhuiszorg als volgt:

“Ziekenhuiszorg omvat medisch-specialistische hulp en daarmee samenhangende verpleging en verzorging aan patiënten.” ([Zorgatlas RIVM](#))

Concentratie van ziekenhuizen

In sommige regio's zoals de Randstad is het aantal aanbieders en de bijbehorende productiecapaciteit hoog (zie Figuur 33) en hebben ziekenhuizen over het algemeen een heterogeen en dus weinig onderscheidend aanbod. Ook zijn er vanuit een zorginhoudelijk oogpunt weinig problemen om te schuiven met volumes voor algemene zorg.

Figuur 33 - Aantal ziekenhuizen in een 10 km radius (bron: [RIVM Zorgatlas, 2013](#) / [CBS Statline, 2014](#))



Tijdens een interview met de NCRV geeft Wim van der Meeren (bestuursvoorzitter CZ) aan dat in Nederland op termijn prima een aantal ziekenhuizen geschrapt zou kunnen worden zonder dat dit ten koste gaat van het zorgaanbod ([NCRV](#) televisie-uitzending, d.d. 10-7-2012). In dezelfde uitzending krijgt Van der Meeren bijval van Marcel Levi, bestuursvoorzitter van het academisch ziekenhuis AMC die daar aan toevoegt dat, ondanks dat zorgverzekeraars daartoe de mogelijkheid hebben, dit blijkbaar toch niet durven te doen. Het blijft dus bij “dappere taal” stelt Levi.

Ziekenhuizen hebben verschillende concurrentiemarkten

Sommige ziekenhuizen leveren naast algemeen ziekenhuiszorg op bepaalde onderdelen ook hoog complexe zorg. Binnen de hoog complexe zorg wordt onderscheid gemaakt tussen twee vormen: topreferente en topklinische zorg. Voor nadere uitleg over deze vormen: zie Kader 1, pagina 117. Daar waar de concurrentiemarkt voor algemene ziekenhuiszorg op regionaal niveau is ingestoken, is er voor de hoog complexe vormen van zorg een bovenregionale of zelfs landelijke concurrentiemarkt. Van de meest complexe typen zorg zijn er vaak maar twee of drie centra die deze zorg aanbieden.

In Tabel 19 is een overzicht opgenomen van de 87 ziekenhuizen, uitgesplitst naar type ziekenhuis en zorgcomplexiteit. Vrijwel elk ziekenhuis biedt op de regionale markt reguliere ziekenhuiszorg aan. Circa 40% biedt daarnaast topklinische zorg en 10% van de ziekenhuizen biedt ook topreferente zorg aan. Een ziekenhuis uit de regio Utrecht dat topklinische zorg aanbiedt concurreert dus op twee verschillende markten. Zij zal voor haar reguliere zorgaanbod concurreren in de directe omgeving, terwijl zij op de meer complexe zorgcategorieën concurreert met ziekenhuizen uit bijvoorbeeld Gelderland of Groningen.

Tabel 19 – Zorgaanbod ingedeeld naar complexiteit en zorggebied

Indeling zorgcomplexiteit	UMC	Alg. Ziekenhuis	Soort Concurrentie
<i>Totaal aantal ziekenhuizen</i>	8	79	
<i>Waarvan actief in zwaartecategorieën:</i>			
Topreferente zorg	8	1	Landelijk
Topklinische zorg	8	>30	Bovenregionaal
Algemene medisch specialistische zorg	8	79	Regionaal

Noodzaak tot differentiatie zorgaanbod

Door de druk van zorgverzekeraars op het onderscheidend vermogen van ziekenhuizen¹⁶ worden ziekenhuizen gedwongen om de kwaliteit van de zorg te verhogen, de kosten te verlagen en weloverwogen keuzes te maken in het zorgaanbod. Het volgende citaat kenmerkt daarbij de grondhouding van de zorgverzekeraars:

“‘Alles blijven doen kan niet meer, dan wordt de zorg onbetaalbaar. Mocht een ziekenhuis niet kiezen, dan kiest Achmea.’ Stelt woordvoerder Christine Rompa, woordvoerder van Achmea in een interview met Zorgvisie. Achmea steekt momenteel in op een regionale inkoopstrategie waarbij de inkoopbudgetten van de eerste- en tweedelijnszorg worden samengevoegd. Rompa stelt daarbij dat ‘niet wat het ziekenhuis zelf wil, maar wat de regio nodig heeft’ leidend is.” (Christine Rompa, Achmea in: Zorgvisie Magazine d.d. 23-4-2013)

De praktijk laat op dit gebied de nodige complicaties zien. Respectievelijk komen in deze sectie concurrentie op kwaliteit, kosten en zorgaanbod aan de orde.

Kader 1: topklinische en topreferente zorg

“Topklinische zorg is hooggespecialiseerde zorg (zoals hartchirurgie, neurochirurgie, IVF, et cetera.) waarvoor relatief dure en gespecialiseerde voorzieningen nodig zijn. De overheid bepaalt door middel van vergunningen (Wet op bijzondere medische verrichtingen, kortweg WBMV) welke vorm van topklinische zorg in welk ziekenhuis wordt verricht. Topklinische zorg wordt geleverd door Universitair Medische Centra (UMC's) en sommige grote algemene ziekenhuizen. Deze zorg heeft doorgaans een bovenregionale functie.

Topreferente zorg is zeer specialistische patiëntenzorg die gepaard gaat met bijzondere diagnostiek en behandeling, waarvoor geen doorverwijzing meer mogelijk is ('last resort', eindstation). Topreferente zorg vereist een infrastructuur waarbinnen vele disciplines op het hoogste deskundigheidsniveau samenwerken ten behoeve van de patiëntenzorg en die gekoppeld is aan fundamenteel patiëntgericht onderzoek. Dit betekent dat vrijwel alleen UMC's dit kunnen doen. Patiënten die deze zorg ondergaan maken gebruik van het allernieuwste medisch kennis en kunnen. Het aantal topreferente functies in Nederland is (nog) niet volledig geteld. Per UMC zijn voornamelijk ongeveer 100 functies geïdentificeerd. Sommige gelden voor tien à twintig patiënten per jaar, andere voor enige honderden. Deze 'last resort-functie' garandeert dat alle topreferente patiënten bij ten minste één UMC terecht kunnen. Het gaat hier bijvoorbeeld om vormen van complexe oncologische chirurgie, cardiochirurgie, orthopedisch/neurochirurgische rugchirurgie, brandwondenfunctie en interventietechnieken in de radiologie en neurochirurgie. Traumazorg is integrale acute zorg voor zeer ernstige ongeval patiënten.” (Bron: NZa, 2012a, p.13)

¹⁶ Deels ook ingegeven door het ingezette beleid op concentratie en spreiding van zorg.

Concurreren op kwaliteit. Op het gebied van kwaliteit zijn ziekenhuizen, zorgverzekeraars en overheidsinstanties al twee decennia bezig met de vorming van een eenduidig begrippenkader. Daarbij staan zowel de parameters als de interpretatie ervan ter discussie. Dat de sector nog een lange weg hierin te gaan heeft blijkt ook uit een interview in [Zorgvisie](#) (d.d. 2-2-2015) met prof. dr. Douwe Biesma, voorzitter raad van bestuur van het Antonius Ziekenhuis in Nieuwegein waarin hij het volgende stelt:

“Het is nog lastig voor verzekeraars om kwaliteit een plek in het contracteerproces te geven. Achmea heeft twee vrijwel van elkaar gescheiden oorden als het gaat om kwaliteit en zorginkoop.”

Dat blijkt ook uit een aangehaald voorbeeld Pieter Vroon, controller bij het Westfriesgasthuis, in NRC Handelsblad (d.d. 3-11-2013) ten aanzien van moeizame onderhandelingen met zorgverzekeraars:

“Dan komen ze met zo’n uitdraai waaruit blijkt dat we gemiddeld hogere kosten maken. Nogal wieses. Wij werken al jaren samen met een gespecialiseerd centrum. In ons ziekenhuis behandelen we dus alleen diabetici met meer complicaties. Dat is per definitie duurder.”

In datzelfde interview wordt Vroon aangevuld door zijn collega bij het Westfriesgasthuis Derk van Zon, adviseur verkoopteam:

“Wij hadden hier laatst een verzekeraar die zei voor 3 mille elders een operatie in te kopen waarbij de ader wordt versterkt met een stent. Maar alleen die stent kost al 16 mille. We praten ons de blaren op de mond om telkens te bewijzen waarom iets kost wat het kost.”

Hoewel het kwaliteitsaspect bij de zorgverkoop nog niet volledig tot zijn recht komt, wordt kwaliteit of het gebrek daaraan door professionals in het veld uiteraard wel herkend. Huisartsen en doorverwijzende specialisten houden daar in de praktijk natuurlijk wel rekening mee. Dat betekent dat aandacht voor kwaliteit de concurrentiepositie zeker versterkt.

Concurreren op kosten. Met de huidige bekostigingssystematiek waarin zorgproducten worden gedeclareerd in plaats van losse zorgverrichtingen, neemt de concurrentiedruk steeds meer toe. Dat komt omdat de ziekenhuizen door deze systematiek beter gebenchmarkt kunnen worden en een vergoeding krijgen ter hoogte van de landelijk gemiddelde kosten van een dergelijke behandeling¹⁷. Ziekenhuizen die onder de gemiddelde kostprijs weten te produceren houden daarmee geld over, bij ziekenhuizen die dat niet lukt ontstaat financiële druk. Het is de bedoeling dat ziekenhuizen hierdoor worden geprikkeld om enerzijds te werken aan een goede registratie en kostprijsadministratie en tegelijkertijd te werken aan een zekere behandel-efficiëntie. Door de continue verandering van productstructuren en administratieve vereisten, blijft het in de praktijk nog een bovenmatige inspanning om enigszins betrouwbare kostprijzen inzichtelijk te maken die bovendien ook nog eens goed vergelijkbaar zijn. Bij de meeste ziekenhuizen is nog steeds sprake van onderregistratie¹⁸.

¹⁷ Noot: dit geldt vooral voor zorgproducten waar vanuit de overheid een niet-onderhandelbaar tarief voor is vastgesteld.

¹⁸ De term ‘onderregistratie’ is daarbij wellicht enigszins ongelukkig, want de administratieve druk bij het zorgpersoneel is de afgelopen jaren enorm toegenomen. Alleen al op het domein van kwaliteit is in vijf jaar tijd het aantal indicatoren vertienvoudigd tot 3.400 ([Zorgvisie](#), d.d. 18 maart 2014).

Concurreren op zorgaanbod. De ziekenhuissector als geheel is nog zoekende naar hoe ze in hun regio tegelijkertijd constructief moeten samenwerken en scherp moeten concurreren. In de praktijk geven besturen blijkbaar de voorkeur aan fusies, zo blijkt uit onderzoek van KPMG (2014), zie ook bijlage D. De reflex lijkt regelmatig: eerst proberen te fuseren, en als dat niet lukt, kijken of een andere vorm van samenwerking mogelijk is.

Dat blijkt ook uit het diepte-interview met Jeroen Klein, bestuurder van het Deventer Ziekenhuis (Zorgvisie Magazine, September 2014). De bestuurlijke intentie van het Deventer ziekenhuis en het Gelre Ziekenhuis was formeel om te fuseren, pas toen de medische staf aangaf meer bezwaren te zien dan voordelen werd afgezien van de fusieplannen. In plaats daarvan probeert men in de driehoek Deventer-Apeldoorn-Zutphen nu een samenwerkingsverband op te zetten. Een mogelijke verklaring is dat ziekenhuizen de combinatie van regionale concurrentie en regionale samenwerking ervaren als paradoxaal beleid. Dat blijkt ook uit de onenigheid tussen de Zeeuwse ziekenhuizen ZorgSaam en het Admiraal de Ruyter Ziekenhuis (ARDZ) waar het ARDZ vindt dat ZorgSaam tegen de samenwerkingsafspraken in opeens de concurrentie aangaat:

“ZorgSaam ziet het zo: ‘Je hebt verschillende gebieden waarop je kunt samenwerken. In de complexe zorg bijvoorbeeld. Op andere terreinen hoef je niet samen te werken en kun je de keuzemogelijkheden voor patiënten vergroten.’ ARDZ vindt dat deze werkwijze indruist tegen het convenant: ‘Het is gewoon botte concurrentie en dat kan slecht uitpakken voor allebei. Door samen te werken kun je de patiëntenstroom sturen en kunnen we de benodigde volumes halen. Dat is ook wat de provincie wil.’”
([Zorgvisie](#), d.d. 19-8-2014b)

De concurrentie in steek van ZorgSaam valt samen met een trend die het RIVM signaleert. Ook is er volgens het RIVM sprake van toenemende functiedifferentiatie:

“Steeds meer ziekenhuizen openen aan de rand van hun verzorgingsgebied een buitenpolikliniek om te concurreren met omliggende ziekenhuizen. Zo opende het Westfriesgasthuis uit Hoorn in 2008 een buitenpoli in Heerhugowaard en ging daarmee de concurrentie aan met een buitenpoli van het Medisch Centrum Alkmaar. Het aanbod van ziekenhuiszorg wordt ook steeds gedifferentieerder. Gefuseerde ziekenhuizen kiezen er dikwijls voor om specifieke functies op één locatie te concentreren. Dat betekent dat sommige meer en uitgebreidere functies krijgen en andere juist minder.” (Bron: [RIVM Zorgatlas](#))

Lijnrecht tegenover de samenwerkingsproblematiek tussen ZorgSaam en ARDZ staat de in steek van de ziekenhuizen in de regio Nijmegen waar het academische Radboud MC juist samen met de omringende ziekenhuizen¹⁹ op zoek gaat hoe zij de zorg op regioniveau het meest effectief kunnen inrichten. Melvin Samsom, voorzitter RvB Radboud UMC van 2007 tot 2014 zegt hierover in Zorgvisie Magazine (augustus 2014):

“De Maartenskliniek kan een groot deel orthopedie doen. Maar multi-trauma of botkanker horen meer thuis in een academisch centrum. Het JBZ heeft een gespecialiseerd centrum voor multiple-sclerose-patiënten, wij zien nog wel MS-patiënten, maar het is voor ons geen speerpunt. Een groot deel van onze MS-patiënten is overgegaan naar het JBZ, net als onze MS-neuroloog. Je kunt patiënten dus verwijzen, maar we willen naar een situatie toe waarin we ‘doorbehandelen’. Dat betekent dat artsen uit de ziekenhuizen afspreken welk deel van een behandeling thuis hoort in het UMC en welk deel in het eigen ziekenhuis kan.”

¹⁹ Cansius Wilhemina, Jeroen Bosch, de Sint Maartens kliniek en Maasziekenhuis Pantein

Samenwerking lijkt in de praktijk de hoofdtoon te voeren. Naast de grote golf van bestuurlijke fusies organiseren ziekenhuizen zich ook in diverse samenwerkingsverbanden. Zo hebben 28 topklinische ziekenhuizen met elkaar het Samenwerkingsverband voor Topklinische Ziekenhuizen (STZ) opgericht. Deze algemene ziekenhuizen bieden op een of meer specialismen topklinische zorg aan in combinatie met een wetenschappelijk onderzoeksprogramma.

STZ-ziekenhuizen werken in de regel wel samen met de UMC's die samen verenigd zijn in de Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU). Opvallend is dat UMC's naast algemene intensivering van de samenwerking ook op zoek lijken te gaan naar onderlinge samenwerkingsverbanden om hun posities te versterken:

“De samenwerking tussen de umc's onderling, op het gebied van zorg, onderzoek en infrastructurele investeringen, is in de afgelopen jaren sterk toegenomen. Gezamenlijk hebben de umc's geïnvesteerd in biobanken, bioinformatica en data en translationeel onderzoek. Deze voorzieningen zullen bijdragen aan het innovatieve onderzoek van de komende jaren en aan de wetenschappelijke en economische concurrentiepositie van ons land. Er zijn tussen umc's bilaterale samenwerkingsverbanden ontstaan (Leiden-Rotterdam en AMC-VUmc), maar ook op onderdelen wordt er samengewerkt (kinderhartcentra Radboud UMC en UMC Utrecht)”
(Bron: Kamerstukken II, 2014))

Hoewel ziekenhuizen op onderdelen zeker met elkaar concurreren, lijkt samenwerking de hoofdtoon te voeren. Deze samenwerkingsverbanden zijn vooral ingestoken om het eigen onderscheidend vermogen te versterken op het gebied van specialistische kennis.

Concentratie en spreiding van zorg

In het verlengde van de druk op differentiatie van het zorgaanbod speelt ook het overheidsbeleid op concentratie en spreiding. Kort gezegd wordt vanuit dit beleid gesteld dat spoedzorg en basiszorg voor iedere burger goed bereikbaar moeten zijn. De sector moet in dat opzicht zorgen voor voldoende spreiding van ziekenhuisfuncties. Tegelijkertijd moeten ziekenhuizen ter waarborging van de kwaliteit van complexe zorg een minimumvolume aan ingrepen uitvoeren om deze zorg in de toekomst ook aan te mogen bieden. De IGZ ziet vanuit dat oogpunt toe op een juiste mate van concentratie van complexe zorg. De consequentie is dat ziekenhuizen in de afgelopen en komende jaren bezig zijn met een herschikking van het zorglandschap. Ziekenhuizen staan positief tegenover dit beleid, zo blijkt ook uit de website van het Jeroen Bosch Ziekenhuis:

“Het Jeroen Bosch Ziekenhuis staat achter het principe van spreiding en concentratie van ziekenhuisfuncties. Inmiddels is er voldoende bewijs dat de kwaliteit van zorg gebaat is bij het in voldoende mate uitvoeren van een bepaalde behandeling. Concentratie van zorg opdat het volume aan behandelingen voldoende groot is, is daarom vanuit kwaliteitsoogpunt een goede zaak. Spreiding is van belang omdat basiszorg zo dicht mogelijk bij de patiënt geleverd dient te worden.” ([Website Jeroen Bosch](#))

Op zowel inter- als intra-organisatieniveau blijkt de herschikking van zorgfuncties vaak lastig uitvoerbaar. Een voorbeeld hiervan is de oprichting van het Princes Maxima Centrum wat in NFU-verband wordt opgericht in het kader van concentratie van zorg. Het is de bedoeling dat dit hét kinderoncologisch centrum van Nederland gaat worden, met als vestiging Utrecht. Vanuit het concentratie principe een goede zaak. Voor de UMC's betekent deze herschikking een drastische afbouw van de kinderoncologische zorgverlening, wat vervolgens ook tot directe problemen leidt

bij verwante specialismen. Bijvoorbeeld bij de kinderneurologie waar opeens geen vier, maar twee artsen nodig zijn om de zorgvraag aan te kunnen. Daarmee krijgt het ziekenhuis de neurologische bezetting niet of maar zeer moeilijk rond.

Een ander voorbeeld waaruit de verwevenheid van specialismen blijkt, is de voorgenomen uitwisseling binnen de alliantie AMC-VUmc. Het VUmc zou haar vrouw-kind centrum overhevelen naar het AMC, in ruil daarvoor zou het VUmc de neurowetenschappelijke tak van het AMC mogen overnemen. Dit plan is enkele jaren de koers geweest. Het overhevelen van de neurowetenschappelijke activiteiten bleek bij nader onderzoek echter een onhaalbare kaart. De neurowetenschappelijke disciplines waren cruciaal voor het leveren van andere typen zorg. Uiteindelijk is deze koers dus losgelaten. Het herschikken van zorgfuncties is dus een zeer complex proces.

Concurreren met productieplafonds en issues in het inkoopproces

In een reguliere markt wordt het aanbod grotendeels ingegeven door de vraag. In de ziekenhuissector spreken ziekenhuizen en zorgverzekeraars een productieplafond met elkaar af voor het komende schadelastjaar.

Simpel gezegd spreken zorgverzekeraars een maximaal declarabel bedrag af waartegen ziekenhuizen hun zorg moeten leveren. Zitten ze onder het afgesproken volume, dan krijgen ze minder vergoed, zitten ze er boven dan is dat in principe op kosten van het ziekenhuis zelf. De financieel directeur van Ziekenhuis 1 (bijlage E - interviews) zegt hierover het volgende:

“Tot op heden hebben we nog vaak een afspraak kunnen maken voor het geheel, dus als je op cardiologie wat overproduceerde en op neurologie wat onderproduceerde, dan kon je dat binnen het grotere kader wel compenseren. Maar wat je nu ziet is dat er veel compartimentering plaats vindt, waar binnen je nog wel wat kunt schuiven, maar niet meer over de compartimenten heen.

Dus dat zegt wat over je sturing intern en de informatie die je moet genereren. Maar het zegt ook wat over de relatie met de verzekeraar en dat het ook in die zin wat zakelijker gaat. Afspraken op basis van nacalculatie zijn momenteel heel schaars en uiteindelijk gaan we er compleet van af. Dan wordt het echt: dit is het budget voor dit compartiment: ga je er overheen dan is dat jouw probleem, blijf je er onder, dan wordt je gekort voor wat er onder zit. Dus voor ons is dat alleen maar verliezen tenzij je precies op dat niveau komt en voor ons is dat heel lastig sturen.”

Een andere complicatie is de onvolwassenheid van het proces. De onderhandelingen over productievolume en verkoopprijzen lopen vaak tot ver in het onderliggende productie jaar door.

“Het is nu zomer, we hebben nog geen cent gedeclareerd bij een verzekeraar.” (Interview Manager Sales en Marketing Ziekenhuis 1, Bijlage E)

De vertraging wordt ook veroorzaakt door de vele wijzigingen in het zorgstelsel ([Zorgvisie](#), d.d. 19-8-2014):

“Ziekenhuizen ervaren het contracteerproces te vaak als 'tekenen bij het kruisje'. Zij stellen dat zij pas heel laat weten welke zorg zij volgend jaar kunnen gaan leveren. Dat maakt het hen nagenoeg onmogelijk om hun beleid en strategie daar nog op aan te passen. [De NVZ](#) pleit daarom voor een zogenoemde 'frozen period' waarin het ministerie van VWS, NZa en [DBC](#) Onderhoud geen nieuwe wijzigingen doorvoeren.”

Financiële druk

Dat de financiële druk voor ziekenhuizen is toegenomen, is reeds meerdere malen benoemd. Hoe sterk deze druk is blijkt ook uit het aantal faillissementen uit de afgelopen tijd. Tot enige jaren geleden was het ondenkbaar dat een ziekenhuis in Nederland failliet zou gaan. Begin 2013 is hierin een kentering te zien. In maart dat jaar wordt in het vakblad Medisch Contact hardop de vraag gesteld of het Lageland Ziekenhuis misschien het eerste ziekenhuis in Nederland zou zijn dat failliet zou gaan (Smit, 2013). Medio 2013 blijkt deze twijfelachtige eer niet het Lageland maar het Ruwaard van Putten Ziekenhuis ten deel te vallen.

“In het recente verleden kent het faillissement van het Ruwaard van Putten Ziekenhuis geen precedent. ‘In 1993 ging het Berg en Bosch Ziekenhuis in Bilthoven failliet. Maar toen zat de ziekenhuiswereld heel anders in elkaar, dat is niet te vergelijken’, zei een woordvoerder van de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ) maandag.” ([Volkskrant](#), 24-6-2013)

Ook het Slotervaart Ziekenhuis verkeert dat jaar in zware problemen en kwam onder curatele te staan. Het ziekenhuis werd eind 2013 overgenomen door MC Groep ([Medisch Contact](#), 2-1-2014).

Ook de conclusies uit het de Ziekenhuis Benchmark van BDO (2013) laat zien dat de transitie van de markt de nodige ‘groeipijn’ veroorzaakt. Op basis van hun analyse van de jaarverslagen uit 2012 van 77 van de in totaal 82 algemene ziekenhuizen concludeert het accountantskantoor dat er zowel financieel als organisatorisch nog veel uitdagingen liggen.

Beschrijving van de ziekenhuismarkt samengevat

De Nederlandse ziekenhuissector bestaat uit verschillende concurrentiemarkten. Een ziekenhuis zal in zijn directe regio voornamelijk concurreren op algemene ziekenhuiszorg en bovenregionaal of landelijk op de meer complexe vormen van zorg. Vanuit de marktwerking moeten ziekenhuizen enerzijds met elkaar concurreren terwijl er anderzijds op belangrijke deelgebieden juist weer samenwerking noodzakelijk is. Dat leidt in sommige gevallen tot disfunctionele situaties waarbij ziekenhuizen niet met en niet zonder elkaar kunnen, zoals gebleken is uit de casus van het Admiraal de Ruyter Ziekenhuis en ZorgSaam. Overall bezien zijn ziekenhuizen meer georiënteerd op samenwerken dan concurreren. Om het spanningsveld tussen concurreren en samenwerken te elimineren zijn veel ziekenhuizen fusietrajecten met elkaar ingegaan (zie ook appendix D).

Samenvatting en conclusies

Op basis van de vijfkrachtenanalyse is de context geschetst waarin de afhankelijkheidsrelatie tussen ziekenhuis en zorgverzekeraar zich afspeelt. Tijdens de analyse zijn de claims van Porter & Teisberg (2006) en Drucker (2002) ten aanzien van de complexiteit van de sector nogmaals bevestigd. In deze samenvatting staan we kort stil bij de belangrijkste punten waarin de context van de ziekenhuissector de relatie tussen ziekenhuis en zorgverzekeraar beïnvloedt. Op hoofdlijnen wordt het volgende besproken: het spelersveld waarin ziekenhuizen zich begeven; de druk tot productrationalisatie en de bijbehorende complicaties; welke aspecten zorgen voor onzekerheid in de markt.

Krachtenveldanalyse

De overheid heeft veel invloed op de dynamiek van de ziekenhuissector. De overheid heeft in het krachtenveld zelfs zoveel invloed dat zij in staat is om eenzijdig institutionele veranderingen af te dwingen. De afgelopen decennia heeft de overheid deze invloed dan ook zeer actief aangewend.

Naast de overheid zijn er ook andere spelers en factoren die invloed hebben op het functioneren van een ziekenhuis, waaronder:

- Huisartsen. In de regel laten patiënten het advies van hun huisarts zwaar meewegen in hun ziekenhuiskeuze. Huisartsen hebben daardoor sterke invloed op de patiëntinstroom van ziekenhuizen. Ook voeren huisartsen steeds meer zorgactiviteiten uit die tot voor kort exclusief tot het ziekenhuisdomein behoorden.
- Het aantal ZBC's is tussen 2008 en 2011 verdubbeld. ZBC's concurreren direct met ziekenhuizen op de markt van niet complexe zorg met hoge volumes. Door de sterke focus van ZBC's slagen deze partijen er vaak in om zorg op hetzelfde kwaliteitsniveau tegen lagere kosten aan te bieden.
- Technologische ontwikkelingen zorgen ervoor dat patiënten steeds meer beschikking hebben tot zelfdiagnostiek. Ook is er sprake van continue technologische ontwikkelingen die impact hebben op de doorlooptijd en kostenbasis van behandelingen.

Een samenvatting van de vijfkrachtenanalyse is weergegeven in Figuur 34 (pagina 124).

Herschikking van het zorglandschap

Er is sprake van verplaatsing van zorg naar huisartsen en concurrentie van ZBC's op het gebied van laag complexe zorg. Ook is er actief beleid van overheid en zorgverzekeraars ten aanzien van de 'concentratie en spreiding' van zorgfuncties (zie ook pagina 120). Door deze ontwikkelingen staan ziekenhuizen voor de uitdaging om hun zorgproductmix sterk aan te passen. Deze ontwikkeling, gecombineerd met het weglekken van omzet en een krap afgesteld kostenkader door de overheid, zorgt er voor dat veel ziekenhuizen bovendien financieel onder druk staan. Bij de herschikking van het zorglandschap is sprake van twee complicerende factoren:

1. De kostenstructuur van een ziekenhuis is rigide: Het overgrote deel aan ziekenhuiskosten bestaat uit vastgoed en personeel en is dus maar beperkt variabel.
2. Het aanpassen van het zorgaanbod van een ziekenhuis is een meerjarig proces. Een neurochirurg school je niet 'zomaar even' om tot oncoloog en vice versa. Medisch specialisten hebben diepgaande kennis in hun vakgebied, maar zijn beperkt bekwaam daarbuiten. Het opleiden van specialisten kost gemiddeld vijf tot zes jaar na afronding van hun artsenopleiding.

Onzekerheid

Er zijn diverse thema's die leiden tot onzekerheden bij ziekenhuizen en zorgverzekeraars. Allereerst is er de invloed van het macrobeheersingsinstrument dat bij ziekenhuizen zorgt voor onzekerheid. Als de sector haar financiële kaders overschrijdt mag de Minister middels het macrobeheersingsinstrument de sector als geheel korten. Dat maakt dat ziekenhuizen reserves moeten opbouwen om dergelijke klappen op te vangen, wat weer haaks staat op het principe dat ziekenhuizen geen winst mogen maken.

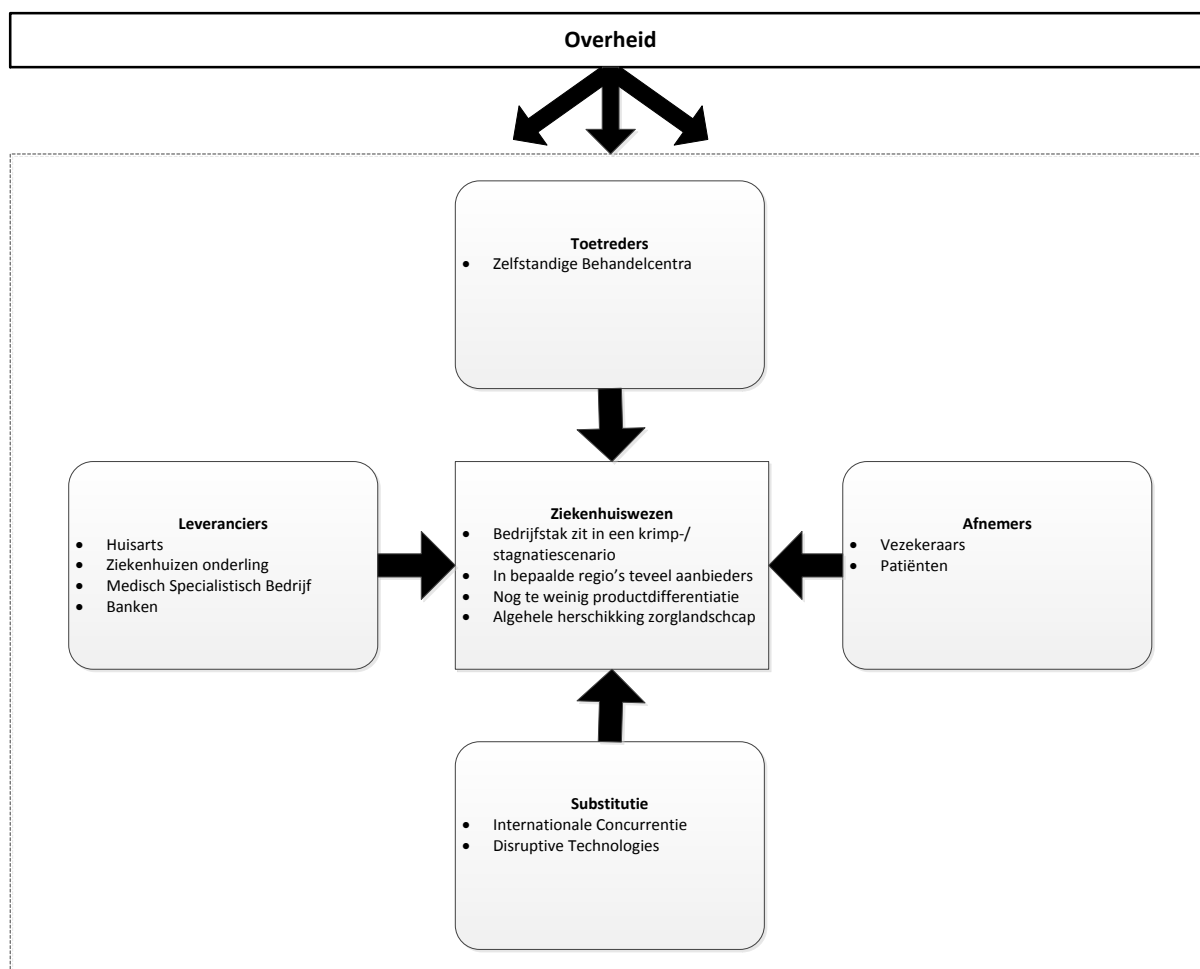
Ook is er sprake van continue veranderingen in wet- en regelgeving. Ook veranderen productstructuren op jaarlijkse basis. Waren er aan het begin van de invoering van het nieuwe stelsel 43.000 verschillende zorgproducten, nu zijn dat er 4.300. Hierdoor is het voor ziekenhuizen lastig om hun productie ten opzichte van het voorgaande jaar te analyseren. Ook doet het een stevig beroep op de interne organisatie en administratie.

Het gebrek aan vergelijkbaarheid van onderlinge productiejaar maakt het bovendien lastiger voor ziekenhuis en zorgverzekeraars aan de onderhandelings tafel.

Verder zorgt de grilligheid van politieke besluitvorming ook voor de nodige onzekerheid. De afgelopen jaren is er continu druk gelegd op zorgverzekeraars om meer selectief in te kopen bij ziekenhuizen. Begin dit jaar is een wetsvoorstel ten aanzien van het inperken van de vrije artskenkeuze in de Eerste Kamer verworpen. Dit betrof een wetwijziging die randvoorwaardelijk is aan het principe van selectieve inkoop. Voor ziekenhuis en zorgverzekeraars was dat een zeer plotselinge verandering van spelregels.

Het gevolg is dat ziekenhuis en zorgverzekeraars beiden moeite hebben met het managen van de risico's die gepaard gaan met deze onzekerheden. Deels wordt dus ook geprobeerd om risico's naar elkaar te verschuiven. Een voorbeeld hiervan is de verschuiving van het dure geneesmiddelen budget van zorgverzekeraars naar ziekenhuizen.

Figuur 34 - Samenvatting vijfkrachtenanalyse ziekenhuissector



Bijlage D: Bestuurlijke indikking

Een andere veel voorkomende interventie is het aangaan van een fusie met andere ziekenhuizen. KPMG (2015) laat in haar jaarlijkse onderzoek naar bestuurlijke samenwerking tussen Nederlandse ziekenhuizen zien dat het aantal zelfstandige ziekenhuizen tussen 2009 en 2014 gedaald is van 116 naar 87 zie ook Figuur 35. Op pagina 127 is tevens een overzicht te vinden van fusies, overnames en coöperatieve samenwerkingsverbanden die in de afgelopen jaar geïnitieerd en/of geëffectueerd zijn.

Slechts een klein deel bestaat volgens Anna van Poucke, voorzitter KPMG Gezondheidszorg ([Zorgvisie](#), d.d. 8 januari 2015) uit overnames welke in de regel acute financiële problematiek als aanleiding hadden:

“Vorig jaar zijn het Slotervaart Ziekenhuis, het Rode kruis Ziekenhuis, het Langeland Ziekenhuis, het Ruwaard van Putten en de Ommelander Ziekenhuis Groep onder financiële druk overgenomen of is de overname van de ziekenhuizen aangekondigd. Deze week is daar de Sionsberg bijgekomen.”

Opvallend is dat als aanleiding voor deze intensivering van bestuurlijke samenwerking slechts 6% van de respondenten in het KPMG onderzoek ‘versterking van onderhandelingsmacht richting zorgverzekeraars’. De voornaamste redenen die worden gegeven zijn: Verhogen van de kwaliteit van reeds aangeboden zorg (65%), kwaliteitscriteria het hoofd bieden (24%), versterking (gezamenlijke) concurrentiepositie (18%), optimalisering van de zorgportfolio (18%), benutten van efficiëntiepotentieel (schaalvoordelen) (18%), versterking solvabiliteit en/of liquiditeit (18%). Toch wordt er van buitenaf regelmatig een verband verondersteld met het bijstellen van de machtsverhoudingen (NRC Handelsblad, d.d. 28-12-2013):

“Verzekeraars zijn veel groter dan ziekenhuizen. Vanwege het machtspeel willen ziekenhuizen zelf ook weer groter worden – wie onmisbaar is heeft macht. Als een ziekenhuis, zoals een grote instelling in Zeeland en Friesland onmisbaar is, moet de verzekeraar wel een toontje lager zingen.”

Ook Marcel Canoy (2014), voormalig hoogleraar zorgeconomie aan de universiteit van Tilburg geeft aan dat de redenen voor zorgbestuurders meestal vaag bleken:

“De redenen om te fuseren waren soms curieus. ‘Bigger is better’, samenwerking werd ingewikkelder gevonden dan fuseren of schaal was nodig om financiële experts in te huren door de complexiteit van financiering.”

Fusiegolf neemt af

KPMG (2015:12) schat in dat het aantal bestuurlijke fusies in de nabije toekomst af zal nemen.

“gelet op de huidige toetsingscriteria met betrekking tot keuze vrijheid voor de patiënt onwaarschijnlijk is dat betreffende ziekenhuizen toestemming zullen krijgen van de Autoriteit Consument & Markt (ACM) voor verdere fusies”.

Ook de invloed van zorgverzekeraars wordt door KPMG (2015:12) als beperkende factor genoemd. Zorgverzekeraars zouden volgens KPMG willen voorkomen dat er te veel fusies plaatsvinden:

“deels vanwege het risico dat ziekenhuizen ‘too big to fail’ worden en daarmee een oneigenlijke marktpositie verkrijgen, en deels omdat de meerwaarde van fusies in termen van kwaliteit en prijs nog niet genoeg opweegt tegen de risico’s die ermee gemoeid zijn.”

Keerzijde van fusies

De recente golf van fusies moet zich nog zetten in de markt. De komende jaren staan bij veel ziekenhuizen dus in het teken van het laten bezinken en verzilveren van bestuurlijke fusies en samenwerkingsverbanden. Daarbij hebben ziekenhuizen soms moeite om hun interne organisatie goed op orde te krijgen wat juist naar de externe omgeving voor zwakte in plaats van versterking zorgt in de onderhandelingspositie, zo blijkt ook bij het Admiraal de Ruyter Ziekenhuis (ARDZ) in Zeeland ([Zorgvisie](#), 19-8-2014b):

“Het ADRZ heeft na de fusie tussen ziekenhuizen in Goes en Vlissingen in 2010 nog steeds te kampen met een negatief imago. De woordvoerder erkent: ‘Wij hebben te weinig aandacht besteed aan onze organisatie en soms lange wachttijden. Daar hebben we een verbeterprogramma voor opgezet.’”

Het oordeel van KPMG (2015:12) ten aanzien van het succes van de ziekenhuisfusies onderschrijft de moeizame

“Fusies komen niet makkelijk tot bloei. Uiteindelijke resultaten blijken regelmatig tegen te vallen of zelfs uit te blijven.”

Figuur 35 - Afname aantal zelfstandige ziekenhuizen (overgenomen uit: KPMG, 2015)

(Verwachte) afname zelfstandige ziekenhuizen	Realisatie 2014
Aantal ziekenhuislocaties (2014)	290
Aantal zelfstandige ziekenhuizen, begin 2009	116
Afname aantal zelfstandige ziekenhuizen als gevolg van gerealiseerde fusies/overnames 2009-2012	5
Aantal zelfstandige ziekenhuizen, begin 2012	111
Afname aantal zelfstandige ziekenhuizen als gevolg van gerealiseerde fusies/overnames 2012-2013	4
Aantal zelfstandige ziekenhuizen, begin 2013	107
Afname aantal zelfstandige ziekenhuizen als gevolg van gerealiseerde fusies/overnames 2013-2014	9
Aantal zelfstandige ziekenhuizen, anno nu	98
Mogelijke afname aantal zelfstandige ziekenhuizen als gevolg van voorgenomen fusies/overnames	8
Aantal zelfstandige ziekenhuizen, in de toekomst op korte termijn	90
Mogelijke afname aantal zelfstandige ziekenhuizen die zich in het voorstadium van bestuurlijke samenwerking bevinden	3
Mogelijk aantal zelfstandige ziekenhuizen in de toekomst op langere termijn	87

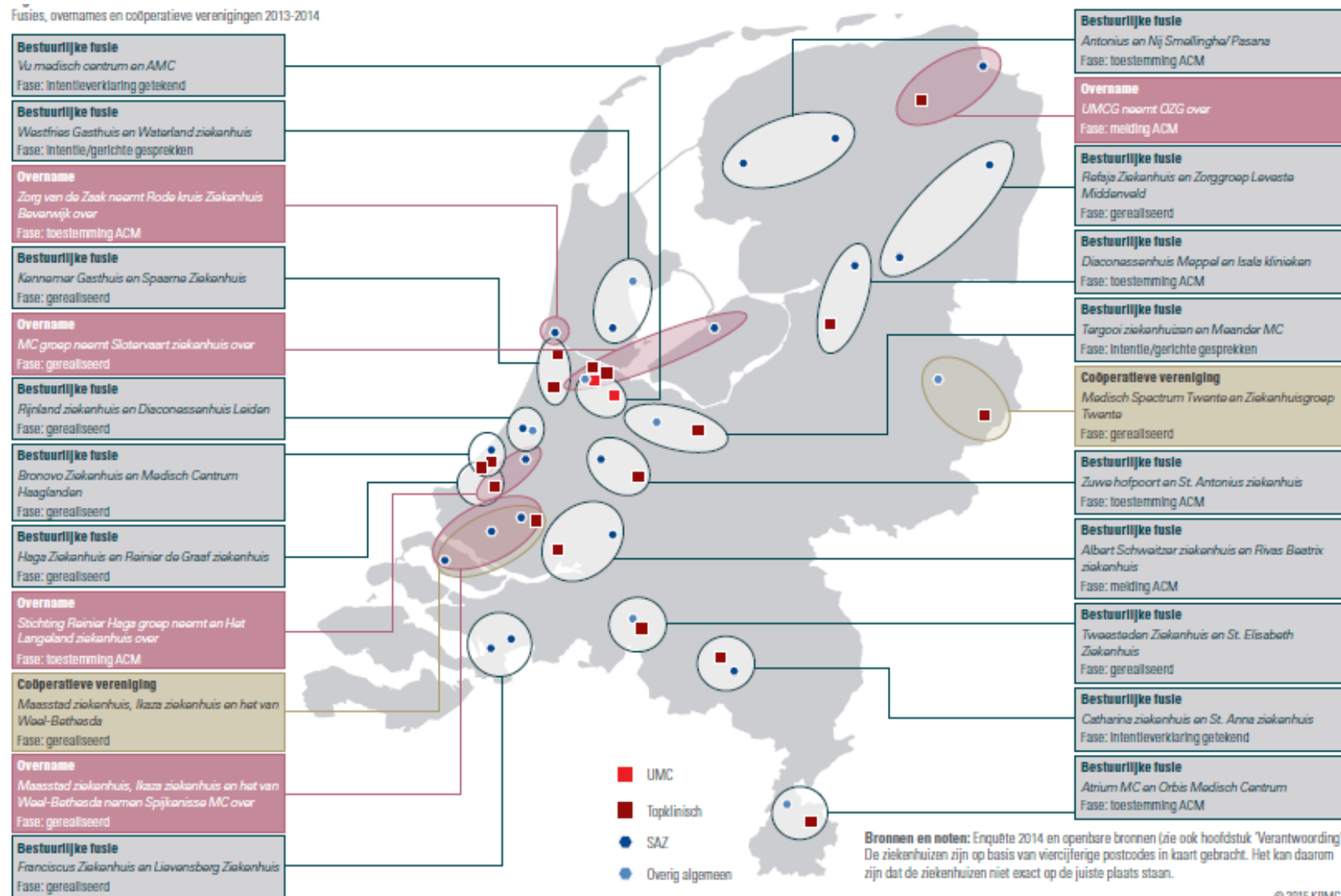
FUSIEVORMEN

Bij een **bestuurlijke fusie** blijven de fusiepartners als afzonderlijke rechtspersonen voortbestaan, maar komen zij onder een gemeenschappelijk bestuur en een (deels) gemeenschappelijke raad van toezicht te staan.

Een **juridische fusie** is een veel verdergaande vorm van samenwerking: in de meest gangbare vorm gaan beide partners op in een nieuw op te richten rechtspersoon. Daarin worden alle activa en passiva ondergebracht van de beide partners, die daarbij ophouden te bestaan als zelfstandige entiteit.

Figuur 36- Overnames, fusies en coöperatieve samenwerkingsverbanden 2013-2014 (bron: KPMG, 2015)

Fusies, overnames en coöperatieve verenigingen 2013-2014



Bijlage E: Interviews

Interview Financieel Directeur Ziekenhuis 1

[Niet gepubliceerd. Separaat verstrekt aan afstudeercoach en meelezer.]

Interview Manager Sales en Marketing Ziekenhuis 1

[Niet gepubliceerd. Separaat verstrekt aan afstudeercoach en meelezer.]

Bijlage F: Analyse tabellen X- en Z-factoren

X-Factoren

	Y	X ₁	X ₂	X ₃	X ₄
Unilateraal					
CASE1 (VUmc)	Positief	Zwak	++	Redelijk	Significant
CASE2 (Radboud UMC)	Positief	Matig	++	Goed	Significant
CASE3 (Slotervaart)	Negatief	Hoog	≈	Zwak	Significant
Bilateraal					
CASE4 (Diakonessenhuis)	Positief	Matig	≈	Goed	Significant
CASE5 (Laurentius)	Positief	Zwak	≈	Goed	Significant
CASE6 (MCA)	Negatief	Matig	+	Zwak	Significant
CASE7 (OZG)	?	Zwak	≈	Zwak	Significant

Toelichting factoren:

Y = Resultaat van de interventie

X₁ = Concentratiegraad van ziekenhuizen in de regio

X₂ = Uniciteit zorgaanbod

X₃ = Financiële veerkracht van het ziekenhuis

X₄ = Marktaandeel van de zorgverzekeraar

Z_n = Overige factoren die mogelijk hebben bijgedragen aan het resultaat van de interventie

Z-Factoren

	Y	Z ₁	Z ₂	Z ₃	Z ₄
Unilateraal					
CASE1 (VUmc)	Positief	++	Adaptief	≈	Ja
CASE2 (Radboud UMC)	Positief	≈	Adaptief	+	Ja
CASE3 (Slotervaart)	Negatief	≈	Statisch	–	Nee
Bilateraal					
CASE4 (Diakonessenhuis)	Positief	+	?	≈	Ja
CASE5 (Laurentius)	Positief	+	?	≈	Ja
CASE6 (MCA)	Negatief	–	?	≈	?
CASE7 (OZG)	?	+	?	≈	Ja

Toelichting factoren:

Y = Resultaat van de interventie

Z₁ = Inclusie derde partij?

Z₂ = Ontwikkeling van de interventie

Z₃ = Effect timing interventie

Z₄ = Op zoek naar een gezamenlijk belang met de zorgverzekeraar?

Legenda 'bijdrage aan positie vanuit het oogpunt van het ziekenhuis':

	Sterke positie
	Redelijke positie
	Zwakke positie
	Neutrale positie
	Waarde onbekend (?)