

Samenwerkende ziekenhuizen in een concurrerende markt

Startende marktwerking in de Nederlandse gezondheidszorg 2006-2007

Markt in beweging

Scriptie
M.R. Hengeveld
Studentnummer 297822
Begeleiders: drs. B.M. Van Ineveld & drs P.Dohmen
Meelezer: Prof dr. Robert Huijsman MBA
Hengelo (o) 2006-2007

Instituut Beleid en Management Gezondheidszorg
Erasmus Medisch Centrum Rotterdam
Erasmus Universiteit Rotterdam

"Nature uses extraordinarily ingenious techniques to avoid conflict and competition, and that cooperation is extraordinarily widespread throughout all of nature" (Source unknown)



"The following are the peculiarities of the crocodile ... as it lives chiefly in the river, it has the inside of its mouth constantly covered with leeches; hence it happens that, while all the other birds and beasts avoid it, with the trochilus it lives at peace, since it owes much to that bird: for the crocodile, when he leaves the water and comes out upon the land, is in the habit of lying with his mouth wide open, facing the western breeze: at such times the trochilus goes into his mouth and devours the leeches. This benefits the crocodile, who is pleased, and takes care not to hurt the trochilus". (Herodotus, Histories, 2:68) (picture is a digital reconstruction).

Voorwoord

“36.000 ”

Bij benadering heb ik in twee jaar tijd 36.000 km afgelegd om deel te kunnen nemen aan het schakeljaar gezondheidswetenschappen en de master Zorgmanagement. Via treintaxi, trein, metro en te voet wekelijks vanuit Enschede/Hengelo naar Rotterdam. Een wereldreis.

Met een aantal jaren werkervaring als bagage ben ik in 2002 in de avonduren opnieuw gaan studeren. Bij de afronding van een driejarige post-HBO opleiding bedrijfskunde had ik de smaak van het studeren flink te pakken en was ik zoekende naar een vervolgopleiding op academisch niveau. Door mijn leidinggevende werd ik gewezen op het instituut Beleid en Management van de Gezondheidszorg (iBMG). Dankzij mijn leidinggevende en begripvolle collega's is het voor mij mogelijk gemaakt om wekelijks naar Rotterdam af te reizen en deel te nemen aan deze opleiding. Gedurende de afgelopen twee jaar was er veel interesse en wisten jullie mij te stimuleren en motiveren. Hiervoor bedankt.

Na twee jaar zwoegen en zweten heb ik tussen het werk als afdelingshoofd van een laboratorium en mijn rol als pappa voldoende tijd bij elkaar geschraapt om dan nu mijn scriptie te mogen presenteren ter afronding van de master Zorgmanagement.

Het onderwerp samenwerken of concurreren sprak mij direct aan vanwege het brede onderzoeksperspectief waarbij een financiële insteek werd gecombineerd met een bestuurlijke / strategische perspectief. Doorslaggevend was de actualiteit van het onderwerp.

Mijn dank gaat uit naar mijn begeleiders Martin Van Ineveld, Peter Dohmen en Robert Huijsman. Martin, bedankt dat jij in de laatste fase van deze wereldreis mijn gids wilde zijn. Met je kritische opmerkingen heb jij mij veel inzichten gegeven waar ik in de toekomst veel aan zal hebben. Je bent verder gegaan met je ondersteuning dan menig ander. Bedankt hiervoor.

Verder wil ik bedanken mijn collega Joyce van Zon. In feite heb je samen met mij de opleiding doorlopen. Je was een luisterend oor, kwam met advies, feedback en offerde zelfs onbaatzuchtig een vrije zondag op om mij te helpen. Je bent super.

De combinatie van deze voltijdopleiding, een fulltime baan, verhuizing van Enschede naar Hengelo, de geboorte van mijn dochter Eline en het opzetten van een psychologiepraktijk door mijn vrouw hebben een onvoorstelbare zware belasting gelegd op ons gezins- en sociaal leven. Deze scriptie en de afronding van de opleiding had nooit tot stand kunnen komen zonder de altijd klaarstaande en begripvolle ouders en schoonouders die met voelbare liefde ons ondersteund hebben. Woorden schieten tekort. Hetzelfde geldt voor mijn broers, zus, zwagers, schoonzussen en vrienden die altijd begrip hadden voor mijn beperkte aanwezigheid.

Natuurlijk noem ik hier mijn studiematjes. Elize, Hanneke, Ilse, Inge, Marian, Martijn, Tessa en Wouter hebben mij veel plezier, geouwehoer, lol, feedback en ondersteuning gegeven. Met elkaar hebben wij ons er doorheen gesleept. Wat een tijd.

Lieve Ilse, het is onmogelijk om hier alles te verwoorden wat jij voor mij hebt gedaan, opgeofferd hebt en mogelijk gemaakt hebt voor mij om dit punt te kunnen bereiken. Ik bewaar mijn woorden voor ons samen zodat je mijn dankbaarheid in mijn ogen kan zien. Met de afronding van vijf jaar opleiding stopt "mijn tijd" en begint "onze tijd" weer.

Zo, Twan,

Pappa is nou helemaal klaar met woordjes maken voor school. Nou gaan we voetballuh, fietsen en vechten met heeeeeeeeeeeeeeele groooooooooootte stokken. Ga je mee?

Marcel Ronald Hengeveld,
Hengelo, september 2007

Samenvatting

Doel: Het doel van dit onderzoek is om inzichtelijk te maken welke mogelijkheden en beperkingen bestuurders van ziekenhuizen hebben bij het aangaan van een ketenverband om een strategische positieverbetering in een ontwikkelende gezondheidszorgmarkt te bewerkstelligen.

Methode: In dit kwalitatief onderzoek is naast een documentanalyse en casusvergelijk gebruik gemaakt van semi-gestructureerde interviews bij respondenten en een groep actoren uit de gezondheidszorg.

Resultaten: Met ziekenhuisketenvorming hopen bestuurders dat zij het mogelijk te maken dat ketendeelnemers gezamenlijk doelstellingen realiseren die afzonderlijk niet haalbaar zijn. De doelstellingen richten zich op backoffice activiteiten; inkoop, het delen van resources en de inrichting en verdeling van zorgfuncties. Front office doelstellingen richten zich op de vorming van een keurmerk / merknaam. Afhankelijk van een best fit komen ketendeelnemers tot elkaar. Hierbij is een goede relationele band en persoonlijk vertrouwen tussen bestuurders van belang.

Ziekenhuizen die deel willen nemen aan een ketenverband doorlopen de volgende drie stappen:

- Vaststellen huidige positie ziekenhuis
- Strategische concurrentiepositie vaststellen
- Plannen om te komen tot gewenste ketenstructuur

Voor de vaststelling van de huidige positie is in dit onderzoek een eerste aanzet tot een beoordelingsmodel geïntroduceerd (quick scan). Deze draagt bij om globale integratie en formalisatie-eisen aan een beoogde ketendeelnemer te geven om de verschillende bovengenoemde soorten doelstellingen succesvol te kunnen realiseren.

Ziekenhuizen die deel willen nemen in een keten zullen duidelijke doelstellingen moeten formuleren over welke positie zij willen innemen in een dynamische marktomgeving. Hiertoe zijn uit het onderzoek dimensies (aanbod gestuurd) geformuleerd die bij de vorming van doelstellingen van belang zijn en het quick scan proces ondersteunen.

Uit het onderzoek komt naar voren dat op het gebied van integratie van ketendeelnemers weinig aansluiting is van theorie en praktijk. Ziekenhuisbestuurders houden bij de inrichting van een ziekenhuisketen weinig rekening met de samenhang tussen ketendoelstellingen en producttype van de keten en de vereiste mate van integratie. Een intentieverklaring alleen, is volgens andere actoren uit de gezondheidszorg geen garantie voor succes. Van buitenlandse ketens valt bovendien te leren dat zij in sterke mate integreren en processen stroomlijnen bij aanbod van gelijke producten in tegenstelling tot de Nederlandse varianten.

Zoals in elk commercieel bedrijf is evaluatie een middel om de performance inzichtelijk te maken. Hiertoe zal men in ziekenhuisketens gebruik moeten maken van kritische succesfactoren en prestatie-indicatoren om de performance van de keten vast te stellen en bij te sturen indien nodig.

De beperkingen van ketenvorming komen tot stand door een slechte fit tussen de ketendeelnemers. Dit wordt veroorzaakt door verschillende strategische doelen van deelnemers waardoor de mate van integratie en resourcedeling onvoldoende aansluiten bij de eisen van de keten en het vertonen van opportunistisch gedrag door bestuurders. De juiste fit hangt daarom af van een goede partnerkeuze. Verder beperken toezichthouders op de gezondheidszorg de mogelijkheden door per geval te beoordelen of er voldoende concurrentiemogelijkheden zijn en of er geen ongewenst gedrag in de markt plaatsvindt. Ketenvorming geeft de zorgverzekeraar de mogelijkheid om bij onderhandelingen de keten als één organisatie te benaderen en niet als vertegenwoordiger van onafhankelijke organisaties. De beoogde schaalvoordelen van de keten veranderen hierdoor mogelijk in nadelen.

Zoals bij elke keten bepaalt de zwakste schakel de kracht van de keten. In de onderzochte ketens is geen sprake van uitreedregels en is het aantal vrijheidsgraden maximaal. Een verandering in omgevingsfactoren kan huidige strategieën van deelnemers doen wijzigen en opportunistisch gedrag doen opkomen, waardoor de keten alsnog gemakkelijk verbroken kan worden.

Tenslotte kan ketenvorming onderdeel zijn van een strategie die zich richt op risicobeperking, samenwerking om toetredingsmogelijkheden door derden te voorkomen en zodoende (tijdelijk) een voorspelbare en veilige marktomgeving te creëren.

Conclusie: Ketenvorming biedt mogelijkheden voor het verbeteren van de strategische concurrentiepositie voor ziekenhuisbestuurders, mits ketendoelen van tevoren goed gedefinieerd worden, de juiste fit en integratieniveau wordt gevonden, en de bereidheid aanwezig is om de individuele organisaties in dienst te stellen van de ketenstrategie. Door binnen de kaders van toezichthouders te werken en gebruik te maken van evaluatie- en prestatie-indicatoren kunnen beperkingen worden geminimaliseerd. In zo'n geval is ketenontwikkeling een ontwikkeling die maatschappelijk acceptabel is.

Aanbeveling: aanvullend onderzoek naar het in dit onderzoek opgezette beoordelingsinstrument, is aan te raden. Aanvullend onderzoek dient zich te richten op uitbreiding van het model met vraaggestuurde aspecten. Eveneens moeten er vraaggestuurde onderzoeksdimensies worden vastgesteld.

Ketenvormen blijken divers te zijn qua doelstelling en positioneringstrategie. Een onderverdeling van subketens en uitbreiding van respondenten per keten in toekomstig onderzoek kan de relatielegging tussen mogelijkheden en beperkingen van de gekozen ketenvorm verbeteren. Tenslotte dient het onderzoek sterk afgebakend te worden. Per type keten wordt aanvullend onderzoek naar doelstellingen en prestatiemeting van de keten aanbevolen.

Abstract

Purpose: the purpose of this investigation is to gain insights into the possibilities and limitations that hospital executives have when starting or joining a hospital chain in order to gain an improved competitive position in a developing healthcare market.

Methods: in this qualitative study semi structured interviews were used in addition to a document analysis and case comparison with respondents and a group of health care stakeholders.

Results: by forming hospital chains, hospital executives want to make it possible for the participants in the hospital chain to realise objectives that they cannot reach by themselves. Objectives are focussed on backoffice activities; purchasing, resource sharing and the arranging and distribution of care products. Frontoffice objectives are focussed on the formation of a brand or quality mark. Depending on a best fit potential hospital chain members will come to one and other. Good relations and personal trust between hospital executives is of significant importance.

Hospitals that wish to participate in a hospital chain go through the following three steps:

- Determining the current hospital position
- Determining strategic competitive position
- Plan for developing the desired hospital chain structure

This study presents a first step for an assessment model that can determine the current position (quick scan). The model contributes to the effort to give a hospital chain participant insights in the organizations integration and formalization requirements in order to achieve the earlier mentioned objectives of hospital chains.

Hospitals that want to participate in a hospital chain will have to develop clear objectives about the position they want to have in the dynamic market. To aid the development of objectives this study formulated different dimensions (mostly supply) that offer support in the quick scan process.

This study shows that there is little relationship between theory and practice in the integration aspect of hospital chain formation. Hospital executives take little consideration about the relation between the choice in chain objectives and type of product and the forthcoming ordained level of integration. A declaration of intent alone is no guarantee for success, according to stakeholders. In addition, foreign (European) hospital chains, in contrast to their Dutch counterparts, show that they integrate vastly and streamline their work processes when offering same type products.

As in any commercial enterprise, evaluation is a mean to assess the performance. To do so, a hospital chain must use critical success factors and performance indicators to establish the performance and adjust if necessary.

Limitations of hospital chains come into being when a bad fit between participants is in place. It originates through different strategic participant objectives that results in inadequate integration and resource sharing as required by the hospital chain demands. Also through displaying of opportunistic behaviour of hospital executives. The right fit therefore depends on a good partner selection. Furthermore, government regulatory departments constraint the possibilities by judging each case separate when dealing with assessing market behaviour and competition in the health care market. Hospital chains make it possible for health care insurers to negotiate with a hospital chain as if it were one coherent organization in stead of a representation of independent organizations. Preconceived possibilities of increased scale might come around as disadvantages.

As with any chain its strength is determined by its weakest link. The investigated hospital chains have no rules for withdrawing and give maximum degrees of freedom for the participants. A change in the market environment can change current strategies of participants and allow opportunistic behaviour to appear, which in turn can undermine the linkages between chain participants.

Hospital chains can also be part of a strategy that is focussed on limiting risk, making it difficult for new market entrants to gain access to the market and thereby creating a (temporary) predictable and safe market environment.

Conclusions: hospital chains offer possibilities for improving the strategic competitive position for hospital executives, provided that, hospital chain objectives are well defined in an early stage of formation, the right fit and integration level is found and the willingness is in place for individual participants to commit themselves to serving the hospital chain strategy. Playing the field within boundaries of governmental regulatory agencies and usage of evaluation- and performance indicators can minimize limitations. In such a case the development hospital chains can be acceptable for the Dutch society.

Recommendation: complementary study into the proposed assessment model is recommend. This should focus on implementing demand aspects. This also applies tot the formation of demand dimensions that aid the quick scan process.

Hospital chains appear to be divers in terms of objectives and positioning strategy. A subdivision of hospital chains and increase of respondents per hospital chain in future studies can enhance the findings between the type of hospital chain and the possibilities and limitations. Future studies should be limited to one type of hospital chain. For every type of hospital chain complementary inquiries into objectives and performance is recommended.

Inhoudsopgave

| | | |
|---------|--|----|
| 1 | Inleiding..... | 1 |
| 1.1 | Probleemanalyse | 1 |
| 1.2 | Doelstelling..... | 3 |
| 1.3 | Probleemstelling..... | 4 |
| 1.4 | Leeswijzer | 5 |
| 2 | Theoretisch kader..... | 6 |
| 2.1 | Bedrijfskundige theorie strategie en ketenvorming..... | 6 |
| 2.1.1 | Strategieproces | 6 |
| 2.1.2 | Strategische concurrentiepositionering | 7 |
| 2.1.2.1 | Strategische competitieve concurrentiepositionering..... | 8 |
| 2.1.2.2 | Strategische coöperatieve concurrentiepositionering..... | 9 |
| 2.1.3 | Samenwerking in plaats van concurrentie..... | 10 |
| 2.1.3.1 | Ketensamenwerking verkiezen boven fusie | 12 |
| 2.1.3.2 | Partnerkeuze..... | 13 |
| 2.1.3.3 | Inrichting en aansturing van de keten | 14 |
| 2.2 | De gezondheidszorgmarkt | 15 |
| 2.2.1 | Marktintroductie gezondheidszorg | 15 |
| 2.2.2 | Gezondheidszorg: markt in ontwikkeling..... | 16 |
| 2.2.3 | Ziekenhuis coöperatieve concurrentiestrategie | 17 |
| 2.2.4 | Marktwerving: de rol van DBC's | 19 |
| 2.2.5 | Toezichthouders marktmacht..... | 20 |
| 2.2.6 | Internationaal vergelijk | 21 |
| 2.3 | Eerste aanzet tot een beoordelingsinstrument | 22 |
| 2.3.1 | Theoretische onderbouwing beoordelingsinstrument..... | 22 |
| 2.3.2 | Quick scan generieke indeling ziekenhuisketen..... | 23 |
| 2.3.2.1 | Besef status-quo: wat is de strategische positie | 23 |
| 2.3.2.2 | Keuzemogelijkheden: alternatieve ketenstrategieën..... | 24 |
| 2.3.2.3 | Keuze maken: welke concrete plannen en acties zijn noodzakelijk | 24 |
| 2.3.3 | Performance en evaluatie van de keten | 25 |
| 2.4 | Theoretische benadering probleemstelling | 26 |
| 3 | Methoden van onderzoek..... | 30 |
| 3.1 | Onderzoeksdesign | 30 |
| 3.2 | Betrokken instellingen en respondenten | 30 |
| 3.3 | Dataverzameling | 32 |
| 3.4 | Triangulatie / validiteit / betrouwbaarheid / representativiteit..... | 33 |
| 3.5 | Ethische dilemma's | 33 |
| 4 | Resultaten | 34 |
| 4.1 | Introductie onderzochte ketens | 34 |
| 4.2 | Empirische resultaten geordend per onderzoekstopic | 38 |
| 4.2.1 | Strategische concurrentiepositie | 38 |
| 4.2.2 | Competitieve of coöperatieve concurrentiestrategie | 39 |
| 4.2.3 | Coöperatieve concurrentiestrategie | 42 |
| 4.2.4 | Ketensamenwerking verkiezen boven fusie | 45 |
| 4.2.5 | Partnerkeuze en adherentie..... | 47 |
| 4.2.6 | Inrichting en aansturing van de keten afhankelijk van adherentie en doelstelling | 51 |
| 4.2.7 | Evaluatiemogelijkheden | 54 |
| 4.2.8 | Conclusie samenvatting | 55 |
| 5 | Conclusie | 59 |
| 5.1 | Conclusie: deelvragen beantwoording | 59 |
| 5.1.1 | Hoe is de interne organisatie van ziekenhuisketens vormgegeven?..... | 59 |
| 5.1.2 | Op welke wijze heeft invoering van marktwerving geleid tot de opkomst van ziekenhuisketens?..... | 60 |

| | | |
|-------|--|----|
| 5.1.3 | Welke strategische overwegingen, mogelijkheden en beperkingen zijn er bij deelname aan ziekenhuisketens voor ziekenhuisbestuurders? | 61 |
| 5.1.4 | Welke overwegingen worden gemaakt met betrekking tot partnerkeuze om een optimale fit tussen ziekenhuisketen deelnemers te garanderen? | 62 |
| 5.1.5 | Welke mogelijkheden en beperkingen geven toezichthouders op de Nederlandse gezondheidszorg aan de marktmachttoename van ziekenhuizen bij verschillende ketenvormen?..... | 63 |
| 5.2 | Conclusie: probleemstelling beantwoording | 65 |
| 6 | Discussie & aanbevelingen | 68 |
| 6.1 | Beperkingen van het onderzoek..... | 68 |
| 6.2 | Aanbevelingen | 69 |
| 7 | Referenties | 75 |
| 8 | Bijlagen | 78 |

1 Inleiding

In 2005 luidt de boodschap van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en sport dat het Nederlandse zorgstelsel onder druk staat en grondig moet worden herzien (beleidsagenda 2005). Herziening gaat uit van de gedachte dat door het geven van ruimte aan zorgverzekeraars, zorgaanbieders en zorgconsumenten om zelf te beslissen en sterker te laten confronteren met de financiële gevolgen van hun keuzen, de doelmatigheid vanzelf toeneemt (Geest 2005: 97). Het nieuwe stelsel rust op twee pijlers; een basisverzekering (ZVW 2006) en gereguleerde marktwerking. Het doel van marktwerking is om meer prikkels te geven voor een doelmatige zorgverlening. De prikkel tot doelmatigheid komt tot stand door versterking van de vraagzijde plaats te laten vinden in plaats van regulering van de aanbodzijde (Schut 2005). Invoering van Diagnose Behandel Combinaties (DBC's) in 2005 maakt het onderhandelen tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders op volume en prijs (kwaliteit) mogelijk voor ongeveer tien procent van de ziekenhuiszorg en beoogt bij te dragen aan doelmatigheid. Zorgverzekeraars hebben sindsdien een reeks fusies afgerond. Hierdoor heeft concentratie plaatsgevonden en is de inkoopmacht van de zorgverzekeraars vergroot. Als tegenreactie van de ziekenhuizen is ketenvorming tussen ziekenhuizen zichtbaar in 2006. Deze ontwikkeling ontstaat naast een bestaande traditionele keten zoals de Stichting Samenwerkende Rijnmond Ziekenhuizen (SRZ), bestaande uit elf ziekenhuizen in de regio Rijnmond. Momenteel zijn er twee ziekenhuisgroepen die aangekondigd hebben dat zij een keten gaan vormen. Ten eerste is er een keten van zes STZ-ziekenhuizen: Onze Lieve Vrouwe Gasthuis, St. Antonius, Canisius-Wilhemina, Medisch Centrum Haaglanden, Catharina en het Martini. Daarnaast is er een keten van drie ziekenhuizen: Bronovo-Nebo, Goudse Groene Hart en 't Lange Land.

De Nederlandse Mededingingsautoriteit (NMa) en de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) hebben reeds beleid in werking gesteld of hebben consultatievisies vrijgegeven op welke wijze zij de positie van de zorgconsument in bescherming nemen. De markt is in beweging.

1.1 Probleemanalyse

De afgelopen jaren heeft gereguleerde concurrentie haar intrede gedaan in de Nederlandse gezondheidszorg. Het aanbodbeheersingssysteem gebaseerd op functiegerichte budgettering gaf onvoldoende prikkels voor productieverhoging en stimuleerde onvoldoende doelmatigheid en vernieuwing in de zorg. Er bestond geen nauwkeurige relatie tussen de vergoedingen en kosten in de gezondheidszorg (Lapré 1999:214). Vanaf 1 januari 2005 is een nieuw bekostiging- en honoreringssysteem ingevoerd voor de Nederlandse ziekenhuizen en medisch specialisten. Dit systeem is gebaseerd op de Diagnose Behandeling Combinatie (DBC).

Het DBC-systeem heeft een beperkt deel, de planbare-niet complexe zorg (gemiddeld tien procent), van het stelsel van functiegerichte budgettering van ziekenhuizen en de lumpsum-financiering van medisch specialisten vervangen. Op den duur zal functiegerichte budgettering in toenemende mate worden vervangen door het DBC-systeem.

De DBC-systematiek wordt gezien als een belangrijk instrument in de overgang naar een vraaggestuurd stelsel voor de gezondheidszorg. Het invoeren van DBC's moet leiden tot betere middelenallocatie en transparantie van kostprijzen. Een DBC omvat alle activiteiten van ziekenhuizen en medisch specialisten die voortvloeien uit de zorgvraag van de patiënt (Ministerie van VWS, 2005). Voor elke DBC wordt een prijs vastgesteld die gebaseerd is op de werkelijke kosten voor de productie van een zorgproduct. Er wordt onderscheid gemaakt tussen een A- en B-segment. Het A-segment (ongeveer 90% van zorg) heeft een tarief dat door de NZa is vastgesteld. De overige tien procent is vrij onderhandelbaar tussen de zorgverlener en de zorgverzekeraar. De onderhandelingen tussen zorgverzekeraars, ziekenhuizen en medisch specialisten over volume, prijs en kwaliteit, worden gefaciliteerd door dit stelsel van zorgproducten die transparant zijn, medisch herkenbaar en kostenhomogeen. Daarnaast zijn in dit stelsel zorgverzekeraars aanspreekbaar voor hun verzekerden voor het contracteren van voldoende zorg (DBC onderhoud 2006). De toegenomen kosten transparantie en kostenbewustzijn van actoren dragen bij aan de door de overheid beoogde gereguleerde concurrentie (DBC onderhoud 2006). Inmiddels werken de Nederlandse ziekenhuizen volgens de hierboven beschreven DBC methodiek.

Sinds de invoering van DBC's in 2005, is de concurrentie nog minimaal op gang gekomen. Zorgverzekeraars contracteren breed en verzekerden worden weinig gestuurd (Knop 2006). Ziekenhuizen kiezen ervoor om op ziekenhuisniveau enerzijds te onderhandelen over DBC pakketten en anderzijds per DBC prijs (Van Ineveld 2006). Hierdoor wordt de beoogde transparantie en relatielegging tot het niveau van zorgprocessen kleiner. Verder is er een fusiegolf van zorgverzekeraars op gang gekomen sinds de invoering van DBC's (Zorgvisie 2006). De verhoudingen in de markt tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars zijn hierdoor anders dan voorheen. Ziekenhuizen zijn in vergelijking met de zorgverzekeraars kleine partijen en regionaal actief. In 2006 hebben een aantal verzekeraars (Agis, Delta Lloyd / Ohra en Menzis en daarnaast VGZ en Univé), die gezamenlijk 8,2 miljoen klanten vertegenwoordigen, aangekondigd te willen fuseren tot twee bedrijven. Gezamenlijk bedienen zij 51 % van de markt, uitgaande van 16 miljoen Nederlanders (NRC 2006). De fusieplannen van de eerste combinatie zijn op het laatste moment gestaakt. De fusiestrategie echter blijft doorgaan. Schadelastbeperking en kostenbesparing worden aangegeven als de hoofdreden voor de fusies. Verder verwachten de zorgverzekeraars scherpere prijzen te kunnen bedingen in de onderhandelingen met zorgaanbieders, waaronder ziekenhuizen. Tenslotte krijgen de nieuwe bedrijven een betere landelijke dekking. Zorginstellingen, zowel care als cure, fuseren of werken samen om beter in staat te zijn om te innoveren of om sterker te staan tegenover zorgverzekeraars. In het geval van care/AWBZ instellingen is de fusiegolf al veel langer gaande. Voor cure/ziekenhuizen is het een nieuw fenomeen (Het Financieel Dagblad 2006).

Nederland heeft ongeveer honderd ziekenhuizen die onderhandelen met zorgverzekeraars. Deze zijn onderverdeeld in academisch, categoriaal en algemeen. Een groep van zes grote topklinische ziekenhuizen wil een ziekenhuisketen vormen met één merknaam om meer weerstand te kunnen bieden in onderhandelingen met zorgverzekeraars. De ontwikkeling van ziekenhuisketens is nieuw en geeft aan dat de keuzemogelijkheden voor ziekenhuizen qua positioneringstrategieën ten opzichte van zorgverzekeraars aan het uitbreiden zijn. De minister van VWS heeft al herhaaldelijk gezegd verbaasd te zijn over het gebrek aan ketenvorming bij de ziekenhuizen (Het Financieel Dagblad 2006). De toegenomen schaalgrootte leidt wenselijk tot inkoop- en financieringsvoordelen van de ziekenhuizen. Uitwisseling van kennis, personeel en logistieke efficiëntie beoogt men hierbij te bevorderen (Zorgvisie 2006).

Hoewel marktwerking in de gezondheidszorg zich in een vroeg stadium bevindt, zijn zorginstellingen meer dan in het verleden bezig met strategische keuzes, gericht op winst-, omzet- of volumemaximalisatie ter ondersteuning van de onderhandelingspositie met zorgverzekeraars en zorgverleners. De overgang van aanbodbeheersing naar vraagsturing heeft er mede toe geleid dat instellingen zich bewust worden van, en reageren op, hun omgeving. Actie zorgt voor een even grote reactie die precies het tegenovergestelde is van de actie. De fusies en ketenvorming leiden tot andere onderlinge machtsverhoudingen. Dit heeft gevolgen voor afnemers van zorgproducten (consumenten).

De overheid heeft in dezen de taak om erop toe te zien dat marktwerking wordt ingezet ten behoeve van het consumentenbelang (NZa 2006). Om te voorkomen dat zorgaanbieders of zorgverzekeraars Aanmerkelijke Marktmacht (AMM) verkrijgen, is de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) een consultatiedocument aan het uitwerken tot een visiedocument AMM en beleidsregels AMM. Hierin wordt het algemeen consumentenbelang geconcretiseerd door middel van de drie publieke belangen die de NZa voor de zorgsector behartigt: toegankelijkheid, kwaliteit en betaalbaarheid. De Nederlandse Mededingingsautoriteit heeft in 2004 een visiedocument opgesteld met betrekking tot concurrentie in de ziekenhuissector (NMa 2004). Over de wijze van samenwerking bij aangelegenheden van wederzijds belang is een protocol door de NMa in samenwerking met de NZa opgesteld (NMa 2006). Momenteel is het nog onduidelijk op welke wijze het nog op te stellen beleid interfereert met de uitwerking van ziekenhuisketens en de daarmee beoogde strategische doelstellingen.

1.2 Doelstelling

Dit onderzoek beoogt de beperkingen en mogelijkheden van ziekenhuisbestuurders vast te stellen die horen bij de vorming van ziekenhuisketens. De resultaten van het onderzoek moeten weergeven wat het beoogde doel van ziekenhuisketenvorming is, welke ketenvorm de beste fit voor een organisatie geeft. Hoe deze tot stand komt, geëvalueerd wordt en welke doeleinden, aspecten en strategieën voor de instellingen aanwezig en haalbaar zijn.

Verder om te onderzoeken in welk geval het wel, onduidelijk of niet aantrekkelijk is om deel te nemen aan een keten. Het spanningsveld tussen samenwerken en concurreren tussen ziekenhuizen onderling zal inzichtelijk worden gemaakt door middel van een casusvergelijk tussen een bestaand ziekenhuissamenwerkingsverband en twee ziekenhuisketens in oprichting. Een internationaal vergelijk dient als referentie voor de ketenontwikkeling in Nederland. Verder heeft het onderzoek tot doel om aan te geven welke invloed marktcontrolerende partijen zoals de Nederlandse Zorgautoriteit en de Nederlandse Mededingingsautoriteit hebben op de ketenontwikkeling en hoe bestuurders hiermee om kunnen gaan.

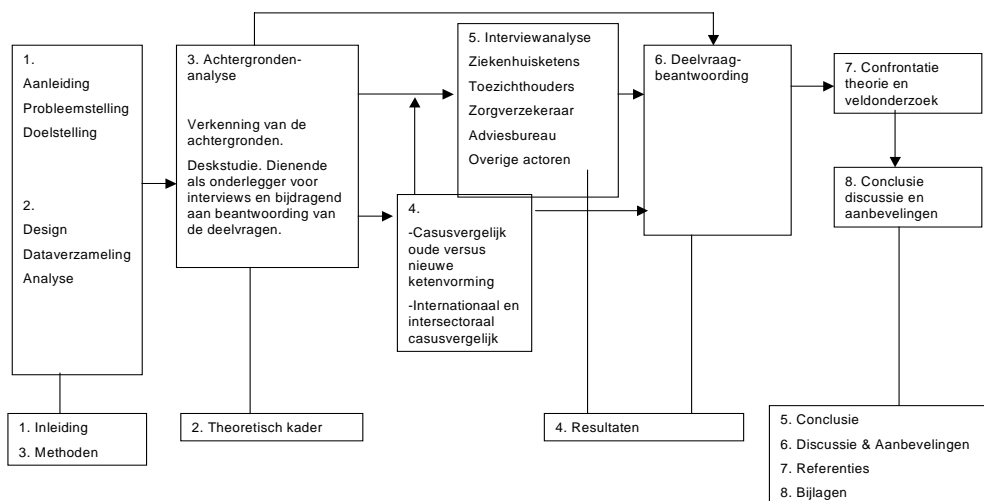
1.3 Probleemstelling

Probleemstelling: Welke mogelijkheden en beperkingen zijn er voor ziekenhuizen, die door het aangaan van een ketenverband een strategische positieverbetering tot stand willen brengen?

Deelvragen:

- 1 Hoe is de interne organisatie van ziekenhuisketens vormgegeven?
- 2 Op welke wijze heeft invoering van marktwerking geleid tot de opkomst van ziekenhuisketens?
- 3 Welke strategische overwegingen, mogelijkheden en beperkingen zijn er bij deelname aan ziekenhuisketens voor ziekenhuisbestuurders?
- 4 Welke overwegingen worden gemaakt met betrekking tot partnerkeuze om een optimale fit tussen ziekenhuisketendeelnemers te garanderen?
- 5 Welke mogelijkheden en beperkingen geven toezichthouders op de Nederlandse gezondheidszorg aan de marktmachttoename van ziekenhuizen bij verschillende ketenvormen?

Conceptueel onderzoeksmodel



1.4 Leeswijzer

De scriptie is opgebouwd uit een achttal hoofdstukken. Na dit inleidend hoofdstuk, waarin een inleiding, probleemanalyse, doelstelling en probleemstelling van het onderzoek worden gegeven, volgt in hoofdstuk twee het theoretische kader. In dit hoofdstuk vindt verdieping plaats in de begrippen die in de probleemanalyse en deelvragen aan de orde komen en worden conclusies getrokken die bijdragen aan de beantwoording van de deelvragen. Tevens levert dit hoofdstuk mede de input om tot een vragenlijst voor het onderzoeksdeel te komen. Hoofdstuk drie is een weergave van de onderzoeksmethoden. Het is een beschrijving van de gehele opzet van het onderzoek inclusief verantwoording van gemaakte keuzes. In hoofdstuk vier worden de meest relevante en opvallende resultaten van het onderzoek weergegeven. Interpretatie van de resultaten door koppeling aan probleemstelling, literatuur en theoretisch kader vindt plaats in het vijfde hoofdstuk: conclusie. Het zesde hoofdstuk geeft een discussie en aanbevelingen voor doelgroepen en mogelijk vervolgonderzoek. Referenties zijn opgenomen in hoofdstuk zeven en relevante aanvullingen zijn opgenomen in hoofdstuk acht: bijlagen.

2 Theoretisch kader

Deze scriptie behandelt het onderwerp “samenwerken of concurreren”. De keuze-invloed tussen deze twee opties heeft verre gaande consequenties op zowel operationeel, tactisch als strategisch bestuursniveau. Afhankelijk van de keuze zijn er verschillende mogelijkheden m.b.t. inzetbaarheid van materiaal, middelen en personeel. Dit onderzoek richt zich op de lange termijnmogelijkheid voor bestuurders om de organisatiecontinuïteit te waarborgen en realisatie van strategische doelen te bewerkstelligen. Hiermee krijgt het beoordelingsperspectief op “samenwerking of concurrentie” een strategische inslag. Het theoretisch kader is opgebouwd uit vier paragrafen, waar de belangrijkste begrippen die van belang zijn voor dit onderzoek zijn uitgewerkt, en waar vanuit de theorie getracht wordt antwoord te geven op deelvragen van de probleemstelling.

Paragraaf 2.1 geeft een algemeen theoretische weergave van strategie-achtergronden, concurrentiepositionering en samenwerkingsvereisten bij ketens. De specifieke aspecten van de gezondheidszorgmarkt worden in paragraaf 2.2 in kaart gebracht. Verder geeft de tweede paragraaf de recente relevante marktontwikkelingen in de gezondheidszorg weer. Paragraaf 2.3 beoogt ingegeven door conclusies van de eerste twee paragrafen, een weergavemodel te geven van verschillende ketenvarianten met bijbehorende ontwikkelingsaandachtspunten en evaluatiemogelijkheden voor succes. Paragraaf 2.4 beoogt input van de eerste drie paragrafen te gebruiken om een theoretisch antwoord op de probleemstelling te formuleren.

2.1 Bedrijfskundige theorie strategie en ketenvorming

In subparagraaf 2.1.1 wordt inleidende theorie gebruikt om aan te geven welke rol strategie heeft bij de vraagstelling samenwerken of concurreren. Vanuit het strategievormingsproces volgt de verdere uitwerking van het begrip strategische concurrentiepositionering in paragraaf 2.1.2 naar twee varianten, te weten de competitieve paragraaf, 2.1.2.1, en coöperatieve vorm, paragraaf 2.1.2.2. De uitwerking van redematies, leidend tot een coöperatieve strategie, volgt in paragraaf 2.1.3. Vervolgens worden aspecten behorende bij competitieve concurrentiestrategie verder uitgewerkt. Dit zijn vermijding van een fusieproces, paragraaf 2.1.3.1., partnerkeuze, paragraaf 2.1.3.2, en de inrichting en aansturing van een samenwerkingsverband, paragraaf 2.1.3.3.

2.1.1 Strategieproces

De keuze tussen “samenwerken of concurreren” hangt mede af van de optie die de beste fit geeft tussen de mogelijkheden van een organisatie en de strategie waarvoor men gaat.

Strategie is echter een breed begrip met meerdere werkdefinities. Strategie als plan: een bepaald bewust voorgenomen reeks van handelingen om een situatie het hoofd te bieden. Strategie als manoeuvre: om een tegenstander uit te schakelen. Strategie als patroon: een patroon in een reeks van acties/handelingen.

Strategie als positie: aanduiding om de organisatie in de omgeving te lokaliseren (extern georiënteerd). Strategie als perspectief: een beoordeling van de interne organisatie. Strategie als beslissingsregel: generieke strategieën. Wat strategie is, hangt af van de invalshoek die men kiest. In ieder geval geeft een strategie richting, koers aan de organisatie, focus aandacht en inspanning, maakt definiëring van een organisatie mogelijk, stimuleert consistentie en samenhang in activiteiten en vergroot commitment van organisatieleden (Vijverberg 1998).

Het strategieproces bestaat uit een viertal elementen (Mandour 2005). Het heeft een startpunt waarin het kader voor beleid is vastgelegd. Hierin wordt vastgesteld wat voor soort organisatie men wil zijn, wat de markt is, met wie zaken te doen en met wie niet. Verschillende modellen zijn als tools beschikbaar om soortgelijke vragen te beantwoorden. Voorbeelden zijn het Ashridge-missiemodel en het Unbundling-model (Mandour 2005) Na het startpunt volgt een strategische analyse van interne en externe omgevingsvariabelen. Organisatorische kenmerken, capaciteiten, kwaliteiten, de markt en omgevingsfactoren worden hierdoor m.b.v. diverse tools beoordeeld. Voorbeelden zijn het vijfkrachtenmodel van Porter, value chain en de SWOT analyse in (Mandour 2005). Na de analyse volgt de vertaalslag naar de ontwikkeling. Dit wordt bepaald door wat een organisatie kan en wil, het verschil tussen dromen en werkelijkheid. Hierin maakt een organisatie strategische keuzes die de structuur en de procesinrichting van de organisatie afdwingen om bij te dragen aan de kans om realisatie van doelen te vergroten. Tools helpen hier bij het vaststellen van en beantwoorden van vragen omtrent investeringen, schaalontwikkeling, waardecreatie en organisatieontwikkeling.

Voorbeelden hiervan zijn het waardedisciplinemodel en drie generieke strategieën van Porter (Mandour 2005). Tenslotte volgt de evaluatie en bijstelling van het verloop. Voorbeelden hiervan zijn de (marketing) balanced scorecard (Mandour 2005 & Kaplan & Norton 1996).

2.1.2 Strategische concurrentiepositionering

In een nieuwe en zich ontwikkelende markt, is het belangrijk om de externe mogelijkheden en beperkingen goed in beeld te hebben om de beste fit tussen het willen en kunnen van een organisatie optimaal op elkaar af te stemmen. Dit is de tweede fase in het strategieproces van de vorige paragraaf. Modellen uit wetenschappelijke literatuur ondersteunen hierbij door het geven van diverse beoordelingsmodellen op het gebied van marktgerichtheid, concurrentiedreiging, concurrentie-oriëntatie, klantwaarde, prijs-kwaliteitverhouding, substitutiemogelijkheden, marketingconcepten en evaluatie van samenwerking (Mandour 2005). In een markt in ontwikkeling is het innemen van een strategische positie ten opzichte van concurrenten een belangrijk element. Hierbij kan door een organisatie een strategie gekozen worden waardoor marktpartijen uit de markt worden weggeconcurrerd of in meer of mindere mate samenwerken met andere partijen om de binding met de klant sterker te maken en zodoende andere partijen te beconcurreren. Samenwerking of concurrentie is één aspect van vele elementen die invloed hebben op een organisatiestrategie.

Criteria om te kiezen voor samenwerken of concurrentie dienen goed doordacht te zijn omdat de keuze van strategische positionering van de organisatie grote invloed heeft op de continuïteit van de organisatie. In de volgende paragrafen worden de termen strategische concurrentiepositionering en de coöperatieve variant ervan verwoord evenals criteria om tot één of de ander te komen.

Conclusie: strategische concurrentiepositionering wordt gebruikt om een organisatie optimaal en aansluitend aan de strategie neer te zetten in de markt. Het doel is om de strategie van de organisatie zo veel mogelijk te realiseren en meerwaarde te laten creëren. Hierbij zijn diverse opties mogelijk door te kiezen voor o.a. zelfstandigheid, samenwerkingsvormen met partners en leveranciers, uitbesteding van activiteiten en concentreren op strategische capaciteiten.

2.1.2.1 Strategische competitieve concurrentiepositionering

Strategische positionering is hier afgebakend als een positie die een organisatie inneemt naar concurrenten toe, ingegeven door het strategisch besluit van bestuurders om op basis van concurrentie actief te zijn in een markt. Concurrentie als strategie neemt toe als strategiedoelen van bedrijven samenkomen of meer overlap vertonen (zelfde strategie, uitbreidende markt, en als productenportfolio meer overeenkomsten vertonen). Daarnaast, als de levenscyclus van een product gevorderd is, zal de concurrentie-intensiteit toenemen. Deze fase van productcyclus levert vaak de hoogste inkomsten. Verder als gezamenlijke afhankelijkheid van elkaars resources afneemt, zal de concurrentie toenemen (Luo 2006). Strategische competitieve concurrentiepositionering is een belangrijk middel voor management dat zich richt op het verkrijgen van een positie in de overwegingen van klanten uit doelgroepen. In het algemeen zijn er vier basisprocessen waarmee concurrenten elkaar voor kunnen blijven. Ten eerste is er de traditionele marktwerking. Ten tweede via culturele vaardigheden. Goede relaties en afstemming op behoeften van klanten (customer intimacy) leiden tot concurrentievoordeel. Ten derde kan de aanbieder macht gebruiken. En tenslotte kan een aanbieder een netwerk van contacten zo proberen in te richten dat een concurrent niet gemakkelijk bij de klant kan komen (Van Harten 2003:70). Er is een aanzienlijke hoeveelheid wetenschappelijke literatuur verschenen over de marketinggedachte die uitgaat van concurrentie-oriëntatie (Luo 2007:74). Strategische concurrentiepositionering van bedrijven heeft daarin verschillende benaderingen. Strategische positionering en resource based view worden door vele onderzoekers aangehaald als mogelijke benaderingen (Clarke-Hill 2003 & Ireland 2002). Veelal wordt aangegeven dat overlevingskansen van een bedrijf grotendeels afhankelijk zijn van de mogelijkheid om de concurrentie te verslaan. Traditioneel strategie-onderzoek adviseert daarbij een strategische fit tussen interne eigenschappen (sterkte en zwakte) en de externe omgeving (kansen en bedreigingen). De resource basedbenadering gaat daarentegen uit van de ontwikkeling van moeilijk te imiteren competenties.

De competenties komen voort uit inzicht in de beschikbare resources van het bedrijf en hoe deze om kunnen worden gezet in concurrentievoordeel. Met andere woorden, wat een bedrijf bezit, bepaalt wat het bereikt (Das 2000).

Conclusie: strategische concurrentiepositionering is een positioneringmethode die uitgaat van het verkrijgen en zolang mogelijk behouden van een voordeel ten opzichte van concurrenten. Hierbij wordt uitgegaan van sterke eigen competenties, optimale aansluiting bij de klant en wordt gebruik gemaakt van mogelijkheden om marktomstandigheden (bijvoorbeeld toetredingsdrempels en substitutiemogelijkheden) te beïnvloeden en zodoende concurrenten te verslaan.

Concurrentievoordelen zijn dynamisch en zijn niet blijvend. Gedurende de ontwikkeling van een markt worden keuzes gemaakt om actief te blijven in een markt(segment) of de activiteiten te staken en eruit te treden.

2.1.2.2 Strategische coöperatieve concurrentiepositionering

Strategische coöperatieve concurrentiepositionering is hier afgebakend als een positie die een organisatie inneemt naar concurrenten toe, ingegeven door het strategisch besluit van bestuurders om (deels) op basis van samenwerking actief te zijn in een markt.

Ondanks dat er veel tijd wordt besteed aan het vaststellen van en uitvoering geven aan concurrentiestrategieën, zijn er verschillende redenen waarom organisaties niet in staat zijn om zichzelf aan te passen aan een veranderende omgeving. Het ontbreken van urgentie, weerstandverlagende acties, coalitievorming, visie, goede communicatie en korte termijn vooruitgang liggen ten grondslag aan het onvermogen van een organisatie om een betere positionering in een veranderende en concurrerende marktomgeving te verkrijgen (Kotter 1998:1-20). In tegenstelling tot de in de vorige paragraaf beschreven competitieve concurrentiestrategie en traditioneel strategieonderzoek gaat coöperatieve concurrentiestrategie uit van samenwerkingsverbanden met concurrenten om te komen tot verbetering van bestaande marktproducten, behalen van financiële voordelen en gezamenlijke innovatie die afzonderlijk niet of minder mogelijk zouden zijn. Hiermee is het verschil tussen concurrentie en coöperatie weergegeven. De traditionele strategietheorie gaat niet uit van coöperatie en sluit onvoldoende aan om de complexiteit van een coöperatieve concurrentiestrategie te doorgronden (Luo 2007). Het afgelopen decennium laat een toename zien van coöperatieve strategieën in de vorm van zowel nationale als internationale allianties. Dit is een ontwikkeling die niet uitgaat van de eerder beschreven competitieve concurrentiepositionering. Een alliantie (keten) is gedefinieerd als een collaboratie tussen onafhankelijke bedrijven op een bepaald moment en plaats ter verkrijging van en realisatie van gezamenlijk vastgestelde doelen (Glaister 1992). Dergelijke ketens variëren van gezamenlijke inkoop-verkoopketens tot een volledig geïntegreerde joint venture (Adobor 2006).

Er bestaan nog diverse vormen die onderling verschillen in de duur van samenwerking of de mate van integratieformalisering van de samenwerking. Voorbeelden hiervan zijn: shared service centers, gezamenlijke R&D, preferred suppliers, verkoopcombinaties, inkoopcombinaties, corporaties, Co-marketing (Opheij 2006). Ketens hebben verschillende integratieniveaus. Indeling van niveaus gebeurt op basis van verschillende benaderingen. Bijvoorbeeld; het type governancestructuur, de oorsprong of aanleiding van de totstandkoming, mate van formalisering en geografische/politologische indeling (adherentie). Ketendeelnemers hopen voordeel te behalen dankzij toegang tot capaciteiten en informatie van directe en indirecte partners en verwijzingen naar andere potentiële partners en kansen (Gimeno 2004). Voorbeelden van ketendoelen die zijn benoemd door verschillende onderzoekers zijn gezamenlijke R&D, productie, distributie, outsourcing contracten, licenties, informatievoorzieningen, franchising en voorkeurpartnerschap (Luo 2007 & Luo 2006 & Das 2000).

Conclusie: coöperatieve concurrentiestrategie gaat uit van samenwerking door organisaties om doelen te bereiken die zonder de samenwerking niet of in mindere mate niet realiseerbaar zouden zijn. Organisaties gaan samenwerkingsverbanden aan waarin activiteiten in verschillende mate geïntegreerd worden. De synergie komt voort uit samenvoeging van processen, materiaal, personeel, middelen, technologieën of kennis. Hiermee beoogt men betere kwaliteit te leveren, innovatief sterker te zijn, kosteneffectiever te werken en uiteindelijk een stevige klantbinding te verkrijgen en zodoende strategische concurrentiedoelen van de organisatie te bewerkstelligen.

2.1.3 Samenwerking in plaats van concurrentie

Wanneer komt het moment dat een bestuurder vaststelt om te gaan samenwerken? Welke redenatie zit hierachter? Luo (2006) geeft aan dat samenwerking toeneemt als er concurrentiebedreigingen opkomen. Samenwerking heeft dan als doel het verstevigen van onderhandelingsmacht, verhogen van toegangsbarrières, vergroten van lobbymacht en gezamenlijke innovatie- en ontwikkelingsmogelijkheden. Daarnaast leiden de snellere competitiecyclus en eisen van consumenten met betrekking tot nieuwe technologieën, online services, extra functionaliteit, kwaliteitstoename en innovatie tot toename in samenwerkingsverbanden (Groot 2002). De voordelen liggen op mogelijke kostenverlagingen en risicospreiding. Verder zijn schaalvoordelen en nadelige gevolgen van overheidbeleid ook redenen voor meer samenwerking. Samenwerken heeft een andere insteek bij co-opetition. Hier is sprake van als een organisatie gelijktijdig concurreert als samenwerkt met een andere organisatie. Deze strategie probeert de positieve effecten van zowel concurrentie als samenwerking te gebruiken. Een voorbeeld van co-opetition is het regionaal concurreren (verkoop) en internationaal samenwerken (productontwikkeling). Ook hier is een gezamenlijke toename het doel. Het verschil met de eerdere samenwerkingvorm is dat samenwerking en concurrentie tussen twee bedrijven samen plaatsvinden. Dus niet samenwerken met de één en concurreren met de ander.

Adobor heeft vier clusters van coöperatieve strategieën voor het tot stand komen van ketens vastgesteld. Dit zijn: (1) spontane ketens: deze komen spontaan tot stand, hebben geen geformaliseerde besturingsstructuur en vereisen een hoge mate van relationele interactie en onderling vertrouwen. Het is vaak het resultaat van samenkomende mogelijkheden en samenkomende verwachtingen van deelnemers. Geografische verbondenheid verhoogt de relationele interactie en vertrouwen. Vanwege het kleine speelveld wordt opportunistisch gedrag kleiner vanwege het afbreukrisico van een positieve reputatie. Verder: gezamenlijke bedreigingen of het realiseren van gezamenlijke belangen dragen bij aan spontane ketenvorming. Tenslotte gedeelde normen en cultuur.

(2) door onafhankelijke bedrijven geïnitieerde ketens: Deze komen voort uit strategische motivaties van de deelnemers die uit eigen vrije wil kiezen om samen te werken. Ten eerste zien deelnemers gezamenlijke voordelen (bijvoorbeeld het toetreden tot een nieuwe markt). Ten tweede het delen van kosten bij productontwikkeling. Ten derde om veranderingen in de omgeving goed op te kunnen vangen. Tenslotte het beschermen van legitimiteit en imago in een markt. Dit type keten maakt gebruik van een nieuwe organisatie waarin afspraken en werkwijze vooraf zijn vastgesteld en vertrouwen in de loop van de tijd wordt ontwikkeld. Succes in dezen is in grote mate afhankelijk van de relationele context en realisatie van verwachtingen.

(3) door invloed van derden geïnitieerde ketens: Hier beïnvloedt een derde partij deelnemers om te komen tot ketenvorming. Voorbeelden van beïnvloeding is veranderende wetgeving door overheden (DBC's winstmogelijkheid van zorginstellingen in de toekomst). Dit type keten bevat in het algemeen meerdere partners. Toenemende deelnemersaantallen zouden de kans op ketensucces verkleinen. Dit wordt veroorzaakt door meeliftgedrag (minimale input voor maximale output) van een deelnemer en de moeilijkheid om opportuun gedrag te onderkennen. Daarentegen bestaat ook de opvatting dat risico's meer gespreid worden bij toenemende deelnemersaantallen en juist hoge inzet (kampioen of voortrekker) van deelnemers die een hoog percentage van de kosteninbreng op zich neemt. Hier is meer sprake van een netwerk vanwege multipiele deelnemers. Vertrouwen volgt waarschijnlijk vlot vanwege wederzijdse afhankelijkheid. Opportuun gedrag en misbruik van vertrouwen in een netwerk omgeving zijn snel bij deelnemers bekend en hebben ook hier negatieve gevolgen voor de reputatie.

(4) opgelegde keten door een derde partij: overheden kunnen dit direct bewerkstelligen door bijvoorbeeld wetgeving aan te passen waardoor een buitenlandse concurrent in staat wordt gesteld om de markt te betreden. Het kan ook anders, een overheid die een buitenlands bedrijf dwingt om samen te werken met een nationale partner. Voorbeeld van dit type keten is de joint venture waarbij sprake is van aandeelhouderschap. Een sterke deelnemer in de markt kan dit ook bewerkstelligen door dusdanig sterk op te treden of te beïnvloeden dat ketendeelnemers gedwongen worden om een keten te vormen. De vertrouwensbasis is laag en zal zich moeten ontwikkelen.

Werkwijze en afspraken zijn vaak zeer gedetailleerd uitgewerkt. Deelnemers zullen zich in de startfase goed willen beschermen tegen opportuun gedrag (Adobor 2006).

Een andere benadering gaat uit van verschillende vrijheden binnen een samenwerkingsverband. Deze variëren van vrijwillige samenwerking (onafhankelijk), interdependent (onvrijwillige samenwerking), inspraakmodel (afhankelijk met invloed) tot controle (afhankelijk zonder invloed) (Vijverberg & Homan 1998:192).

Conclusie: coöperatie of competitie, het zijn twee vormen van concurrentiepositionering in een markt. De optie om ketens te vormen komt voort uit toenemende integratie van activiteiten bij samenwerking van bedrijven en neemt toe bij toegenomen concurrentie in de markt. Hoe meer concurrentie en bedreigingen, des te meer samenwerking een optie wordt om gezamenlijk voordelen te behalen en risico's te spreiden. Initiatie tot ketenvorming gebeurt daarbij spontaan, door onafhankelijke bedrijven geïnitieerd, door invloed van derden geïnitieerd of door derden opgelegd. De verschillende redenen om tot ketenvorming over te gaan, brengen toenemende eisen met zich mee qua besturingsstructuur, bestuurlijke interactie, wederzijdse afhankelijkheid en formalisering van de keten. Naarmate de omgevingsdwang om tot ketenvorming over te gaan toeneemt, zal men meer en meer moeten integreren en overgaan naar een formele organisatiestructuur om de wederzijdse afhankelijkheid te beschermen tegen opportuun gedrag.

2.1.3.1 Ketensamenwerking verkiezen boven fusie

Das geeft aan dat de keuze tussen een strategische keten en een fusie/acquisitie vanuit meerdere perspectieven bezien kan worden (Das 2000). De volgens Das twee belangrijkste worden aansluitend besproken. Vanuit de transactionele kostenbenadering zal men de voorkeur geven aan een strategische keten als de transactionele kosten (kosten noodzakelijk om transactie plaats te laten vinden) gemiddeld zijn en onvoldoende hoog om een verticale integratie te rechtvaardigen. Kortom, biedt een fusie kostenefficiëntie, omzetvergroting of kostenbesparing? Zo niet, dan zou een (tijdelijke) samenwerking kunnen volstaan. Vanuit de resource-based benadering (richt zich op waardemaximalisatie door samenvoeging en gebruik van waardevolle resources) zullen fusie en ketenvorming zich moeten richten op resourceverkrijging. Resources zijn bijvoorbeeld middelen, materiaal, personeel, innovatie en (kwaliteit)kennis. Afhankelijk van de strategiedoelstelling is het delen van een resource meer of minder noodzakelijk. Zolang er resources zijn die men niet kan of wil delen, uitwisselen of ruilen heeft ketenvorming de voorkeur boven een fusie. Bovendien kan ketenvorming de voorkeur hebben omdat ongewenste resources van concurrenten dan buiten beschouwing blijven, bijvoorbeeld de nadelen van een inefficiënt functionerende divisie. Dat betekent niet dat de keuze tussen fusie en keten alleen op basis van voorgaande gemaakt wordt. Niet elke keten is gelijk. Zij verschillen namelijk onderling qua intensiteit of kracht van de inter-organisatorische afhankelijkheid. Zo zal een co-specialized keten (bedrijven met dezelfde expertise/producten) waarde creëren door deling van efficiëntiemogelijkheden.

Dit vereist in vergelijking met non-specialized ketens (bedrijven met verschillende expertise/producten) een meer gezamenlijke aanpak en uit zich in contracten, regelmatig overleg, gezamenlijke besluitvorming, gezamenlijke aanpassing, toewijding en vertrouwen. De mate van co-specialisatie is een indicator van de intensiteit en onomkeerbaarheid van partnerafhankelijkheid. Een bedrijf zal risicoafwegingen omtrent opportuun gedrag maken bij het aangaan van een keten. Hierbij zal een bedrijf zich afvragen of resources van andere bedrijven verplaatsbaar (bijvoorbeeld kennis/personeel), kopieerbaar (patenten/contracten) en substitueerbaar zijn. Naarmate de integratie-eis behorende bij een ketenstrategie toeneemt, zal de individuele deelnemer in toenemende mate zijn resources moeten delen (Gimeno 2004).

Conclusie: Bij verregaande samenwerking, waarin een hoge mate van integratie van bedrijfsactiviteiten (financieel en organisatorisch) tussen meerdere organisaties heeft plaatsgevonden, kan uiteindelijk besloten worden om een fusieproces te starten. Het voordeel van een fusie is dan met name de centrale aansturing van de organisatie door één management voor alle activiteiten. Er zijn daarentegen diverse redenen om een ketenvorm te prefereren boven een fusie. Redenen zijn gestoeld op de wens om financieel of organisatorisch niet volledig met elkaar te willen integreren omdat de strategische doelstellingen van één van de fusiepartners niet of in mindere mate realiseerbaar zouden worden. Ketenvormen zijn divers en verschillen onderling in de mate waarin activiteiten zijn geïntegreerd. De integratie-eis neemt toe indien bedrijven gelijke producten aanbieden.

2.1.3.2 Partnerkeuze

De keuze voor een ketenpartner komt door meerdere factoren tot stand.

Vanuit een intern managementperspectief wordt door bestuursleden beoordeeld of een potentiële partner bij de keten past. Het passen kan op verschillende wijzen worden gezien. De strategische fit-theorie geeft aan dat er goed op elkaar aansluitende doelen en aanvaardbare competitieve posities zijn (Das 2000:48). De resource based view gaat uit van aansluitende resources van de deelnemers. Er is dan sprake van een resource fit. Bij de partnerkeuze moet inzichtelijk zijn gemaakt of er ook resources zijn die geen fit vertonen. Dit kan een reden zijn om juist niet te kiezen voor een partner. Naast aanwezigheid is het efficiënt gebruik van resources van belang. Er kan ook gekeken worden naar de mogelijkheid om een eigen identiteit, onafhankelijkheid en vrijheid te behouden binnen een keten, nu en in de toekomst (Medlin 2006).

Vanuit een extern perspectief volgt dat partnerkeuze wordt beïnvloed door externe invloeden. Gimeno geeft aan dat een bedrijf dat zelf ketenloos is minder competitieve voordelen heeft (Gimeno 2004). Een tegenreactie op ketenvorming zal gemotiveerd zijn om de voordelen van de keten te neutraliseren. Positieversterking kan dan plaatsvinden door een eigen keten te vormen met een concurrent van de bestaande keten.

De keuze om met een bepaalde partner in zee te gaan wordt dan beïnvloed door verschillende factoren. Criteria om op te letten zijn dan of een concurrent al deelneemt aan een andere keten en of de beoogde partner dezelfde concurrentiedruk ondervindt.

De externe omgeving alleen is niet bepalend voor veranderingen in organisaties. De interne organisatie bestaande uit professionals heeft eveneens een grote invloed op de strategievorming. Organisaties reageren op basis van percepties van veranderingen in de omgeving, en percepties van de mogelijkheden tot reactie. Zulke percepties zijn gebonden aan kennis, inzichten, opvattingen en houdingen van de leden van de organisatie (Krogt 1995:230).

Conclusie: ketenpartners worden gekozen op basis van relationele gronden zoals onderling vertrouwen en bestaande samenwerkingsrelaties, aansluiting van organisatiedoelstellingen en mogelijkheden om identiteit te behouden. Bij beoordeling van een mogelijke partner kijkt men tevens naar mogelijkheden om eigen doelrealisatie te verbeteren en tegelijkertijd die van (keten)concurrenten te verslechteren.

2.1.3.3 Inrichting en aansturing van de keten

Er zijn afhankelijk van de integratie-eis van een keten verschillende inrichtingsmogelijkheden. Een keten kan een formele organisatie zijn op basis van aandeelhouderschap. De mate van aandeelhouderschap (equity) leidt tot een indeling bestaande uit ketens met aandeelhouders variërend van equity-afwezigheid, minderheidsbelang en joint ventures (volledig). Ketens waar geen sprake is van aandeelhouderschap gaan uit van unilaterale contracten en bilaterale contracten. Bij unilaterale contracten is sprake van overdracht van eigendomsrechten. Voorbeelden hiervan zijn technologische kennis en R&D. Het belangrijkste onderscheid met bilaterale contracten is dat individuele deelnemers hun verantwoordelijkheden nakomen onafhankelijk van andere deelnemers. Bilaterale contracten gaan uit van gezamenlijke uitvoering van activiteiten. Deelnemers moeten resources beschikbaar stellen en samenwerken en steviger integreren. Dit type contract heeft een open einde en tot op zekere hoogte kan de samenwerkingsrelatie zichzelf ontwikkelen (Das 2000:43).

Zoals al eerder is aangegeven, kan een alliantie positieve effecten hebben voor een bedrijf. Het realiseren van de effecten is echter moeilijk vanwege de complexiteit die een alliantie met zich mee brengt. Het goed managen van de alliantie(relaties) is belangrijk om de effecten te realiseren en om een competitieve voorsprong te krijgen (Ireland 2002). In voorgaande paragrafen is gesproken over het “waarom” en “hoe” ketens tot stand komen. Kelly geeft aan dat de voornaamste uitdagingen in het eerste jaar van een alliantie op de relationele issues tussen partners liggen (Kelly 2002). Als issues zoals communicatie, verantwoordelijkheden, waarden, vertrouwen, chemie en cultuur niet goed worden ingevuld, kan de samenwerking stuk lopen.

Kelly geeft aan dat juist deze relationele aspecten te weinig aandacht krijgen ten opzichte van de structuurdesignaspecten van de alliantie. De focus is meer gericht op de formatie en te weinig op het onderhouden van een alliantie. Om opportunistisch gedrag te voorkomen en evenredige input in een samenwerkingsverband te houden, kan gekozen worden om gebruik te maken van diverse instrumenten. Het opbouwen van een controlsysteem, kiezen van een goede beloningsstructuur, afspreken van een norm van wederkerigheid, gezamenlijk investeren in specifieke activa, indirecte beheersing via netwerken van bedrijven en het opbouwen van vertrouwen (Groot 2002).

Conclusie: Een keten heeft naarmate integratie van activiteiten toeneemt een formele organisatiestructuur nodig. Hierin worden de financiële verhoudingen geregeld op basis van aandeelhouderschap of contracten. Naarmate de integratie van ketendeelnemers toeneemt, zal de roep om centrale aansturing toenemen. In een keten vragen de relationele aspecten tussen ketendeelnemers veel aandacht in de startfase omdat deze aspecten een groot deel van het succes van een keten bepalen. Juist deze aspecten krijgen vaak minder aandacht dan structuuraspecten. Het is dan ook van groot belang dat er veel bestuurlijke interactie plaatsvindt tussen de bestuurders om een basis te consolideren die bestand is tegen de dynamische omgeving.

2.2 De gezondheidszorgmarkt

De vorige paragraaf heeft tot doel gehad om de theorie rondom de totstandkoming van een keten te beschrijven en welke aandachtspunten daarbij horen. De gezondheidszorg is een markt die afwijkt van de niet gereguleerde markt. Om het onderzoek in het juiste perspectief te kunnen plaatsen volgt in deze paragraaf aanvullende theorie die van belang zal zijn bij het beantwoorden van de probleemstelling en deelvragen. In paragraaf 2.1.1 volgt uitleg over de markt. Paragraaf 2.2.2 beschrijft de relevante ontwikkeling in het kader van dit onderzoek. Paragraaf 2.2.3 de toepassing van coöperatieve concurrentiestrategie op de ziekenhuismarkt. Paragraaf 2.2.4 de rol van DBC's in de gezondheidszorgmarkt. De rol van toezichthouders in de gezondheidszorg wordt beschreven in paragraaf 2.2.5. Werkwijzen van internationale ziekenhuisketens worden vanuit een internationaal perspectief in paragraaf 2.2.4 gezien.

2.2.1 Marktintroductie gezondheidszorg

De gezondheidszorg is een markt van zorgvraag en zorgaanbod. Vanuit een strategisch perspectief vindt er aanzienlijke interactie plaats tussen de marktdeelnemers bij de totstandkoming van prijzen en verhandelde diensten. Schut geeft aan dat geen markt precies hetzelfde functioneert omdat de aard van verhandelde producten van markt tot markt sterk uiteenloopt. Daarnaast zijn er verschillen qua aantallen en aanbieders, gedragsmanieren en wettelijke regels.

De verschillende kenmerken van afzonderlijke markten zijn onder te brengen in drie categorieën: Marktstructuur, Marktgedrag en Marktresultaat. De marktstructuur bepaalt de speelruimte voor marktgedrag, maar omgekeerd is het marktgedrag ook van invloed op de marktstructuur. De wisselwerking tussen de marktstructuur en het marktgedrag bepaalt uiteindelijk of een markt doelmatig functioneert: het marktresultaat. Marktmodellen worden gebruikt om de effecten van de marktstructuur en het marktgedrag op het marktresultaat te analyseren. Er zijn vier modellen gerangschikt naar oplopende marktmacht aan de aanbodzijde:

- volkomen concurrentie: aanbieders hebben geen marktmacht
- monopolistische concurrentie: aanbieders hebben geringe marktmacht
- oligopolie: aanbieders hebben aanzienlijke marktmacht
- monopolie: aanbieders hebben absolute marktmacht

De oligopolistische markt bestaat uit een marktstructuur waarin enkele grote dominante aanbieders actief zijn. In dit onderzoek zijn dit de zorgverzekeraars.

Vanwege het geringe aantal aanbieders is het mogelijk voor een aanbieder om zijn concurrenten zorgvuldig in de gaten te houden. Tegelijkertijd beseffend dat zijn gedrag op gelijke wijze in de gaten wordt gehouden. Stabiele prijzen zijn een kenmerk van een oligopolie. Prijsafspraken stellen oligopolisten in staat om onzekerheid uit de markt te reduceren. Een levensvatbare oligopolie vereist wel goede informatie over elkaars gedrag en kostenstructuur (Lapré 2001: 161-215). Schut beschrijft een onderzoek van Selten uit 1973 waarin wordt geconcludeerd dat een oligopolie stabiel is bij maximaal vijf deelnemende partijen.

Conclusie: Kenmerken van markten zijn marktstructuur, marktgedrag en marktresultaat.

Wisselwerking tussen de kenmerken bepaalt het functioneren en het resultaat van een markt.

Uitingen van de wisselwerking in de gezondheidszorg zijn de structuur vormgegeven door overheid en wetgeving en controle door toezichthouders. Marktgedrag bepaald doelmatigheid door geen misbruik te maken van de positie van een organisatie. Zorgverzekeraars, een partij in de markt die in volle hevigheid onderling fuseert, voldoen wellicht momenteel nu niet, maar in de toekomst wel, aan de kenmerken van een oligopolie.

2.2.2 Gezondheidszorg: markt in ontwikkeling

Het Nederlandse gezondheidszorgmodel heeft een besturingsmodelwijziging ondergaan. Het planningsmodel wordt vervangen door een marktmodel. Het marktmodel geeft de partijen in de gezondheidszorg zoveel mogelijk vrijheid om via onderhandelingen en overeenkomsten tot afspraken over het zorgaanbod te komen. Primaire doelstellingen zijn: efficiëntie, doelmatigheid, flexibiliteit, service en kwaliteit waarbij via substitutie, concurrentie, streven naar winst, deregulering en privatisering niet alleen deze doelstellingen, maar ook kostenbeheersing wordt nagestreefd (secundaire doelstelling) (Boot 2005:66).

De overheid heeft een minder prominente rol in het marktmodel. Zij treedt slechts faciliterend (wetgeving en beleidsregels) en controlerend op. Regulering van het marktmechanisme komt voornamelijk tot stand door het vrije contracteerbeleid tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars. Zorgaanbieders kunnen in een situatie terecht komen waarin er geen of onvoldoende overeenkomsten worden afgesloten. Zij zullen zich mogelijk meer gaan richten op doelmatigheid en kwaliteit om contracteren door zorgverzekeraars te waarborgen.

Ziekenhuizen gaan zich verenigen om een betere onderhandelingspositie ten opzichte van de zorgverzekeraars te verkrijgen (Financieel Dagblad 2007). In plaats van elkaar volledig te beconcurreren kiezen zij ook voor ketenvormen. Met een keten wordt hier bedoeld een samenwerkingsverband tussen twee of meerdere ziekenhuizen, die op basis en/of complexe zorg willen samenwerken. Beoordelingscriteria van doelstellingen, partnerkeuze, aansturingswijze, inrichtingseisen en evaluatiemogelijkheden van de ketenstrategie zijn vanwege de recente opkomst van ziekenhuisketens niet voorhanden. In de volgende paragraaf wordt inzichtelijk gemaakt hoe de ontwikkelingen van de markt leiden tot een coöperatieve concurrentiestrategie van ziekenhuizen.

Conclusie: het veranderende besturingsmodel van de gezondheidszorg, een gereguleerde markt, heeft voor ziekenhuizen tot gevolg: onderhandelingen rondom zorgaanbod, een terugtrekkende overheid, afnemende concurrentiepositie ten opzichte van zorgverzekeraars en vorming van nieuwe samenwerkingsverbanden. Ziekenhuizen bezinnen zich op hun positionering in de markt, waarbij ketenvorming tussen aanbieders van basis en/of complexe zorg tot de mogelijkheden behoort. Criteria die zij hiervoor gebruiken zijn nog onbekend.

2.2.3 Ziekenhuis coöperatieve concurrentiestrategie

Nederlandse ziekenhuizen bevinden zich door de uitwerking van het nieuwe stelsel in een veranderende omgeving. De omgeving omvat vrijwel alles buiten de organisatie (Mintzberg 2004:142). Zo is de verhouding van ziekenhuizen naar zorgverzekeraars gewijzigd door contracteervrijheid van de zorgverzekeraars. Zorgafnemers, georganiseerd in patiënten/consumentenorganisaties, eisen een goede prijs-kwaliteitverhouding en transparantie over de geleverde diensten (Boot 2005: 220-225). Verder moeten ze kosteneffectiever en procesdoelmatiger werken om te kunnen innoveren, investeren, en kwaliteitsverhogend te werken. Dit alles beïnvloedt de huidige mogelijkheden die een ziekenhuis heeft om te concurreren en te overleven. De motivatie om in een dreigende omgeving meer te gaan samenwerken, komt overeen met de opmerking van Luo (2006), die zegt dat concurrentiebedreigingen ook tot samenwerking leidt (Financieel Dagblad 2006). De plaatsbepaling van het ziekenhuis in de omgeving wordt meer dan voorheen strategisch van aard. Een ziekenhuis zal zich moeten afvragen welke producten het wenst aan te bieden, in welke omvang en in samenwerking met wie?

Daar waar zij gaan samenwerken, bestaan er verschillende motieven voor ziekenhuizen om ketens te vormen. Risicovermindering, kostenverlaging, schaalvoordelen, kennisuitbreiding, innovatie-uitbreiding, markuitbreiding, verbeteringsmogelijkheid van de concurrentiepositie en kwaliteitsverbetering zijn voorkomende redenen om te willen samenwerken (Cardwell 1996). Ziekenhuizen kunnen gelijktijdig samenwerken en concurreren. Dit wordt co-opetitie genoemd en is mogelijk bij een regionaal opererende keten. Op zich is dit niet nieuw. Ziekenhuizen maakten in het verleden al samenwerkingsafspraken over het delen van technologie en medische kennis op regionaal niveau. Het concurreren is de nieuwe dimensie. Opportuun gedrag van een ketendeelnemer is mogelijk in dit spanningsveld tussen samenwerken en concurreren en zal voorkomen moeten worden. Er is geen bewijs dat ketenvorming van ziekenhuizen daadwerkelijk leidt tot verbeterde realisatiemogelijkheden van bovenstaande motieven. Nadelen van samenwerkingsvormen zijn het delen van de opbrengst, controle delen, complexe besluitvorming en opportunistischerisico (Opheij 2007). Ziekenhuizen gaan ervan uit dat zij door ketenvorming een betere onderhandelingspositie krijgen tegenover het oligopolie van zorgverzekeraars zonder de toezichthouders (NMa & NZa) te verontrusten. De onderhandelingspositie en de daaruit volgende prijsafspraken tussen een ziekenhuis en zorgverzekeraar nemen echter af als de zorgverzekeraar producten kan afnemen van een ander ziekenhuis(netwerk) (Town 2001: 737). De onderhandelingspositie is afhankelijk van de mate waarin een ziekenhuis waarde biedt voor het zorgaanbodpakket van zorgverzekeraar aan zijn verzekerden. Vergroting/verbetering van het bestaande aanbodpakket aan zorgverzekeraars door ketenvorming vergroot dan mogelijk de onderhandelingspositie van de ziekenhuizen. In een werkveld waarin marktontwikkelingen plaatsvinden, worden zij gedwongen om te reageren op de omgeving. Hiervoor is goed inzicht nodig in de strategiebepalende processen. De noodzaak voor efficiënte en effectieve processen van gedeelde kennisontwikkeling in ketens is hoog. Er zal veel interactie plaats moeten vinden tussen ketenleden. Dit leidt tot integratie van acties van het groter geheel en op gelijke bijstellingen van acties (Groen 2002). Voor een individueel netwerkdeelnemer is het van belang om vast te stellen op welke wijze de operationele effectiviteit en strategische flexibiliteit kunnen worden verbeterd door ketendeelname. Er volgt een positief keteneffect op de prijzen van ziekenhuizen. Ketenvorming levert namelijk samenvoegingsmogelijkheden op voor de individuele leden (materieel, middelen) om economies of scale en/of scope te verkrijgen zonder een langetermijn financiële verplichting aan te gaan die bij een fusie aanwezig is. Ketenvorming kan leiden tot services en producten die van hogere kwaliteit zijn, lagere kosten veroorzaken en beter toegankelijk zijn voor afnemers. Verschillende soorten ziekenhuisketens zijn mogelijk; een keten van ziekenhuizen die zich richt op verschillende patiëntengroepen, ketens die zich richten op het exact zelfde marktsegment en netwerken die zich tussen de twee eerdere varianten bevinden (Burgess 2005:394).

Conclusie: Marktwerving dwingt ziekenhuizen tot het maken van keuzes welke activiteiten men zelf uitvoert, welke uitbesteed worden en welke in een samenwerkingsverband.

Ketenvorming biedt een mogelijkheid voor een ziekenhuis om gezamenlijk te komen tot voordelen die een verbeterde concurrentiepositie ten opzichte van zorgverzekeraars en concurrenten bewerkstelligt. Afhankelijk van het type zorgproduct waarop men wil samenwerken (basis/complex) zal er een mate van wederzijdse (on)afhankelijkheid, integratie- en formalisatie-eisen van de keten komen. Uitgaande van co-specialized ziekenhuizen is de noodzaak voor een intensieve samenwerking hoog. Hierbij moet wel worden opgemerkt dat hier slechts wordt uitgegaan van de aanbodzijde van de markt en niet de vraagzijde. De vereiste openheid tussen de ziekenhuizen bij ketenvorming kan misbruikt worden door ketenpartners om toegang te krijgen tot resources of kennis van een van de deelnemers voor eigen voordeel. Een ziekenhuisketen moet zich afvragen op welke basis een relatie wordt aangegaan bij ketenvorming, welke vereisten en risico's er zijn, en welke afspraken nodig zijn om opportunistisch gedrag te voorkomen.

2.2.4 Marktwerving: de rol van DBC's

DBC's maken inzichtelijk hoeveel en welke zorg een patiëntengroep krijgt bij een behandelingsvorm in een ziekenhuis. Het is een kostprijsmodel dat bestaat uit alle directe en indirecte patiënt- en zorggebonden kosten. De prijs van een DBC wordt bepaald door aan alle stappen in het zorgproces de kosten van personeel en middelen toe te kennen. De DBC benoemt de stappen van het eerste consult tot ontslag en nazorg (DBC onderhoud).

De DBC-prijs maakt zorgaanbiedervergelijking mogelijk in Nederland en is inzet bij onderhandelingen tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar. Bij DBC-onderhandelingen tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars zullen de productiviteit en doelmatigheid van de instelling een grote rol spelen. Toetreding van nieuwe concurrenten (bijvoorbeeld zelfstandig behandelcentrum) en beïnvloeding van patiëntenstromen nemen de zekerheid voor afzetmogelijkheden van zorgdiensten weg (Zuurbier 2004: 61). Dit heeft grote gevolgen voor de strategieën van de zorgaanbieders. (Zorg)aanbieders zullen een concurrentievoordeel willen creëren. Porter beschrijft daarvoor drie concepten van competitieve strategieën voor organisaties: cost leadership, differentiation en focus (Porter 1985). Zorginstellingen kunnen gaan voor de laagste prijs, productdifferentiatie of specialisatie. Een herbezinning gaat uit van variety based, needs based en acces based. Hierin geeft Porter verschillende focussen aan die afhankelijk zijn van behoeften en doelgroepomvang (Porter 1996: 159). Intern gerichte strategievorming in een ziekenhuis komt voort uit customer intimacy, operational excellence of product leader. Een ziekenhuis gaat voor de strategie waarin de klant, het optimale operationeel proces ofwel het product centraal staat (Chase 2004:31 & Daft 2001:52). Een combinatie van strategieën leidt tot een spagaat van prioriteiten. Veel ziekenhuizen geven aan dat de patiënt centraal staat. In hoeverre dit mogelijk is bij ketenvorming is onduidelijk omdat organisaties niet volledig samengaan en integreren bij ketenvorming.

Aansturing van de keten vindt niet perse centraal plaats waardoor het onduidelijk is of de doelstellingen van de afzonderlijke ziekenhuizen het centraal stellen van patiënten door de keten belemmert.

Conclusie: DBC's kennen alle kosten toe aan het tot stand komen van een zorgproduct. Het zorgproduct wordt transparant, maakt vergelijkingen op onderdelen mogelijk en wordt gebruikt als onderhandelingsmiddel. Kwaliteitsaspecten worden tevens transparant en bieden organisaties input bij het vaststellen van concurrentiestrategieën in de gezondheidszorgmarkt.

2.2.5 Toezichthouders marktmacht

In Nederland zijn twee toezichthouders actief die zich (deels) richten op de gezondheidszorg. Ten eerste is er de NMa, die vanuit de Mededingingswet onder meer is belast met het verbod op kartelafspraken; verbod op het misbruik maken van economische machtspositie en concentratietoezicht bij fusies. Het maakt niet uit in welke rechtsvorm de onderneming is gegoten (NMa 2006). De NMa geeft aan dat zorgaanbieders die mogelijk de mededinging beperken per geval worden beoordeeld. Wel mag men samenwerken om de productie of dienstverlening te verbeteren, mits er voldoende concurrentie overblijft. Een belangrijke indicator voor marktmacht is het marktaandeel. Verder heeft de NZa op basis van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) de bevoegdheid om algemene regels te stellen voor zorgaanbieders en zorgverzekeraars in verband met transparantie van de markt. De NZa heeft tevens de bevoegdheid om partijen met aanmerkelijke marktmacht (AAM) specifieke verplichtingen op te leggen om de zorgmarkt op gang te brengen in de zorginkoopmarkt, zorgverleningsmarkt en zorgverzekeringsmarkt (NZa 2006). De grens van aanzienlijke marktmacht die door een ziekenhuisketen wordt overschreden, wordt door de Nederlandse Zorgautoriteit in de gezondheidszorg vastgelegd in een nog te publiceren visiedocument. De NZa geeft aan dat de definitie van de markt volgt na vaststelling van de productmarkt en de geografische (adherentie) markt. Hieruit volgt een afbakening van de markt en kan de sterkte van marktpartijen vastgesteld worden. Voor het vaststellen van AAM hanteert de NZa een drietal criteria in een consultatiedocument: hoge en aanhoudende toetredingsdrempels; geen vooruitzicht op daadwerkelijke mededinging en bestaan van (potentiële) mededingingsproblemen. Richtsnoeren, consultatiedocumenten en visiedocumenten worden door de NMa en de NZa gebruikt om transparant weer te geven op welke wijze de beide toezichthouders AMM of kartelvorming proberen vast te stellen en te voorkomen. Hiermee wordt beoogd om een meer communicatieve en op overleg gerichte toezichtstijl te gebruiken. Door een zekere voorspelbaarheid in toezichtstrategie te geven gaat de NMa er van uit dat zorginstellingen bij hun fusievoornemens uit gaan van de criteria die de NMa gebruikt om economische machtsposities vast te stellen.

Conclusie: Toezichthouders op de gezondheidszorg stellen de criteriadefinitie voor het bepalen van de omvang van markt, stellen richtlijnen, criteria en wetgeving op om aan te geven welke handelingen en gedragingen acceptabel zijn voor deelnemers in de gezondheidszorgmarkt. Een beoordeling van bestaande samenwerkingsverbanden vindt per geval plaats. De recente ontwikkelingen maken bestaande afspraken mogelijk niet meer toelaatbaar.

2.2.6 Internationaal vergelijk

De ontwikkelingen in de gezondheidszorgmarkt die in dit onderzoek worden verkend, geven in eerste instantie slechts een nationale blik vanuit een eigen perspectief. In Europa zijn al jaren geleden ziekenhuisketens tot ontwikkeling gekomen. De stappen die buitenlandse ziekenhuizen genomen hebben, de keteninrichting en werkwijze die zij hanteren is wellicht vergelijkbaar voor en toepasbaar door bestuurders van ziekenhuisketens in Nederland.

Momenteel is er één beursgenoteerd ziekenhuisconcern dat actief is in meerdere Europese landen. Capio is een Zweedse keten die actief is in de gezondheidsmarkt en levert gezondheidszorg en diagnostische diensten in Zweden, Denemarken, Finland, Frankrijk, Noorwegen, Spanje, Engeland en Duitsland. De keten participeert en koopt ketens van bestaande ziekenhuizen, stroomlijnt de processen en voorlichting aan patiënten, de operatiemethodes, de administratie en de inkoop. De Nederlandse gezondheidszorgmarkt is altijd vrij klein en gesloten geweest maar ontwikkelt zich nu tot een markt waar Capio verwacht winst uit te kunnen halen met hun werkwijze. (Crommentuyn 2006: 581-583).

Naast Capio is er in Duitsland een beursgenoteerde onderneming bestaande uit een keten van ziekenhuizen. RHÖN-KLINIKUM AG (RK) bestaat uit vijfenveertig ziekenhuizen verspreid over 34 locaties in 8 provincies. In totaal levert de keten zorg voor ongeveer 15000 bedden. De private ziekenhuizen leveren naast basiszorg ook acute zorg. De patiënt staat centraal in de bedrijfsvoering van de ziekenhuizen. Dit wordt doorgevoerd in de fysieke constructie van gebouwen, die wordt aangepast om zodoende optimaal bij te dragen aan de patiëntenflow. RK heeft vier verzorgingsniveaus voor al zijn ziekenhuizen. RK exploiteert verschillende typen ziekenhuizen die qua omvang verschillen. Ziekenhuizen die onder eenzelfde verzorgingsniveau vallen hebben op elke locatie een zelfde structuur en werkwijze. De uniforme structuur maakt het mogelijk om de complexiteit van behandelingen te verkleinen en zodoende kwaliteit te handhaven, efficiëntie te verbeteren, inzet van personeel te optimaliseren en uiteindelijk de kosten te verlagen. RK geeft aan dat inbreng van privaat kapitaal, voortkomend uit haar eigen activiteiten, een belangrijk element is om innovatie, rentabiliteit en groei mogelijk te maken. De aanpak van RK maakt het mogelijk om kleinere ziekenhuizen rendabel te houden en het aanbod van brede toegang tot de Duitse gezondheidszorg te waarborgen (Rhoen-klinikum 2006).

Conclusie: (internationale) ziekenhuisketens werken in een zoveel mogelijk gestandaardiseerde omgeving met een sterke focus op kwaliteit en doelmatigheid. Zij penetreren een gezondheidszorgmarkt door bestaande ziekenhuisorganisatie te optimaliseren qua zorg, kwaliteit, logistiek, efficiëntie en doelmatigheid, gebruik makend van aanwezige organisatorische en culturele kennis. Vaststelling van beleid en strategie vindt hoog in de organisatie plaats evenals product/marktkeuzes en het aangaan van samenwerkingsverbanden / fusies.

2.3 Eerste aanzet tot een beoordelingsinstrument

De eerste twee paragrafen van dit hoofdstuk beschrijven de theoretische achtergronden die van belang zijn bij ketenvorming en de ontwikkelingen in de gezondheidszorg. In deze paragraaf volgt een eerste aanzet naar een beoordelingsinstrument. Het instrument heeft tot doel om te zien welke kenmerken, voorwaarden en vereisten een bepaald type keten heeft. Hierdoor wordt het mogelijk om te zien wat de huidige status van een keten is, welke alternatieven er zijn en welke concrete acties genomen moeten worden om de organisatie in te richten en de kans op succes van de keten te vergroten. In paragraaf 2.3.1 wordt de theoretische grondslag voor het instrument gegeven. Paragraaf 2.3.2 koppelt de ziekenhuizen aan een generieke strategie en heeft tot doel de verschillende combinaties van ketens weer te geven op basis van strategiekenmerken van ketendeelnemers. Afhankelijk van de combinatie volgt een beschrijving van vereisten gebaseerd op inzichten uit de theorie van paragraaf 2.1 en paragraaf 2.2. Omdat sprake is van dynamische ketenontwikkeling, worden in paragraaf 2.3 handvatten geboden om de performance van de keten inzichtelijk te maken en te evalueren waardoor bijsturing plaats kan vinden.

2.3.1 Theoretische onderbouwing beoordelingsinstrument

Er bestaan verschillende generieke modellen die zich richten op strategie-ontwikkeling. Het waardedisciplinemodel geeft aan dat een bedrijf niet alles voor iedereen kan zijn. Een keuze tussen operational excellence, product leadership en customer intimacy is bepalend voor de structuur en het proces van de organisatie (Mandour 2005). Porter gaat uit van de bekende generieke competitieve strategieën voor organisaties. Volgens Porter kan succes alleen behaald worden als bedrijven zich uniek weten te onderscheiden van concurrenten door een uniek aanbod of een unieke benadering van de markt te brengen. Onderscheid vindt plaats op basis van kostleiderschap, differentiatie en focus (Porter 1985). De kostenleider gaat voor gestandaardiseerde producten tegen een lage prijs, de differentiator voor producten met specifieke en onderscheidende karakteristieken met hoge kwaliteit en de gefocuste voor een niche met producten die geheel voldoen aan de wensen van de markt. Een combinatie leidt tot een spagaat van strategieën en een lagere return of investment.

Vertaald naar de gezondheidszorg betekent dit, dat een ziekenhuis dat deelneemt aan een keten zich zal moeten conformeren, aan de eisen die de keten stelt om optimaal te kunnen functioneren (best fit). Gebeurt dit niet, dan bestaat de kans dat doelstellingen en gestelde voordelen van een keten niet gerealiseerd worden. Het model van Porter is gebruikt als basis om tot een eerste aanzet te komen naar een instrument waarmee ziekenhuizen beoordeeld kunnen worden. Het model van Porter is breed toepasbaar op de doelgroep ziekenhuizen waar sprake is van basis- en complexe zorgproducten. Inventarisatie van waardedisciplines maakt het toekennen van customer intimacy in ziekenhuizen niet mogelijk omdat een operational excellence en product leader altijd de toonaangevende strategie zal zijn

In de volgende paragraaf worden de ziekenhuizen toegekend aan een generieke strategie en vervolgens gekoppeld aan een ziekenhuisketen met een eigen generieke strategie. Dit levert een reeks combinaties op die vervolgens beschreven worden vanuit het perspectief van de kandidaatketendeelnemer. Vanuit dit perspectief kan een kandidaatdeelnemer vaststellen welke interne structuur vereist is in relatie tot de externe keten.

2.3.2 Quick scan generieke indeling ziekenhuisketen

Ziekenhuisbestuurders kunnen dit instrument gebruiken om een quick-scan te geven op basis van de onderstaande drie punten met als uiteindelijk doel om vast te stellen of een strategie ketendeelname rechtvaardigt. Het gaat uit van drie stappen;

- Besef status-quo: een ziekenhuis wil zijn huidige positie bepalen.
- Keuzemogelijkheden: welke alternatieven heeft het ziekenhuis.
- Keuze maken: welke concrete plannen en acties zijn noodzakelijk

2.3.2.1 Besef status-quo: wat is de strategische positie

Hierbij is de volgende generieke strategie ziekenhuisindeling gemaakt, gebruikmakend van het model van Porter waarbij de drie soorten strategieën zijn vertaald naar verschillende soorten ziekenhuizen. Een ziekenhuis beoordeelt welke generieke strategie gehanteerd wordt uit de onderstaande opties:

- Kostenleider: levert gestandaardiseerde niet complexe zorg tegen een lagere prijs dan de concurrent. Voorbeeld is een basisziekenhuis.
- Differentiatie: levert bovenregionaal specialistische en complexe zorg. Hecht veel aan innovatie, scholing en hoge kwaliteit. Voorbeeld complexe zorg: STZ-ziekenhuis top klinische deel. STZ ziekenhuis biedt basiszorg en complexe (top klinische) zorg.
- Focus: richt zich op slechts een klein percentage van de marktproducten. Voorbeeld: Oog Ziekenhuis Rotterdam.

| | | | |
|--------------------------------|-------|---|--|
| | | voordeel zit in het aanbod | |
| | | lage kosten | uniek product |
| unieke benadering van de markt | breed | Basiszorg kostleiderschap strategie | Complexe zorg differentiatie strategie |
| | smal | Focuszorg | focus strategie |

figuur 1: drie generieke strategieën van Porter (Mandour 2005)

2.3.2.2 Keuzemogelijkheden: alternatieve ketenstrategieën

Uitgaande van de drie strategievormen zou het theoretisch mogelijk zijn om een 3*3 confrontatiematrix tussen een ziekenhuisstrategie en een ketenstrategie weer te geven waarin negen varianten zouden ontstaan. Elke variant krijgt, uitgaande van paragraaf 2.1 en 2.2 verschillende eisen toegekend qua productkeus en op basis van integratievereisten en formalisatiegraad. Nu blijkt dat er in de praktijk meer dimensies en andere verschijningsvormen van ziekenhuizen te zijn waardoor een verdere onderverdeling in ziekenhuisketens noodzakelijk wordt.

Dit wordt geïllustreerd aan de hand van het voorbeeld van een STZ-ziekenhuis. Dit type ziekenhuis hanteert twee generieke strategieën. Men heeft een combinatie van basiszorg en complexe zorg in het productpakket en zou voor het basiszorgdeel in kostleiderschap worden geplaatst en voor het complexe deel in differentiatie. De mogelijkheid bestaat dat men in een keten wil deelnemen die uitgaat van één van de zorgtypes. Afhankelijk van de keuze volgen vanuit de theorie andere aanbevelingen voor de mate van integratie. In de confrontatiematrix moet daarom een uitsplitsing gemaakt worden op partijen die uitgaan van zowel basis-complexe zorg als complexe zorg.

Het aantal varianten van ketens zal in ieder geval moeten worden uitgebreid met combinaties van basis-complex, basis-focus en complex-focus. Het aantal varianten uit een 6*6 confrontatiematrix wordt dermate groot dat het gedetailleerd beschrijven van de ketensubvarianten, met bijbehorende integratievereisten en formalisatiegraad op basis van paragraaf 2.1. en 2.2 moeilijk wordt. Vanwege het feit dat er nog maar enkele ketens in oprichting zijn en het vroege ontwikkelingsstadium van te onderzoeken ketens is besloten om een verdere onderverdeling niet te maken en de vereiste interne structuur in relatie tot de externe ketendeelnemer algemeen te beschrijven in paragraaf 2.4.

2.3.2.3 Keuze maken: welke concrete plannen en acties zijn noodzakelijk

Met behulp van de huidige positie (wat heb je) en toekomstig gewenste positie (wat wil je) kan beoordeeld worden op welke wijze een keten op basis van theoretische concepten zou moeten worden ingericht.

De vereisten worden meegenomen in de overweging of de doelstellingen van een individueel ziekenhuis voldoende gerealiseerd kunnen worden in een ketenvorm en welke acties genomen moeten worden bij inrichting van een keten. Hierbij kan deze eerste aanzet tot een beoordelingsmodel bijdragen. Echter, het model in haar huidige vorm gaat alleen uit van de aanbodgerichte kant en verzuimt om de vraaggerichte kant in beschouwing te nemen. De vraag van de klant en de omgeving vereist een zekere afstemming van de organisatie op de omgeving waardoor de inrichting van het ziekenhuis(keten) deels door externe factoren tot stand komt. Alvorens een compleet overzicht te geven van concrete plannen en acties zal zowel de interne als de externe kant moeten worden opgenomen in één beoordelingsinstrument.

2.3.3 Performance en evaluatie van de keten

Samenwerkingsverbanden, in dit geval ketens, bevinden zich in een dynamische omgeving. Hiertoe moeten de bestuurders van de keten tijdig inspelen op economische veranderingen en marktcondities. Een mogelijkheid om ketens succesvol te managen, is door gebruik te maken van evaluaties. Segil (2005) geeft aan dat om succesvol een keten te managen men “alliance metrics” moet ontwikkelen. Deze prestatie-indicatoren moeten rekening houden met de ontwikkelingsfase van een keten, ketencultuur en stakeholders. Door voor elke fase indicatoren te ontwikkelen, is een bestuurder in staat om beter te anticiperen op keten uitdagingen en worden de flexibiliteit en aanpassingsvermogen bij veranderende omstandigheden in de markt verhoogd. Kernwoorden voor bestuurders in deze fase zijn: onzekerheid, pro-actief, ontwikkelend, risicovol, nieuwe mogelijkheden, vertrouwen en hoop. Segil omschrijft twee soorten indicatoren voor verschillende maturatiefases van een keten. In de opstartfase zijn dit keten ontwikkelingsindicatoren en ketenimplementatie-indicatoren. De ontwikkelingsindicatoren moeten betrekking hebben op de strategie, aansluiting, ontwikkeling, strategic fit, planning, (team)selectie, structuur en onderhandelingen. De implementatie-indicatoren op de operationalisatie, implementatie, herstructurering, herstart en beëindiging van de keten. Twee belangrijke factoren voor succes van ketens, maar waar geen indicator voor bestaat, zijn kennisoverdracht (expliciet en impliciet) en cultuur. Bovenstaande indicatoren zijn algemeen van aard en kunnen gespecificeerd worden en opgenomen als kritische succesfactoren in een balanced scorcard. Aannames betreffende de strategie moeten ter discussie worden gesteld en gereflecteerd worden aan de omgevingsvariabelen. De strategie moet continu worden getoetst aan ontwikkelingen en mogelijkheden (Kaplan & Norton:1996). De balanced scorecard is hiervoor een instrument dat inzicht geeft vanuit vier perspectieven: financieel (return on investment, marktomzet), leer en groei (personeel & opleiding), klanten (relatie, tevredenheid) en interne processen (technologie). Door meting van de performance zal fine-tuning tussen de ketendeelnemers kunnen plaatsvinden waardoor er meer invloed ontstaat om de keten succesvol te maken en te houden.

2.4 Theoretische benadering probleemstelling

In deze paragraaf wordt geprobeerd om vanuit het theoretisch kader een antwoord te formuleren op de vraag welke mogelijkheden en beperkingen er zijn voor ziekenhuizen, die door het aangaan van een ketenverband een strategische positieverbetering tot stand willen brengen? Hiertoe wordt gebruik gemaakt van de algemene theorie uit paragraaf 2.1, de marktbeschrijving uit paragraaf 2.2. en de inzichten uit paragraaf 2.3. Hiermee wordt een ideale weergave gegeven van een ziekenhuis dat een ketenverband aangaat. De structuur van paragraaf 2.1 wordt gebruikt als sjabloon om de theoretische benadering weer te geven.

Strategische concurrentiepositie

Ziekenhuizen moeten in staat zijn om een strategisch proces te doorlopen. Hierbij beginnen zij met vast te stellen wie zij zijn, wat zij willen in de gezondheidszorgmarkt en welke positie ingenomen wordt ten opzichte van zorgverzekeraars, zorgafnemers en concurrenten. Daarvoor gebruiken zij strategiemodellen en hebben zij inzicht in de interne en externe omgevingsvariabelen. De belangrijkste variabelen in de ontwikkelende gereguleerde markt is daarbij de terugtrekkende overheid, afnemende concurrentiepositie ten opzichte van zorgverzekeraars en in opkomst zijnde samenwerkingsverbanden gericht op basis en complexe zorg. Ziekenhuizen beoordelen hun capaciteiten en kwaliteiten om in te schatten hoe zij om kunnen gaan met de marktontwikkeling in de gezondheidszorg. Als inzichtelijk is gemaakt wat ziekenhuizen willen en kunnen, volgt een strategische keuze hoe de strategie gerealiseerd kan worden, op welke wijze men concurreert en controleert of doelstellingen alsnog behaald worden (evaluatie).

Competitieve of coöperatieve concurrentiestrategie

Als blijkt uit het strategisch proces dat een ziekenhuis onvoldoende vertrouwen heeft in zijn eigen capaciteiten om een goede concurrentiepositie in te nemen, heeft het de keuze om uit de markt te treden of om samen te werken met concurrenten. Zelfstandig kunnen doelen op het gebied van financiën innovatie, kwaliteit, en klantbinding niet gerealiseerd worden waardoor men dus op zoek gaat naar een partner. Hierdoor komt de keuze voor een coöperatieve concurrentiestrategie tot stand.

Coöperatieve concurrentiestrategie

De reden om te kiezen voor een coöperatieve strategie komt voor uit spontaniteit, strategische motivatie, door derden geïnitieerd of opgelegd. Afhankelijk van de reden, het producttype, of het werkgebied (adherentie) is er meer of minder integratie noodzakelijk tussen de partners. Integratie richt zich dan op innovatie, processen, materiaal, personeel, middelen, technologie of kennis en kwaliteit. Uitwisseling en deling van de hiervoor genoemde punten brengt een zeker risico voor bestuurders met zich mee, dat afgedicht zal moeten worden in formele afspraken of contracten. Buitenlandse ketenontwikkeling laat zien dat integratie vergaand plaatsvindt bij succesvolle ketens.

De ketens die op zorginhoudelijk vlak zijn gevormd laten zien dat de inrichting van fysieke bouwdelen, stroomlijning van processen en ondersteunende diensten bijdragen aan realisatie van doelstellingen. Een ziekenhuis dat op deze wijze werkt zal zoveel mogelijk willen standaardiseren.

Ketensamenwerking verkiezen boven fusie

In deze fase is fuseren in plaats van samenwerken nog steeds een optie. Dankzij DBC-ontwikkeling hebben ziekenhuizen beter financieel inzicht in de kostenstructuur van de organisatie en is vergelijk van product(kwaliteit) mogelijk. Afhankelijk van de mate waarin partners met elkaar organisatorisch en financieel met elkaar willen integreren, kiest men voor fusie of samenwerking. Ketenvorming brengt een vorm van risicobeperking met zich mee omdat de mogelijkheid behouden blijft voor een ziekenhuis om, afhankelijk van de dynamiek in de gezondheidszorg, de samenwerking terug te draaien.

Partnerkeuze & adherentie

Ziekenhuisketenpartners worden gekozen op basis van een best fit tussen de organisaties. Ze worden gekozen op basis van relationele gronden, onderling vertrouwen tussen bestuurders, aansluiting van organisatiedoelen en de mogelijkheid om zoveel mogelijk de eigen identiteit te behouden. Uiteindelijk moet de realisatiemogelijkheid van de eigen strategie verbeteren, ten koste van die van concurrentie in de omgeving waarbij het risico van opportunistisch gedrag minimaal is. Vanaf hier wordt een tweetal varianten in de partnerkeuze benoemd. De regionaal acterende keten en de landelijk acterende keten. Deze hebben vanwege het verschil in werkgebied elk hun eigen mogelijkheden en beperkingen. Vandaar dat deze uitsplitsing in het restant van deze subparagraaf wordt gehandhaafd.

Inrichting en aansturing van de keten afhankelijk van adherentie en doelstelling

Regionaal samenwerkende ziekenhuizen voor basiszorg: een regionale keten onderscheidt zich van een landelijke keten doordat de ketenpartners in vrijwel aansluitende adherentiegebieden werkzaam zijn. De samenwerking richt zich op doelmatige basis en/of complex zorgaanbod of een backoffice functie. De producten van de basiszorg zijn onderling vergelijkbaar. Aangezien de ketenpartners reeds basiszorg aanbieden en samenwerking daarop geen toegevoegde waarde levert, zullen er andere doelstellingen zijn. Indien men op dit type zorg samenwerkt, zal men zich richten op het behalen van een doelmatigheidsslag. Dit vraagt om een hoge mate van integratie om de doelmatigheidseffecten te realiseren. Hiervoor is de keten in hoge mate geïntegreerd om de resources te delen (personeel mobiliteit, kennis, best practices). Om een goede basis voor de keten te vormen, zal er veel interactie tussen bestuurders zijn om onderling vertrouwen te krijgen. Vanwege de hoge integratie moeten organisaties zich bloot geven, dit brengt risico's mee voor de eigen organisaties van bestuurders. Dit onderstreept het belang van de vertrouwensbasis.

Het delen van resources is vastgelegd in bilaterale contracten. De aansturing is centraal in

een formele omgeving waarin eigendomsrechten zijn vastgelegd. De markt wordt gedefinieerd als het totale adherentiegebied van de ketendeelnemers. De toezichthouders zullen vaststellen of er binnenin het adherentiegebied voldoende mededingingsmogelijkheden aanwezig zijn door het marktaandeel in het adherentiegebied vast te stellen.

Binnen de regio moeten er voldoende alternatieven aanwezig zijn voor basiszorg. Een groter marktaandeel, mits geen economisch machtsmisbruik aanwezig is, kan in dit geval volstaan voor een beoordeling van de NMa en NZa.

Regionaal samenwerkende ziekenhuizen voor complexe zorg: indien een keten zich richt op de door de mededingingswet vrijgestelde delen van zorgaanbod, is feitelijk slechts sprake van verdeling van zorgfuncties binnen een regio. Als dit de patiënt ten goede komt, zal de NMa of NZa geen bezwaar hebben tegen deze keten. Voor het overige complexe deel is er sprake van technologisch hoogwaardige zorg waarvoor veel resources beschikbaar moeten zijn. Zowel doelmatigheid als kwaliteitsdoelstellingen zijn hierbij mogelijk. Evenals het behoud van een functie binnen een keten van ziekenhuizen die afzonderlijk niet realiseerbaar zou zijn. De identiteit heeft veel invloed op de slagingskans van de keten. Dit type keten vraagt namelijk om verregaande integratie, resulterend in afstoting of gedeeltelijke overheveling van functies. Niet iedereen kan alles doen. Indien een deelnemend ziekenhuis zijn eigen identiteit wil handhaven, zal de samenwerking zich richten op doorverwijzingen van patiënten naar bestaande zorgcapaciteiten, waarbij een geformaliseerde keten niet noodzakelijk is. In het andere geval zal de functiebeschikbaarheid worden vastgelegd in bilaterale contracten en een formele organisatiestructuur. De vertrouwensbasis behorende bij de regionaal samenwerkende ziekenhuizen geldt hier eveneens, alsmede de geografische beoordeling van de markt. Indien men op basiszorg blijft concurreren, zal er sprake zijn van co-opetitie: tegelijkertijd regionaal samenwerken en concurreren.

Landelijke samenwerkende ziekenhuizen: deze variant heeft grote beperkingen om tot samenwerking op basiszorg te komen. Uitgaande van een kostenleiderstrategie is de geografische afstand tussen ziekenhuizen in een landelijke keten de beperkende factor om verregaande integratie en deling van resources mogelijk te maken voor basiszorg. Dit geldt met name voor de mobiliteit van personeel en daardoor deling van impliciete kennis. Als doelmatigheid van het productieproces niet mogelijk is, dan blijft efficiëntieverbetering van het ondersteunende proces, de backoffice, wel mogelijk. De uitwerking van de backoffice-variant volgt in de volgende paragraaf.

Uitgaande van een differentiatiestrategie van complexe zorg ligt de focus op kwaliteit en innovatie. Een ziekenhuis dat de voordelen maximaal benut deelt zoveel mogelijk van zijn resources om een flexibele werkomgeving mogelijk te maken. Deze is sterk gericht op onderzoek en ontwikkeling van nieuwe producten. Hierdoor wordt het mogelijk om de best practices van de afzonderlijke partners over te nemen en toe te passen. De aansturing is formeel, centraal aangestuurd en gestoeld op bilaterale contracten om opportunistisch gedrag te voorkomen.

De interactie tussen bestuurders en medewerkers zal hoog moeten zijn om kennisoverdracht plaats te laten vinden.

Met het leveren van een kwalitatief hoogstaand product onderscheidt de keten zich van concurrenten. Toezichthouders zullen geen probleem hebben met mededinging aspecten van de keten vanwege de geografische en productmarktdefinities. De geografische markt geeft voldoende alternatieven en de producten worden door diverse andere aanbieders geleverd. Ondanks de hoge mate van integratie is waarborging van de eigen identiteit goed mogelijk.

Een lokale naam als toevoeging op de landelijke ketennaam combineert de landelijke uitstraling van een innovatieve organisatie met de lokale bekendheid van het deelnemende ziekenhuis. Indien het product dat door deelnemers geleverd wordt gelijk is, levert deze werkwijze eveneens schaalvoordelen op, creëert een landelijk aanbod en een geografisch verbeterde positie ten opzichte van zorgverzekeraars. Een nadeel bestaat als resources niet maximaal gedeeld worden. In dat geval komt de innovatiedoelstelling onvoldoende tot uiting en vindt verspreiding van de best practice onvoldoende plaats. Dit gegeven kan gebruikt worden door zorgverzekeraars die alleen met “De Keten” onderhandelen over uniforme producten en de leden confronteren met een maatstaf voor de producten op basis van de laagste prijs van de pluriforme producten van de ketendeelnemers.

Samenwerkende ziekenhuizen ten behoeve van backoffice: samenwerking is vooral gericht op schaalvoordelen betreffende de backoffice. Voorbeelden zijn gezamenlijke inkoop, ICT-investering, energie-inkoop en afvalverwerking. Verregaande integratie is niet noodzakelijk, hoewel er wel een hoge mate van interactie in de opstartfase aanwezig moet zijn om de doelstellingen van de individuele ketendeelnemer te waarborgen. Dit soort inkoopcombinaties vormen geen belemmering van mededinging. Zolang de inkoopcombinatie geen misbruik maakt van haar eigen machtspositie naar toeleveranciers, zal de NZa geen interventie hoeven uit te voeren.

Evaluatiemogelijkheden

Gedurende de opstartfase van de ketens is het vereiste integratieniveau gerealiseerd. Door de bestuurders van de ketens zijn evaluatiemomenten en factoren ontwikkeld. Deze zijn gericht op ontwikkelingsfactoren en implementatiefactoren. Voorbeelden van ontwikkelingsfactoren zijn capabilities enhancement, customer penetration, competitive positioning, time to decision, time to implementation. Voorbeelden van implementatiefactoren zijn faster market penetration en faster manufacturing cycle time; omgezet naar de zorgsector kan dit snelheid van toegankelijk, aanbodpakket en de realisatieduur van een zorgproduct zijn.

Conclusie

In de voorgaande conclusie is geprobeerd om op basis van theoretische inzichten (strategie, samenwerkingsrelaties en evaluatie) te komen tot een ideale inrichting van een ziekenhuisketen die zich richt op regionale, landelijke of backoffice samenwerking. Van de verschillende samenwerkingsvormen is aangegeven welke mate van integratie en formalisatie nodig is en welke voordelen en beperkingen aanwezig zijn.

3 Methoden van onderzoek

In dit hoofdstuk wordt de opzet van het onderzoek weergegeven. Het ontwerp van het onderzoek wordt weergegeven in paragraaf 3.1. De instellingen en respondenten worden betrokken in paragraaf 3.2, de dataverzamelmethode in paragraaf 3.3 en validatie/betrouwbaarheid van het onderzoek wordt toegelicht in paragraaf 3.4. Tenslotte worden ethische bezwaren in 3.5 beschreven.

3.1 Onderzoeksdesign

Dit onderzoek is kwalitatief van aard. De onderzoeker heeft bij kwalitatief onderzoek de intentie om een fenomeen te begrijpen vanuit het standpunt van de personen in een natuurlijke omgeving. Het is een vorm van empirisch onderzoek dat gebruik maakt van etnografie (begrijpen), grounded theory (ontdekken), case studies (onderzoekend), fenomenologisch onderzoek (beschrijvend) en narratief onderzoek (verhalend). De onderzoeksopzet, verzamelwijze van gegevens en analysewijze is typerend voor deze methode (Creswell 2003:18). Dit onderzoek gaat uit van een strategie die zich richt op het diepgaand onderzoeken van een activiteit, gebeurtenis, proces of een of meerdere personen.

Het onderzoek is tijdgebonden en verschillende dataverzamelmethode worden toegepast. (Creswell 2003:15). Om inzicht te krijgen in de achtergronden behorende bij ketenvorming van ziekenhuizen wordt eerst een literatuuronderzoek uitgevoerd. Vervolgens volgt een casusvergelijk tussen twee startende keteninitiatieven en een reeds langer bestaand initiatief van samenwerking. Internationale en intersectorale aspecten worden geanalyseerd om verder bij te dragen aan de beantwoording van de deelvragen en probleemstelling. De interviews worden uitgevoerd met deskundigen die betrokken zijn bij ziekenhuisketens (eventueel in oprichting). Dit zijn bestuurders, (marktcontroleerende) toezichhouders, zorgverzekeraar, organisatie-adviseur en andere relevante stakeholders.

3.2 Betrokken instellingen en respondenten

Instellingen/organisaties die benaderd worden, zijn ziekenhuizen die uitgesproken plannen hebben om tot ketenvorming over te gaan. Meer concreet zijn dit de ketens die in het onderzoek benoemd zijn als "Zuid Holland" en een keten "van zes" top klinische ziekenhuizen. Daarnaast instellingen die vanuit een koepelorganisatie (bijvoorbeeld Samenwerkende Rijnmondse Ziekenhuizen) een samenwerkingsverband in 1972 zijn aangegaan. Gezien de strategische aspecten van ketenvorming heeft het de sterke voorkeur om interviews af te nemen bij Raad van Bestuursleden van ziekenhuizen die deelnemen in ketens. Bij ziekenhuisketens in oprichting worden daartoe minimaal twee deelnemers geïnterviewd. Dit gebeurt om mogelijk verschillende visies op ketenvorming binnen één keten inzichtelijk te maken.

De gesprekspartners van de RvB ziekenhuizen, stakeholders - waaronder toezichthouders, zorgverzekeraars en adviesbureaus-, zijn eveneens kandidaten voor een interview. Zij moeten in staat zijn om kanttekeningen te plaatsen bij mogelijk sociaal wenselijke antwoorden van de bestuurders. De gekozen stakeholders zijn de toezichthouders op de Nederlandse gezondheidszorg (Nederlands Zorgautoriteit en Nederlandse Mededingingsautoriteit), verder zorgverzekeraars (Mensis en Agis). Daarnaast vinden gesprekken plaats met organisatie-adviesbureaus die expertise hebben op het gebied van toezicht (governance) en met samenwerkingsvraagstukken (C3 en Twynstra Gudde). Tenslotte zal een Tweede kamerlid/voormalig bestuurder zorgverzekeraar vanuit zijn expertise feedback geven op de resultaten. De keuze voor de hiervoor genoemde gesprekspartners is voortgekomen uit oriënterende gesprekken met veldmedewerkers die op basis van de onderzoekstopics adviezen gaven voor mogelijke gesprekspartners die werkzaam zijn in functies waarin zij te maken hebben met het onderwerp samenwerken of concurreren.

Antwoorden en opmerkingen van de gesprekspartners (andere actoren uit de gezondheidszorg) zijn herkenbaar in de resultaten dankzij de weergave van de instelling waaraan de gesprekspartners zijn verbonden. Laat het duidelijk zijn dat de actoren primair zijn gekozen op basis van hun persoonlijke expertise en kennis over de Nederlandse gezondheidszorg en dat de instellingsnaam of partijnaam in de resultaten wordt gebruikt om de gesprekspartner aan te duiden. In enkele gevallen is de keuze voor de gesprekspartner wel voortgekomen uit een combinatie van Instelling en persoonlijke kennis. Om het geheel van resultaten overzichtelijk te houden is gekozen om consequent de instellingsnaam te hanteren om de gesprekspartner aan te duiden.

Overzicht vertegenwoordigers ziekenhuisketens

- *Keten ziekenhuizen “Zuid Holland”*: Bronovo-Nebo (Den Haag), Goudse Groene Hart (Gouda) en 't Lange Land (Zoetermeer).
drs. J.G.M. Hendriks, voorzitter RvB Bronovo-Nebo (tevens voormalig lid RvB Agis zorgverzekeraar)
drs. P.M. Ansens, voorzitter RvB 't Lange Land Ziekenhuis
- *Keten “zes STZ-ziekenhuizen”*: Onze Lieve Vrouwe Gasthuis (Amsterdam), St. Antonius (Nieuwegein), Canisius Wilhelmina (Nijmegen), Medisch Centrum Haaglanden (Den Haag), Catharina (Eindhoven) en het Martini (Groningen).
dr. J. Van Den Heuvel, voorzitter RvB Canisius Wilhelmina Ziekenhuis
drs. P.E. Van Der Meer MBA, voorzitter RvB Medisch Centrum Haaglanden (Gedurende het onderzoek deelname gestaakt. Vervolgens deelname aan de keten “Zuid Holland”).
- *Stichting Samenwerkende Rijnmond Ziekenhuizen (SRZ) bestaande uit elf ziekenhuizen in de regio Rijnmond*: Erasmus MC (Rotterdam), Havenziekenhuis (Rotterdam), IJsselland Ziekenhuis (Capelle aan den IJssel), Ikazia Ziekenhuis (Rotterdam), Medisch Centrum Rijnmond-Zuid (Rotterdam), Oogziekenhuis (Rotterdam), Rijndam revalidatiecentrum (Rotterdam), Ruwaard van Putten Ziekenhuis (Spijkenisse),

Sint Franciscus Gasthuis (Rotterdam), Stichting Van Weel Bethesda Ziekenhuis (Dirksland) en het Vlietland Ziekenhuis (Schiedam en Vlaardingen).

dr. P.L. Batenburg, Voorzitter dagelijks bestuur SRZ en voorzitter RvB Sint Franciscus Gasthuis
Mevr. drs. J.M. van der waal, beleidsmedewerker bureau stichting SRZ

Overzicht actoren uit de gezondheidszorg

- Nederlandse Zorg Autoriteit dr. R.F. Schippers, senior beleidsmedewerker
mevr. mr. drs. L. Schakel, beleidsmedewerker
- Nederlandse Mededingsautoriteit mevr. mr. J.P.E. van Tartwijk, Programmamanager Zorg
- Menzis, zorgverzekeraar M. Berkhout, manager inkoop 2^e lijn
- C3 dr. H.Hoek, promovendus governance
- Twynstra Gudde drs. W. Opheij, AIO bestuurders in samenwerkingsverbanden
- Albert Schweitzer Ziekenhuis H.D.J. Pietersma, Voorzitter Raad van Bestuur (tevens voormalig lid RvB Ericsson, telecommunicatie multinational)
- Partij van de Arbeid drs. E.van der Veen, Tweede kamerlid, woordvoerder volksgezondheid (voormalig voorzitter RvB AGIS)
- Zernike Group Holding B.V. P. Sloot, managing director Zernike Health Care Group

3.3 Dataverzameling

De effecten die de introductie van gereguleerde concurrentie heeft op de strategische positionering van ziekenhuizen onderling, en ten opzichte van zorgverzekeraars, worden door het onderzoek in beeld gebracht. Hiertoe wordt gebruik gemaakt van literatuuronderzoek. Verzameling van (wetenschappelijke) artikelen, rapporten en vakliteratuur in boeken en tijdschriften is bedoeld om de ontwikkeling van DBC's inzichtelijk te maken. Theorie over de invloed van gereguleerde concurrentie op de strategievorming, onderhandelingswijze, concurrentiepositie is een onderlegger voor de tweede onderzoeksmethode, te weten interviews.

Semi-gestructureerde interviews met bestuurders van deelnemende ketenziekenhuizen, stakeholders en markttoezichthouders worden gebruikt om data te genereren waarmee deelvragen beantwoord kunnen worden. Deelvragen en input uit de literatuurstudie worden uitgewerkt in interviewvragen met verschillende topics. Data verkregen uit de face to face interviews met behulp van een digitaal opname-apparaat worden schriftelijk woord voor woord uitgewerkt, gecodeerd op basis van topics en onderzoeksdeelvragen en geanalyseerd. Een confrontatie van de theorie met de bevindingen uit het veldonderzoek zal worden uitgevoerd met behulp van de verkregen data en inzichten. Om een eenzijdig en te rooskleurig beeld te voorkomen worden ook interviews gepland met stakeholders uit andere gezondheidszorgsectoren. Deze zijn in de vorige paragraaf reeds benoemd. Deze groep zal fungeren als een feedback panel van experts. De resultaten en bevindingen uit de interviews met Raden van Bestuur worden voorgelegd aan dit panel.

3.4 Triangulatie / validiteit / betrouwbaarheid / representativiteit

Triangulatie binnen kwalitatieve onderzoeksmethoden houdt in dat het onderzoek op verschillende manieren wordt benaderd. Door gebruik te maken van meerdere onderzoeksmethoden (literatuur, internetsearch) en meerdere interviewdoelgroepen (onder andere bestuurders en actoren uit de gezondheidszorg) wordt getracht vanuit meerdere invalshoeken de probleemstelling te benaderen, om zodoende eenzijdige onderzoeksresultaten te voorkomen en zo te zorgen voor waarborging van de interne validiteit. De gesprekspartners worden hiervoor verdeeld over twee groepen. Ten eerste bestuurders die actief zijn in een ziekenhuisketen (in oprichting). Ten tweede een groep actoren die werkzaam en actief zijn in de gezondheidszorg die interactie hebben met bestuurders van ziekenhuisketens en mogelijk expertise bezitten op een specifiek gebied (topic). De interne validiteit moet gewaarborgd worden om de argumenten die voortkomen uit een onderzoek deugdelijk te laten zijn, ten opzichte van de gegevens van het onderzoek. Externe validiteit richt zich op de generaliseerbaarheid van de onderzoeksresultaten op een populatie van grotere omvang. Vanwege de specifieke en zeer actuele omstandigheden die een rol spelen bij de effecten van geregleerde concurrentie in Nederland, is een studievergelijking moeilijk. De beschikbare bronnen worden aangewend om de externe validiteit zoveel mogelijk te waarborgen (peer debriefing expert panel). Interne betrouwbaarheid vereist het consequent toepassen van methoden en het uitleggen van theoretische termen en begrippen. In het theoretisch kader van dit onderzoeksvoorstel worden de toegepaste methoden en theoretische termen toegelicht.

De externe betrouwbaarheid is gericht op duidelijkheid. Status, rol, positie, selectiemethode en onderzoekssetting zijn kenmerken die duidelijk beschreven moeten worden. Achteraf moet dit vanuit de onderzoeksrapportage duidelijk te herleiden zijn. De bestuurdersgesprekspartners zijn representatief vanwege hun deelname aan ziekenhuisketens. Echter, vanwege de kleine onderzoeksdoelgroep en recente opkomst van ziekenhuisketens is het moeilijk de resultaten te generaliseren naar een totaalpopulatie. De expertpanelleden zijn werkzaam (geweest) op deelgebieden van het onderzoek op bestuurlijk en strategisch niveau. Verder hebben zij ervaring met onderhandelingen met bestuurders. Dit tezamen maakt hen representatief in hun rol als expertpanellid.

3.5 Ethische dilemma's

Hoewel in het onderzoek wordt uitgegaan van anonimiteit is het mogelijk dat de data, voortkomend uit het onderzoek vanwege de kleine aantallen ziekenhuizen, bestuurders en toezichthouders op de Nederlandse gezondheidszorg herleidbaar zijn naar één van de geïnterviewden. Mogelijk belemmert het gebrek aan anonimiteit volledige uitingsvrijheid. Dit heeft tot gevolg dat onderzoeksresultaten pas kunnen worden voorgelegd aan derden op het moment dat de data is uitgewerkt en gereduceerd naar data die algemeen van aard, niet herleidbaar is en geen directe invloed heeft op de strategische positionering van de gesprekspartner.

4 Resultaten

In dit hoofdstuk staan de resultaten beschreven van de semi-gestructureerde interviews met ziekenhuisbestuurders, aangevuld en vergeleken met inzichten van andere actoren uit de gezondheidszorg. De resultaten zijn voortgekomen uit de uitwerking van antwoorden op de verschillende interviewtopics. Deze zijn geordend, onderling en met actoren uit de gezondheidszorg vergeleken om overeenkomende en tegengestelde inzichten vast te stellen. Verder is input gekomen uit verdieping in casuïstiek van buitenlandse en een bestaande Nederlandse ziekenhuisketen. De resultaten zijn weergegeven volgens de structuur van paragraaf 2.4 van het theoretisch kader. In paragraaf 2.4 is getracht om vanuit de theorie te komen tot beantwoording van de deelvragen van de probleemstelling rondom de initiatie, de inrichting en evaluatie van ziekenhuisketens. Door deze structuur ook hier te gebruiken, is een vergelijk tussen de praktijk en theorie snel inzichtelijk te maken en te gebruiken bij beantwoording van de deelvragen in het conclusie hoofdstuk. Het hoofdstuk begint met een paragraaf waarin de onderzochte ketens kort worden geïntroduceerd. Aansluitend volgen de resultaten per onderzoekstopic.

4.1 Introductie onderzochte ketens

In dit onderzoek is onderzoek gedaan naar drie verschillende ketens in de Nederlandse gezondheidszorg. Een tweetal zijn ketens in oprichting en een derde is een reeds bestaande keten.

Keten: Zes STZ-ziekenhuizen: Deze keten in oprichting bestaat sinds 2006 uit een zestal ziekenhuizen, allen behorend tot de vereniging samenwerkende topklinische opleidingsziekenhuizen (STZ). Gezamenlijk hebben de ziekenhuizen een omzet van 1,1 miljard euro, ruim 3700 bedden, een adherentie die bijna tien procent van de ziekenhuissector voor zijn rekening neemt. De ziekenhuizen zijn werkzaam in verschillende regio's in Nederland. De zes grote regionale ziekenhuizen onderzoeken de mogelijkheid om op een aantal terreinen de krachten te bundelen. De besprekingen tussen de zes bevinden zich nog in een verkennend stadium. Er wordt bekeken welke voordelen de samenwerking kan opleveren. Gedacht wordt bijvoorbeeld aan gezamenlijke kwaliteitsverbeteringen, voordelen voor de medische en (gespecialiseerde) verpleegkundige opleidingen, inkoopvoordelen en het gezamenlijk benaderen van belangrijke financieringsbronnen. Daarvoor zou een federatie gevormd kunnen worden, waarbij de afzonderlijke leden hun autonome status behouden. In de loop van 2006 heeft één van de deelnemers zich teruggetrokken uit het initiatief en neemt sindsdien deel aan de keten "Zuid Holland".

Keten: Zuid Holland: Deze keten in oprichting bestaat uit een viertal ziekenhuizen in de regio Den Haag en omstreken. Eén van de vier ziekenhuizen is lid van de STZ, de overige zijn algemene ziekenhuizen. Gezamenlijk hebben de ziekenhuizen een omzet van ruim 430 miljoen en 2062 erkend aantal bedden. De ziekenhuizen zien in het samenwerkingsverband een unieke mogelijkheid om de voordelen van schaalgrootte en kleinschaligheid te combineren.

Voor de patiënten moet deze samenwerking kwalitatief hoogwaardige en betaalbare zorg blijven garanderen dicht bij huis. De betrokken ziekenhuizen menen dat de huidige ontwikkelingen in de zorg noodzakelijk tot vormen van intensieve samenwerking om de bestaande kwaliteit en professionaliteit van het zorgaanbod te waarborgen en waar mogelijk te verhogen en in de toekomst voordelen te behalen in kosten. Men denkt voordelen te behalen door versterking van de basisfuncties door ontwikkeling van doelgroepgeneeskunde, onderlinge verdeling van medisch specialisten en ontwikkeling van gezamenlijk medisch ondersteunende diensten. Daarnaast door het delen van resources waaronder inkoop, ict, patiëntenlogistiek, juridische zaken en bestuursondersteuning, interne/externe communicatie en marketing, facilitaire zaken, kwaliteitsborging en veiligheid, medische instrumentele diensten en personeelsbeleid. Uitgangspunt voor deze samenwerking is dat de eigen identiteit en het algemene karakter van de afzonderlijke instellingen behouden blijven.

Keten: Rijnmond: De stichting samenwerkende Rijnmond ziekenhuizen (SRZ), verder benoemd als “de Rijnmondse keten”, is in 1972 opgericht. In de stichting hebben elf ziekenhuizen uit de Rijnmond regio zich verenigd. De deelnemende ziekenhuizen vertegenwoordigen vrijwel het volledige adherentiegebied in de regio Rotterdam-Rijnmond. Deelnemende ziekenhuizen zijn volledig onafhankelijk van elkaar. Het beddenaantal en omvang van gezamenlijke omzet wordt hier om die reden niet genoemd. De stichting wil met diverse projecten, regionale afspraken en overleggen werken aan het versterken van de onderlinge samenwerking tussen ziekenhuizen en ketenpartners. Namens de deelnemende ziekenhuizen voert de Rijnmondse keten structureel overleg met diverse externe instanties, waaronder; verzekeraars, regionale patiënten en consumenten platform en ambulancezorg Rotterdam-Rijnmond. Verder participeert de Rijnmondse keten in bestuursorganen van onder andere; de inkoopcombinatie Rijnmond en het regionaal overleg geneeskundige hulpverlening bij ongevallen rampen. Actuele samenwerkingsprojecten richten zich op de vorming van een regiovisie betreffende oncologiecapaciteitsverdeling, optimale verdeling van kindergeneeskunde, ontwikkeling en borging van een regionaal oogzorgnetwerk, revalidatiezorg en toegang voor spoed.

| Ketenaspect | Zes STZ-ziekenhuizen | Zuid Holland | Rijnmond |
|---|--|---|--|
| Startjaar | 2006 | 2006 | 1972 |
| Aantal deelnemers | bij aanvang zes, inmiddels vijf | Vier | elf |
| Ziekenhuistype | STZ | STZ + algemeen | academisch + algemeen |
| Adherentiegebied | <ul style="list-style-type: none"> • Landelijk verspreid • Geen aansluitende adherentiegebieden | <ul style="list-style-type: none"> • regionaal, regio Den Haag • vrijwel aansluitende adherentiegebieden • geen gezamenlijke marktdominantie in het werkgebied | Regionaal, regio Rotterdam-Rijnmond <ul style="list-style-type: none"> • Vrijwel aansluitende adherentiegebieden • gezamenlijk marktdominantie in het werkgebied |
| Omvang (bedden) Bron: jaarverslagen | 3700 | 2062 | 4441 |
| Bestuursvorm | vereniging i.o. | intentieverklaring / federatie | stichting |
| Toetredingswijze nieuwe leden | <ul style="list-style-type: none"> • besloten groep • toetreding na goedkeuring bestaande leden | <ul style="list-style-type: none"> • besloten groep • toetreding na goedkeuring bestaande leden | <ul style="list-style-type: none"> • open groep • toetreding is mogelijk voor elk mogelijk lid |
| Soort samenwerking | <ul style="list-style-type: none"> • onderscheiden door kwaliteitskeurmerk • backoffice voordelen • onderhandelings-machtvergroting | <ul style="list-style-type: none"> • medisch inhoudelijke samenwerking • samenwerking topklinische & electieve zorg • backoffice voordelen • schaalvergroting | <ul style="list-style-type: none"> • samenhangend netwerk van zorgvoorziening inrichten. • verstevigen van dwarsverbanden tussen ziekenhuizen |

| | | | |
|--------------------------|--|---|--|
| Deelnemende instellingen | <ul style="list-style-type: none"> • Onze Lieve Vrouwe gasthuis, (Amsterdam) • St. Antonius, (Nieuwegein) • Catharina Ziekenhuis (Eindhoven) • Martini Ziekenhuis (Groningen) • Medisch Centrum Haaglanden* (Den Haag) | <ul style="list-style-type: none"> • Bronovo-Nebo (Den Haag), • Goudse Groene Hart (Gouda) • 't Lange Land (Zoetermeer) • Medisch Centrum Haaglanden (Den Haag)* | <ul style="list-style-type: none"> • Erasmus MC (Rotterdam) • Havenziekenhuis (Rotterdam) • IJsselland Ziekenhuis (Capelle aan den IJssel) • Ikazia Ziekenhuis (Rotterdam) • Medisch Centrum Rijnmond-Zuid (Rotterdam) • Oogziekenhuis (Rotterdam) • Rijndam revalidatiecentrum (Rotterdam) • Ruwaard van Putten Ziekenhuis (Spijkenisse) • Sint Franciscus Gasthuis (Rotterdam) • Stichting Van Weel Bethesda Ziekenhuis (Dirksland) • Vlietland Ziekenhuis (Schiedam en Vlaardingen) |
|--------------------------|--|---|--|

Tabel 1: samenvatting ketenaspecten

*: overgestapt van Zes STZ-ziekenhuizen naar Zuid Holland

4.2 Empirische resultaten geordend per onderzoekstopic

Per onderzoeksdimensie, onderzoekstopic worden de resultaten weergegeven in de volgende subparagrafen. Per ziekenhuisketen volgt een ketenspecifieke weergave, eventueel gevolgd door algemene resultaten die van toepassing zijn op alle onderzochte ziekenhuisketens.

4.2.1 Strategische concurrentiepositie

Zes STZ-ziekenhuizen: bestuurders geven aan dat zij, elk voor hun eigen organisatie, gebruik maken van klassieke modellen, om mede de omgevingsinvloeden vast te stellen en daarop in te spelen. *“Wij hebben ons eigen beleidsplan, gebruiken modellen, kijken wat er gebeurt in de omgeving en waar we staan als organisatie. Dit alles is gegoten in een beleidsplan waarin wij aangeven dat wij de integrale ziekenhuiszorg, met uitzondering van het academische deel willen aanbieden.”* De organisatie is aangepast om zo goed mogelijk bij te dragen aan het verkrijgen van de positie zoals men die vanuit het beleidsplan voor ogen heeft. Door marktwerking is de omgeving anders in vergelijking met het verleden. Marktwerking heeft ervoor gezorgd dat er door deelnemers tegenwoordig meer op de klant wordt gericht en kostprijzen van zorgproducten zijn beter inzichtelijk. *“In het verleden was er ondercapaciteit en kwamen de klanten vanzelf.”* Daarnaast zijn de verhoudingen tussen zorgaanbieders en zorginkopers verhard. In tegenstelling tot in het verleden wordt er tegenwoordig flink onderhandeld over de prijs en kwaliteit van zorgproducten. Cliëntenraden en patiëntenplatforms zijn in deze tijd gesprekspartners met betrekking tot de inhoud en beleving van de zorg. Het aanbieden van integrale zorg maakt verticale integratie tussen ziekenhuis en andere zorgaanbieders aantrekkelijk. Het denken in termen van productielijnen, productiestraten en daarbij benodigde partners hoort daarbij.

Zuid Holland: bestuurders die deelnemen aan de keten “Zuid Holland” geven aan dat zij gebruik maken van modellen om mede de omgevingsinvloeden vast te stellen. *“Beleidsplannen en modellen zijn handvatten om van alles te rubriceren en zijn de basis waarop je terug valt”,* volgens een bestuurder. Voorbeelden van één deelnemer zijn INK, NIAS en six-sigma. Het gebruik van modellen bepaalt volgens de bestuurder niet het onderscheidend vermogen van de organisatie. Dat komt meer tot stand door uitingen van personeel en het leveren van de beste kwaliteit. Bestuurders hebben veel interne en externe interactie, kijken wat er verandert in de omgeving, anticiperen daarop en proberen medewerkers mee te krijgen. Omgevingsinvloeden die door bestuurders worden benoemd, zijn aanpassingen in het zorgstelsel door de overheid, commerciële initiatieven, kwaliteitseisen en veranderende verhoudingen ten opzichte van zorgverzekeraars. De invoering van marktwerking in de zorg heeft gezorgd voor een toenemende focus op de klant omdat het aanbod niet meer vanzelfsprekend is. *“Zwart-wit betekent marktwerking dat je wat meer nadenkt over hoe je patiënten in je ziekenhuis behandelt en hoe je ze in het ziekenhuis krijgt”,* aldus een bestuurder.

Er wordt veel meer geïnvesteerd in relatiebeheer met stakeholders (waaronder patiëntenplatforms, cliëntenraden en huisartsen). Verder geeft men aan dat de onderhandelingen met zorgverzekeraars zijn veranderd. Er zijn meer onderhandelingsrondes met verschillende zorgverzekeraars. In het verleden werd er slechts onderhandeld met de vertegenwoordiger van de lokaal dominante zorgverzekeraar en één vertegenwoordiger namens de overige zorgverzekeraars. *“In een ‘zwart boek’ stonden alle tarieven en dat was het dan.”* Tegenwoordig spreken we over veel meer, waaronder kortingen en staffelprijzen. De prijs is tegenwoordig onder druk komen te staan en is de voornaamste inzet bij onderhandelingen. De noodzaak om inzicht te krijgen in de kostenstructuur, kostprijzen en DBC-opbouw komt hieruit voort. *“Zorgverzekeraars hebben door de gehanteerde polisprizen enorme problemen gekregen in de markt, nu willen ze bijna niets betalen voor ons product”*, aldus een bestuurder. Ziekenhuisbestuurders zijn zich bewust van de veranderende onderhandelingsposities en verwachtingen van patiënten. Zij proberen een dusdanige positie in te nemen in de markt die hen in staat stelt om maximaal resultaat te behalen.

Rijnmond: De Rijnmondse keten als stichting stelt niet een strategische concurrentiepositie voor de deelnemers vast. De deelnemers geven aan waar zij op een bepaald moment in de markt staan, hoe er tegenaan gekeken wordt en waar aandachtspunten ter verbetering zijn. Vanuit de signalering volgt een behoefte om te verbeteren en dat leidt tot de definiëring van een project. De Rijnmondse keten is geen kostenbesparend platform, het richt zich meer op losse samenwerking, daar waar nodig. De strategische concurrentiepositie komen bij de individuele deelnemers tot stand en staan los van de Rijnmondse keten.

Conclusie: De keten “Zuid Holland” en de keten “zes STZ-ziekenhuizen” gebruiken bedrijfskundige en strategische modellen om inzicht te krijgen in hun huidige positie. In een door marktwerking veranderende omgeving onderkennen de ketendeelnemers een overgang van aanbodgestuurd naar vraaggestuurd en proberen met behulp van ketenvorming een betere positionering te bewerkstelligen. Rijnmondse ketendeelnemers gebruiken evengoed soortgelijke modellen maar de ketenvorm is zeker niet het belangrijkste middel dat door de deelnemers wordt gebruikt om een betere positie te verkrijgen. De deelnemers gaan uit van een eigen individuele strategische positionering.

4.2.2 Competitieve of coöperatieve concurrentiestrategie

Zes STZ-ziekenhuizen: Bestuurders geven aan dat een coöperatieve concurrentiestrategie een keuzemogelijkheid qua strategie is waar nu gebruik van wordt gemaakt. Ketenvorming brengt voordelen met zich mee brengt die uitblijven bij een volledig competitieve strategie onder de huidige marktomstandigheden. Zo stelt het ketendeelnemers in staat om gezamenlijk meer marktmacht te creëren en te gebruiken in onderhandelingen met onder andere zorgverzekeraars dan afzonderlijk mogelijk is. Deze marktmacht kan dan aangewend worden voor verschillende doeleinden.

Coöperatie tussen een groep topklinische ziekenhuizen geeft eveneens de mogelijkheid om zich te onderscheiden van concurrenten op basis van de topklinische status. Deze kan als landelijke merknaam worden neergezet. Deze gedachte wordt gedeeld door Zernike, die aangeeft dat, voor een ziekenhuis met naam en faam, patiënten bereid zullen zijn verder te willen reizen om gebruik te maken van de aanwezige kennis en ervaring. Twynstra Gudde geeft daarentegen aan dat de ontwikkeling van het thema “merknaam” in de verpleeg- en verzorgingssector meer gaande is. Dit zou betekenen dat ziekenhuizen naast samenvoeging van back office activiteiten zich eveneens richten op de front office. Zorginstelling gaan dan samen verder onder één naam en zetten deze naam neer als merknaam. Lopende initiatieven in de ziekenhuissector, waarin een samenwerkingsverband gebruik wil maken van één naam, zijn nog niet operationeel. Het opgeven van een eigen merknaam door een ziekenhuis wordt niet snel verwacht.

Zuid Holland: De fusiegolf tussen zorgverzekeraars is niet de voornaamste reden geweest voor bestuurders om coöperatie tussen ziekenhuizen te initiëren. Bestuurders geven aan dat zij vertrouwen hebben in de eigen mogelijkheden van het ziekenhuis. Desondanks zien zij in dat zij zelfstandig moeilijk een breed samenhangend zorgaanbod kunnen blijven aanbieden met hoge kwaliteit tegen een concurrerende prijs. Een volledig competitieve strategie is voor hen in de huidige gezondheidszorgmarkt moeilijk te handhaven. Hoewel geen van de bestuurders dus aangeeft dat zij onvoldoende vertrouwen in de eigen capaciteiten heeft, richten zij zich op een ketenstrategie (coöperatief) om voordelen te realiseren die afzonderlijk niet te behalen zijn. Negatieve aspecten uit de eigen organisatie zijn er dus niet maar wel een “*negatief ideaal*” zoals één bestuurder het noemt. Hiermee wordt bedoeld: het vermijden van capaciteitsreducties door het opleggen van zorgprofielen door een zorgverzekeraar aan een ziekenhuis in een bepaalde regio.

De PvdA geeft aan dat: “*marktwerking op zich niet de reden is waarom deze ziekenhuizen kiezen voor een onderscheidend vermogen door ketenvorming. De fusiegolf van zorgverzekeraars is eveneens niet de belangrijkste reden voor consolidatie van ziekenhuizen. Veel belangrijker is dat ziekenhuizen door ketens te vormen hun weerstands- of absorptievermogen verbeteren waardoor zij in staat zijn om nieuwe technieken en competenties binnen boord te houden. “Ze moeten wel aansluiting bij anderen zoeken” aldus de gesprekspartner.*”

Rijnmond: De Rijnmondse keten geeft aan dat zij niet een keuze maakt tussen competitief of coöperatief. De leden van de Rijnmondse keten zijn onafhankelijk en vrij om met willekeurige partijen samen te werken dan wel te concurreren. De leden zijn coöperatief daar waar een gezamenlijke behoefte tot verbetering aanwezig is. Coöperatie is gericht op verbetering, waarbij de deelnemers voordeel kunnen halen, uit het zorgaanbod in de regio, die zonder samenwerking niet of minder tot stand kan komen. Samenwerking was voor de marktintroductie al een beproefde werkwijze. Het wordt nu gebruikt als basis voor het afstemmen van zorgaanbod en zorgvraag.

Algemene opmerkingen van actoren betreffende keuze uit competitie of coöperatie:

Volgens de PvdA moet je de positionering van de zorg heel goed markeren in de strategie. *“Er is een algemeen beeld dat aangeeft dat er wat moet veranderen, dat het commerciëler en zakelijker moet. Dit heeft weinig te maken met een intrinsieke competitieve benadering van de markt”*. Wat meespeelt bij ketenvorming is de wankelende positie van een ziekenhuis. Door een beetje bij elkaar te horen is toetreding van een ander ziekenhuis en positieverbetering van een concurrent minder gemakkelijk te realiseren. *“Het is hierbij van belang om een samenhangend zorgaanbod aan te bieden en te faciliteren door het bouwen van een infrastructuur waarin zorgpartners elkaar snel kunnen vinden,”* aldus de PvdA. Het beeld dat er meer dan alleen de fusiegolf tussen verzekeraars als stimulans heeft gewerkt op de initiatie van coöperatieve strategieën wordt eveneens benoemd door andere actoren in de gezondheidszorg (Menzis en Albert Schweitzer ziekenhuis). Zij geven aan dat het een complex van factoren betreft voor alle ketenvarianten. Er treed onder andere een verdere rationalisatie bij ziekenhuizen op waarin het gezamenlijk inrichten van zorgprocessen en backoffice een logische uitwerking is. Twynstra Gudde voegt wel toe dat in tegenstelling tot maatschappelijke beweegredenen (gewenst zorgaanbod) en reële argumenten (bijvoorbeeld co-specialisatie oncologie) het informeel wel degelijk al snel gaat over de kwetsbaarheid ten opzichte van de zorgverzekeraar en de wenselijkheid om krachten te bundelen. *“Angst voor de macht van de verzekeraar is, naast spijt om een ontwikkeling te missen, een dominante reden om ketens te vormen.”*

Internationaal perspectief

Naast de interne mogelijkheden (modellen en beleidsplannen), oriënteren bestuurders zich op buitenlandse ketens en hun werkwijze. Bestuurders geven aan dat zij buitenlandse organisaties bezoeken om leerervaringen op te doen voor de Nederlandse gezondheidszorgmarkt. De ervaringen van ketens in oprichting in het buitenland worden in Nederland niet overgenomen. Bestuurders geven aan dat de Nederlandse context dit niet mogelijk maakt. De marges in Nederland zijn lager en de financiële waarde van faciliteiten veel hoger. Goedkoop aanschaffen van een bestaande organisatie, inclusief faciliteiten, deze vervolgens te standaardiseren en vanuit de gestroomlijnde organisatie winst te maken, zoals in het buitenland gebeurt, is volgens bestuurders niet mogelijk. Dit wordt verder moeilijk gemaakt door de complexe wet- en regelgeving. Dit is in tegenspraak met opmerkingen van Zernike. Dit is een bedrijf dat namens een groep buitenlandse investeerders een oncologisch centrum in Amsterdam aan het opzetten is. Zij geeft aan dat een keten ook door standaardisering en het delen van kennis in staat is om financieel doelmatig te werken. Door de markt te benaderen vanuit een landelijke adherentievisie zijn samenwerkingsverbanden voor de complexe zorg mogelijk. Voor het verkrijgen van de beste complexe verzorging gaat Zernike er van uit dat patiënten verder willen reizen. Door gezamenlijk te investeren in kennis, standaardisering en technologie kan men functies landelijk verdelen. Kostenbesparingen vallen hierdoor wel degelijk te behalen, evenals kwaliteitsverbetering.

Bovendien wordt een organisatie neergezet buiten de bureaucratie van een bestaande ziekenhuisorganisatie, waardoor overhead kosten geminimaliseerd blijven en de kostprijzen lager zijn in vergelijking met andere ziekenhuizen.

Conclusie: Een coöperatieve concurrentiestrategie geeft de bestuurders de kans om gezamenlijk doelen te realiseren, concurrentiedrempels te verhogen en verliezen in productaanbod en adherentiegebied te vermijden. Afzonderlijk voelen de ketens zich niet in staat om vastgestelde doelen te realiseren. Daarnaast denken bestuurders door middel van een coöperatiestrategie zich te onderscheiden van concurrenten. Andere redenen voor dit type strategie zijn de weerstandsverhoging van de deelnemers en het verkleinen van de kans om een nieuwe ontwikkeling niet te missen. In vergelijking met internationale ziekenhuisketens valt het op dat er bij de onderzochte ketens vooralsnog geen integratie- en standaardisatiedoelstellingen aanwezig zijn die zich richten op zorginhoudelijke aspecten en inrichting van de organisatie.

4.2.3 Coöperatieve concurrentiestrategie

De redenen voor bestuurders om te komen tot een coöperatieve concurrentiestrategie is kort maar krachtig verwoord tijdens de interviews. In de onderstaande beschrijving van coöperatieve concurrentiestrategie zijn de argumenten verder uitgewerkt.

Zes STZ-ziekenhuizen: bestuurders geven aan dat de initiatie tot ketenvorming voortkomt uit bestaande (samenwerking) relaties. Bestuurders kennen elkaar reeds uit STZ-verbanden en/of delen de vroegere geloofbelijdenis van het ziekenhuis. Zij vertrouwen elkaar en vinden elkaar gemakkelijk. Een toevallige fit blijkt dus aanwezig te zijn die leidt tot samenwerking in ketens. Een belangrijk doel is om een verbeterde onderhandelingspositie te verkrijgen ten opzichte van zorgverzekeraars dankzij toegenomen schaalgrootte. Dit kan door gezamenlijk onderhandelen van de deelnemers met de zorgverzekeraars. Daarnaast levert samenvoeging van de back office mogelijk ICT besparingen op. Gezamenlijk inkopen van materialen lijkt eveneens financiële voordelen te brengen. Coöperatie als strategie biedt hier financiële voordelen die afzonderlijk door de deelnemers niet te halen zijn. Albert Schweitzer Ziekenhuis, als niet-ketengebonden actor, geeft daarentegen aan dat gezamenlijk inkopen van materialen en de samenvoeging van back office voordelen biedt maar dat hiervoor niet noodzakelijkerwijs een formele organisatie voor hoeft te worden opgezet.

Positieverbetering van ketendeelnemers kan volgens bestuurders van de keten ook plaatsvinden door de vorming van een landelijk keurmerk. Bestuurders willen dat het keurmerk staat voor een verzekerd hoog niveau van de geleverde zorg. *“Als je echt goede zorg wil, dan moet je bij ons zijn”*, aldus een bestuurder. Hier is wederom sprake van ketenactiviteiten die gericht zijn op de front office. Een uniforme uitstraling wordt voorgesteld waardoor een klant weet welk typeproduct en kwaliteit verwacht kan worden.

Verder geeft dezelfde bestuurder aan dat positieverbetering eveneens kan plaatsvinden op “incestueuze wijze” door de grote professionele vertegenwoordiging in wetenschappelijke verenigingen van specialisten van de deelnemende ziekenhuizen. De ziekenhuizen én de daar werkende specialisten zouden dankzij de omvang van de keten meer invloed krijgen in de gezondheidszorgmarkt.

De directe rol van de Raad van Toezicht bij de vorming van een coöperatieve concurrentiestrategie is niet verwoord. *“De beleidsplannen (waaronder ketenvorming) worden wel intern en extern getoets”*, aldus een bestuurder.

Zuid Holland: alle bestuurders geven aan dat de initiatie tot ketenvorming voortkomt uit bestaande (samenwerking) relaties uit de regio. De adherentiegebieden van de deelnemers zijn vrijwel aaneengesloten. De toevallige fit die leidt tot samenwerking is hier eveneens aanwezig. Er zijn verscheidende redenen om te kiezen voor een coöperatieve concurrentiepositionering. Wat vooral naar voren komt is dat bestuurders denken dat allen afzonderlijk te klein zijn om ambities te kunnen ontplooiën in de toekomst. Gezamenlijk denkt men zich beter te kunnen handhaven. Daarnaast hoopt men professionals in de ziekenhuizen meer ruimte te bieden voor ontplooiing in hun werk en daardoor enthousiaster te maken voor de organisatie waarin zij werkzaam zijn. Eén bestuurder geeft aan dat er geen efficiëntie- of financiële doelstelling aanwezig is om te komen tot ketenvorming. Wel zijn er besparingen mogelijk door gezamenlijke inkoop van ICT en materialen. Albert Schweitzer Ziekenhuis geeft ook hier aan dat gezamenlijk inkopen van materialen en de samenvoeging van back office voordelen biedt, maar dat hiervoor niet noodzakelijkerwijs een formele organisatie voor hoeft te worden opgezet. Een andere bestuurder geeft aan dat het aanbieden van aantrekkelijke zorg tegen een aantrekkelijke prijs een hoofddoel is. Het gezamenlijk inrichten van een technische infrastructuur verlaagt de kostprijs aanzienlijk en maakt het delen van kennis tussen maatschappen beter mogelijk. *“Dit draagt bij om toekomstige reducties te kunnen compenseren zonder in het primaire proces in te grijpen”*, aldus een bestuurder. Een ander verwoordt het als volgt: *“ Samenwerken maakt ons een grotere zorgverkooporganisatie met een meer gelijkwaardige positie ten opzichte van de zorginkopers. De introductie van DBC's heeft niet zodanig bijgedragen aan de ontwikkeling van ketens (coöperatieve strategie)”*.

Bestuurders geven aan dat ketenvorming de kwaliteit kan doen verbeteren vanwege een groter volume, daardoor meer voorkomen van complexe patiënten waar veel van te leren valt. In tegenstelling tot de voordelen die bestuurders zien, geven de PvdA, Menzis, Twynstra Gudde en het Albert Schweitzer Ziekenhuis aan dat ketenvorming niet eens zozeer door concurrentiemotieven (kostprijsverlaging en kwaliteitsverbetering) tot stand komt maar door rationalisatie van de back office functie. Verder zou de voornaamste reden, uitgaande van concurrentiestrategieën, om over te stappen op een coöperatieve concurrentiestrategie volgens deze actoren net zo goed voortkomen uit de angst om op eigen kracht niet te kunnen overleven in de toekomstige marktomgeving.

Voor het aangaan van een coöperatieve concurrentiestrategie vragen bestuurders goedkeuring van de Raad van Toezicht (RvT) van het afzonderlijke ziekenhuis.

Zolang de ziekenhuisdoelstellingen niet negatief beïnvloed worden en de continuïteit van de organisatie gewaarborgd is, wordt toestemming verkregen. De rol van de RvT is momenteel beperkt totdat er formalisatie plaatsvindt van de keten. C3, een actor die zich onder andere richt op governance in de gezondheidszorg, ziet dit anders: de RvT wordt in een te laat stadium betrokken bij ketenvorming waardoor zij weinig invloed heeft op de uitwerking van de keten. De ontwikkeling komt voort uit relationele contacten en heeft in de belangrijke ontwikkelfase nog weinig consequenties voor een deelnemer. Goedkeuring van de RvT is dan formeel nog niet vereist. Op het moment dat dit wel het geval is, is de ontwikkeling dusdanig ver gevorderd dat het proces moeilijk tegen te houden is.

Rijnmond: De reden waarom de Rijnmondse ziekenhuizen tot een coöperatievorm zijn gekomen ligt in het verleden. De stichting is in 1972 opgericht, een tijd waarin volgens een bestuurder ziekenhuizen elkaar niet als concurrenten zagen. In die tijd waren doelstellingen van ziekenhuizen niet op marktwerking gericht. Door de Rijnmondse keten werd met de zorgverzekeraars onderhandeld over verdeling van zorgfuncties in de regio, aandachtsgebieden werden vastgesteld en verbeterprojecten uitgevoerd. De zorgverzekeraar was in deze “oude” tijd de gemeenschappelijke vijand omdat deze de verdeling van de zorgfuncties bepaalde en daarmee de regie in handen had. De huidige bestuurder geeft aan dat de realisatie van doelstellingen laag waren omdat elk ziekenhuis het eigen belang nastreefde. De afgelopen jaren is de Rijnmondse keten uitgediept tot een stafdienst die ondersteunend is aan de deelnemers. *“Tegenwoordig werken de Rijnmond-leden vanuit een maatschappelijke verantwoordelijkheid samen om een samenhangend aanbod van zorg te leveren in de regio”*, aldus een bestuurder. Hiervoor worden projecten toegewezen aan bestuurders van deelnemende ziekenhuizen waarin het zorgaanbod wordt afgestemd op de wensen uit de regio en de onderlinge verbanden van deelnemers worden verstevigd. Dat wil niet zeggen dat er geen enkele sprake is van een strategie binnen de Rijnmondse keten. Samenwerking is niet verplicht, de organisaties zijn onafhankelijk. Indien een project niet aansluit bij de strategie van een deelnemer zal deze geen medewerking verlenen waardoor de kans op projectrealisatie kleiner wordt. Daarentegen is een project van medewerking verzekerd door een deelnemend ziekenhuis als dit voordelen biedt aan dat ziekenhuis. Deelnemers zijn buiten de projecten om in volledige concurrentie met elkaar. Van formele coöperatie is verder geen sprake, aldus de bestuurder.

Algemene opmerkingen van actoren betreffende coöperatie als strategie:

Eerder gaven andere actoren uit de gezondheidszorg aan dat de eerder genoemde beweegredenen om samen te werken snel plaatsmaken voor argumenten zoals onzekerheid en angst voor de machttoename van zorgverzekeraars en angst om achter te blijven. Door de krachten te bundelen verdwijnt de kwetsbaarheid bij onderhandelingen, en uit een keten stappen kan in de toekomst altijd terwijl later instappen wellicht moeilijker is. De invloed van toekomstig spijt op de strategievorming als zodanig is niet besproken met bestuurders van de verschillende ketens.

De actoren Twynstra Gudde en PvdA gaven aan dat bestuurders de koers van hun eigen en onafhankelijke organisatie dankzij deze strategie meer in eigen hand kunnen houden. De argumentatie voor een bepaalde strategie is dan meer emotioneel in plaats van rationeel. Een algemene opmerking met betrekking tot de rol van de RvT en de goedkeuring die door hen wordt verleend aan een ketenstrategie; *“Het zou verstandig zijn om een RvT in de beginfase te laten beoordelen of ketenvorming wel zo verstandig is en laat een RvB inzichtelijk maken welke gevolgen er zijn bij geen deelname”* aldus C3. Persoonlijke belangen, positiebehoud, of een gewenste positie van bestuurders in een nieuwe organisatie spelen mogelijk een rol bij de strategievorming. Een RvT zou kritisch moeten zijn naar een RvB over *“wat er voor hen in zit”* aldus C3.

Conclusie: De coöperatieve strategie wordt gedeeld door bestaande samenwerking- en relationele partners. De doelstellingen van de strategie verschillen per ketenvorm. De “Zes STZ-ziekenhuizen” gebruiken de coöperatieve vorm met name om landelijk de back office te consolideren, algemene resources te combineren en om zich als “merk” te onderscheiden in de markt. De keten “Zuid Holland” richt zich op de regionale back office, maar ook op het inrichten van zorg om zodoende in staat te zijn om gezamenlijk een breed pallet van zorg aan te bieden. De Rijnmondse keten is nadrukkelijk geen kostenbesparend platform en richt zich op het inrichten van een optimaal zorgaanbod in het adherentiegebied van de deelnemende ziekenhuizen. Naast de door bestuurders genoemde redenen geven andere actoren uit de gezondheidszorg aan dat angst voor machtsname van marktpartijen en angst om kansen te missen eveneens redenen zijn om deel te willen nemen aan ketens. Tenslotte hebben bestuurders mogelijk eigen belangen die bijdragen aan de wens om deel te nemen aan ketenverbanden van ziekenhuizen.

4.2.4 Ketensamenwerking verkiezen boven fusie

Zes STZ-ziekenhuizen: *“Een fusieproces is lastig omdat je waarschijnlijk eerder last krijgt van de NMa. Verregaande samenwerking in de regio is lastig omdat hieruit een rare hybride samenwerking ontstaat”*, aldus een bestuurder. Een beetje samenwerken en concurreren in dat opzicht gaat niet. Een keten (met landelijke) spreiding maakt dat er niet in allerlei situaties terecht komt maar dat er wel voordelen zijn. Bij samenwerking wil men schaalvoordelen creëren met behoud van eigen identiteit. Mocht ketenvorming leiden tot meer en diepgaande integratie dan zijn andere samenwerkingsvarianten mogelijk. Hierbij kan het mogelijk zijn dat er dan wel sprake is van een centraal bestuurlijk orgaan, fusie of franchisemodel waarbij verregaande verving en het opgeven van een eigen identiteit mogelijk is. Bestuurders geven aan dat zij nog niet zover zijn, laat staan de organisatie(toezichthouders).

Zuid Holland: *“Knettergek. Dat zouden we zijn als we gingen fuseren”* aldus een bestuurder. In het kort geeft dit de attitude weer tegenover het kiezen van een fusie in plaats van een samenwerkingsverband. Men denkt grote moeite te hebben met het samenvoegen van organisaties, locaties en maatschappen. Ervaringen uit het verleden geven aan dat fusie een bestuurlijke chaos oplevert. De hoeveelheid energie die in deze aspecten van een fusie gaan zitten besteedt men liever aan andere activiteiten. Bij fusie worden alle producten samengevoegd. Bij ketenvorming heeft men keuzes in welke mate men samengaat. *“Bij ketenvorming is er geen sprake van afstoting van producten door één ziekenhuis, eerder het combineren van specialismen, bijvoorbeeld gezamenlijk dienst van vaatchirurgen voor drie ziekenhuizen.”* Alle bestuurders geven aan dat in deze ontwikkelfase van ketens het behoud van de eigen identiteit, cultuur en werkwijze zeer belangrijk voor hen is en dat men deze niet wil opgeven. Verregaande integratie van de ziekenhuisorganisaties wil men voorkomen. Door te kiezen voor een ketenvorm willen bestuurders fusie vermijden. Bij een fusie zou het beeld kunnen ontstaan dat een klein ziekenhuis inferieur is aan een groter ziekenhuis met als gevolg weerstand tegen de fusie.

Rijnmond: Fusie is geen vraagstuk binnen de Rijnmondse keten. Een bestuurder gaf eerder aan dat het grote aantal deelnemende ziekenhuizen met elk een eigen strategie en cultuur in een fusieproces iets geven dat onmogelijk aan te sturen valt. Fusie is niet vereist voor het realiseren van Rijnmondse ketendoelstellingen die zich richten op verdeling van zorg in de regio en niet op kostenbesparing. Fusie is een ontwikkeling die zich vormt binnen de muren van de deelnemer en heeft verder niets van doen met de Rijnmondse keten. Het staat een deelnemend ziekenhuis vrij om te fuseren of andere samenwerkingsverbanden aan te gaan met wie zij maar wil.

Algemene opmerkingen van actoren betreffende het vraagstuk fusie- of ketenvorming Twynstra Gudde en de PvdA geeft aan dat een fusie met de vorming van één merknaam in de ziekenhuisbranche nog niet echt op gang is gekomen, in tegenstelling tot de verpleeg en verzorgingsbranche. De PvdA geeft aan dat het bij algemene noties tot samenwerking meer gaat om niet kwetsbaar te zijn in plaats van een fusievraagstuk en inrichting van een gezamenlijk zorgaanbod. Met andere woorden: fusie is niet het doel, het minimaliseren van kwetsbaarheid in een concurrerende omgeving is het doel. Hier komt het algemene beeld terug dat er wat gaat veranderen in de gezondheidszorg. Door samen op te trekken kan je in ieder geval niet naar een ander toe. *“Ze houden elkaar een beetje gevangen”*. Fusie vergroot weliswaar de omzet en omvang van de organisatie, maar geeft voor de individuele deelnemer geen weg meer terug. Ketenvorming waarbij de juridische cement nog ontbreekt, geeft deze mogelijkheid wel, waarbij de verwachting dat één van de ketendeelnemers buiten de keten om een verband aangaat kleiner is. De verwoording door Twynstra Gudde is hiermee overeenkomstig, deze voegt echter toe dat persoonlijke belangen van bestuurders hier ook een rol spelen. *“Bestuurders zijn liever een kleine baas dan een grote knecht.”* Hiermee wordt bedoeld dat bestuurders persoonlijk de voorkeur geven aan zelfstandigheid boven de grootte van een organisatie.

Conclusie: De onderzochte ketens kiezen er eerder voor om samen te werken in een keten dan om met elkaar te fuseren. Er worden veel problemen voorzien bij de integratie van meerdere partners voor zover er doelstellingen zijn die om integratie vragen. Liever investeert men gericht energie in samenwerking op onderdelen, de kans op realisatie van doelen achten bestuurders dan groter. Als de samenwerking niet langer gewenst is, geeft de huidige ketenvorm ketendeelnemers de mogelijkheid om gemakkelijk uit te treden en zelfstandig verder te gaan.

4.2.5 Partnerkeuze en adherentie

Zes STZ-ziekenhuizen: Uit de resultaten volgt dat bestaande relaties een grote rol hebben gespeeld bij de partnerkeuze van ziekenhuisketendeelnemers. Deze overeenkomst met de keten "Zuid Holland" is aanwezig ondanks het verschil in strategische doelen van beide ketens. De deelnemers aan de keten "zes STZ-ziekenhuizen" zijn qua zorgaanbod en status vergelijkbaar, het eerste criterium bij partnerkeuze. De keten richt zich op ontwikkeling van een kwaliteitskeurmerk, gezamenlijk inkopen van materialen en het onderhandelen met zorgverzekeraars. De eigen identiteit blijft hierbij gehandhaafd. Het keurmerk heeft een toegevoegde waarde boven de kracht van de lokale merknaam van het ziekenhuis. Men wil een landelijke uitstraling bewerkstelligen van het keurmerk.

Geografische spreiding is een tweede criterium bij partnerkeuze. De landelijke spreiding verkleint volgens bestuurders het risico van ingrijpen van toezichthouders vanwege de te grote machtstoename in een regio. *"De markt is hier groot genoeg"*, aldus een bestuurder. De definitie van de marktomvang is wel een discussiepunt. *"Ik betwijfel of de NMa dat zelf (de definitie) wel heeft."* De definitie is nog niet uitgekristalliseerd, hoe de daadwerkelijke omvang en macht van een aanbieder wordt bepaald is arbitrair gezien het volgende; Europees gezien heeft Nederland in vergelijking met andere Europese landen een klein oppervlak en inwoners zijn bereid te reizen voor de gewenste zorg. Nederland biedt met zijn 100 ziekenhuizen voldoende concurrentiemogelijkheden.

Ondanks de discussie rondom de definitie heeft de keten haar samenwerkingsplannen besproken met de NMa. De plannen zouden de toets der kritiek bij een beoordeling moeten kunnen doorstaan volgens een bestuurder. De bestuurder die bovenstaande opmerkingen heeft geuit, geeft aan dat rekening wordt gehouden met criteria van toezichthouders, maar dat de markt beperkt wordt door, in zijn ogen, arbitraire regelgeving rondom de definitie van het werkgebied. De NMa geeft aan dat het risico op ingrijpen inderdaad erg klein wordt geacht, uitgaande van de algemene informatie van de onderzoeker zoals die hierboven is gepresenteerd. Ook hier geldt dat de context altijd onderzocht zal worden alvorens een formele uitspraak wordt gedaan.

Zuid Holland: partnerkeuze is zoals eerder gezegd een toevalligheid. Er waren al bestaande samenwerkingsrelaties. Dit bracht ziekenhuizen automatisch bij elkaar aan tafel.

Vanuit de aanwezige persoonlijke fit is omgaan met de veranderende omgeving met deze partners een logisch vervolg. Daarnaast ligt het aan de doelstellingen van een keten. *“Anderen kiezen voor een inkoopcombinatie, wij zoeken naar partners in een direct aansluitend adherentiegebied en praten meer over het regionaal afstemmen van het zorgaanbod”*, aldus een bestuurder van de keten.

Bestuurders geven aan dat zij hebben gekeken naar hun eigen mogelijkheden om met de huidige vorm en schaal dezelfde zorg te leveren in de toekomst in het adherentiegebied. Ieder op zich denkt dit moeilijk te kunnen realiseren, met meerderen een stuk beter. Gedeelde concurrentiedruk wordt ook maar door één van de deelnemende ziekenhuisbestuurders benoemd als invloed op de partnerkeuze.

Doorverwijzingen binnen de keten op het gebied van complexe zorg beperken doorverwijzingen naar een concurrerend, niet ketendeelnemend, ziekenhuis in de regio. Dit effect is benoemd als alternatief ketendoel door de PvdA. Ketenvorming heeft dan als doel het verkleinen van toetreding door derden in plaats van het inrichten van een evenwichtig zorgaanbod. De effecten van de partnerkeuze op de eigen identiteit en cultuur zijn veel benoemd als criterium om te kiezen voor toetreding tot een bepaalde keten.

Overeenkomstig is de behoefte om de eigen identiteit te waarborgen. Eén bestuurder verwoordt het als volgt: *“De herkenbaarheid van een ziekenhuis voor de lokale bevolking is van groot belang. Binding met de bevolking en verwijzers vraagt om een lokale identiteit, met een eigen cultuur en uitstraling.”* Bestuurders denken hun eigen identiteit te handhaven binnen een keten door te richten op onderdelen waarop zij elkaar aan kunnen vullen. Bijvoorbeeld de topklinische zorgvormen en electieve behandelingen. Vanuit deze insteek kan men van elkaar leren, specialiseren en overnemen. Hierbij wil men niet één dominante werkwijze opleggen. De concurrentie binnen de keten kan op deze wijze geregeld worden met behoud van identiteit. *“Het is dan ook niet de bedoeling om met één merknaam naar buiten te treden”* aldus een bestuurder. *“Naar binnen toe ga je een aantal algemene zaken samenvoegen (ICT, inkoop en energie-inkoop), daarnaast voor doelgroepen volume creëren die op basis van bewezen kwaliteit binding met de keten hebben.”*

De PvdA zet vraagtekens bij de daadwerkelijke bereidheid om diensten en zorg samen te voegen. Due diligence, een uitgebreid onderzoek van de administratie, die plaatsvindt bij bedrijfsovernames om te voorkomen dat een kat in de zak wordt gekocht vindt niet plaats. Als ketenpartners deze mogelijkheid niet aan elkaar aanbieden, hoe weet men dan of, en op welke wijze samenvoegen dan het beste mogelijk is en welke beperkende factoren er aanwezig zijn. Op deze wijze blijven de voordelen van ketens mooie ideeën, meer niet.

De gesprekspartner Menzis geeft aan dat identiteit geen vraagstuk is indien men spreekt over samenvoeging van slechts de top klinische (complexe) zorg. Het aanbod van basiszorg blijft dan buiten beschouwing van de keten en geeft de mogelijkheid om een eigen identiteit uit te stralen.

Het wordt anders als men als één verkoopgroep optreedt richting verzekeraars, in dit geval zal de keten voor hetzelfde product(uitkomst) één productprijs afspreken met de zorgverzekeraar. De kans bestaat dat er een “maatstafaanbod” voor de keten tot stand komt. Hierbij wordt, bij gelijke kwaliteit of uitkomst, de laagste productprijs van een ketendeelnemer genomen als prijs voor alle deelnemers. Dit is een theorie, maar wel mogelijk. Deze opmerking geldt eveneens voor de overige ketens.

Bestuurders van deelnemende ziekenhuizen zien de gestelde kaders van toezichthouders gericht op adherentiegebied en concurrentie/gedrag als volgt: *“Zolang patiënten voldoende keuzemogelijkheid overhouden om naar verschillende zorgpartijen te gaan, geeft de keten geen probleem voor een toezichthouder.”* Men houdt rekening met de huidige bekende inzichten van de NMa en NZa. Er is geen formele goedkeuring gevraagd aan de toezichthouders NMa en NZa. De keten gaat er vanuit dat het marktaandeel van de keten in het samenwerkingsgebied onvoldoende groot is om ingrijpen van toezichthouders te rechtvaardigen en dat er voldoende alternatieven in het adherentiegebied aanwezig zijn. Specifiek resulteert de deelname van één ziekenhuis in vergroting van het adherentiegebied en het aantal concurrenten met als gevolg een kleiner marktaandeel van de keten in het totale adherentiegebied. De definitie van de markt heeft geen vaststaande omvang, maar is afhankelijk van de context, het aantal aanbieders in een geografisch gebied is afhankelijk van reiswilligheid van inwoners. De ruimte van deze definitie past volgens bestuurders binnen de criteria van beschikbare documentatie van toezichthouders. *“Men (NZa&NMa) is volgens de bestuurders de grenzen aan het ontdekken.”* Om spanningsvelden tussen marktontwikkeling en marktbeperking te voorkomen probeert men open te spreken met de toezichthouders. Deze keten probeert de doelstellingen van de keten op deze wijze goed over te brengen naar de toezichthouders. Zowel de NMa als de NZa geven aan dat de denkwijze zo op het eerste gezicht inderdaad niet ingaat tegen de criteria die zij zelf stellen. Uiteraard zal de exacte context bezien moeten worden maar uitgaande dat de keten geen misbruik maakt van haar economische positie en binnen de mogelijkheden van de mededingingswet handelen kan er geen bezwaar zijn.

Rijnmond: de partnerkeuze is in een ander tijdperk in de gezondheidszorg tot stand gekomen, 1972. *“Destijds was er een gezamenlijke vijand voor de ziekenhuizen, dit was de zorgverzekeraar”*, aldus een bestuurder. Met de zorgverzekeraar werd onderhandeld over de verdeling van zorgfuncties in de regio. Ziekenhuizen binnen de regio gingen vrijwillig samenwerken om de regio in eigen hand te houden, een samenhangend aanbod van zorg te realiseren en de dwarsverbanden tussen de deelnemers te verstevigen. Dit laatste, ondanks dat men ook concurrenten van elkaar zijn. Partnerkeuze in deze is meer vanuit geografische positionering. Hiermee wordt bedoeld dat de ziekenhuizen met aangrenzende en /of overlappende adherentiegebieden in het gebied Rotterdam-Rijnmond vanwege de nabijheid tot elkaar en de gemeenschappelijke “vijand”, de zorgverzekeraar tot elkaar kwamen.

Inmiddels richt de keten zich vanuit een maatschappelijke verantwoordelijkheid op het optimaal inrichten van complexe zorg en patiënt/huisarts ondersteunende activiteiten.

Een bestuurder vult voorgaande aan door te zeggen: “...dat wij de indruk niet hebben dat wij de markt verdelen.” Daarnaast heeft de keten een coördinerende rol bij rampenopvang en ambulancetransport. Voor het overige deel van het aanbodpakket blijft concurrentie volledig bestaan. Andere samenwerkingspartners zijn hierbij mogelijk, wat in de praktijk ook te zien is. Een spanningsveld rondom marktontwikkelingen en marktbeperkingen is afwezig. Concurrentie is volledig aanwezig met uitzondering van het complexe deel dat is vrijgesteld door de mededingingswet. Ingrijpen van toezichthouders zoals de NMa en NZa vreest men daarom niet. De NMA geeft aan dat instellingen in de gezondheidszorg variëren qua samenwerking, van het aan elkaar snuffelen, tot en met een volledige fusie. Er is geen mededingingsbeperking zolang de samenwerking is ingericht om de kwaliteit voor de patiënt te verbeteren. De NMA beoordeelt of samenwerking noodzakelijk is om dat doel te bereiken, of de samenwerking niet in strijd is met het kartelverbod en of de activiteiten binnen de mededingingswet vallen.

Algemene opmerkingen van actoren betreffende partnerkeuze en adherentie

Twynstra Gudde geeft aan dat de stijlvrage van bestuurder eveneens van invloed is op de partnerkeuze. Bijvoorbeeld ideologische of karakterologische kenmerken zoals maatschappelijk bewogen versus ondernemendheid. Het is waarschijnlijk dat bestuurders met overeenkomende kenmerken eerder tot samenwerking komen dan bestuurders met verschillende kenmerken. De toevallige bestaande samenwerkingsverbanden die leiden tot ketenvormen worden door veel meer beïnvloed dan alleen de bestaande werkrelaties.

Conclusie: Partnerkeuze bij de ziekenhuizen komt voort uit toevallig bestaande relaties, bestaand vertrouwen en overeenkomende aspecten zoals het type ziekenhuis, aangeboden zorgproducten en overeenkomend adherentiegebieden. De invloed van het adherentiegebied is groot bij de keten van “Zes STZ-ziekenhuizen”. Allen willen een eigen identiteit in het adherentiegebied houden. Deze groep kiest mede voor een landelijke spreiding om de toezichthouders op de gezondheidszorg niet tegen zich te krijgen. De keten “Zuid Holland” houdt rekening met de toezichthouders door onder de toegestane grootte van het marktaandeel te blijven. Ook deze groep heeft bestaande samenwerkingsverbanden die zijn uitgegroeid tot een ketenvorm waarbij behoud van eigen identiteit erg belangrijk is. De deelnemers hebben overeenkomende doelen en denken elkaar aan te kunnen vullen. Bij de Rijnmondse keten is partnerkeuze vanuit het verleden tot stand gekomen. Gezien de lage integratie en vrijwillige deelname speelt partnerkeuze geen rol van betekenis. In feite kan elk ziekenhuis deelnemen. Omdat concurrentie volop mogelijk is lijkt het zeer onwaarschijnlijk dat toezichthouders willen ingrijpen bij deze ketenvorm.

4.2.6 Inrichting en aansturing van de keten afhankelijk van adherentie en doelstelling

Zes STZ-ziekenhuizen: De keten bestond bij aanvang uit een zestal STZ-ziekenhuizen. Inmiddels is het aantal vijf omdat één deelnemer heeft besloten om; *“eerst regionaal af te stemmen in plaats van landelijk te regelen”*, aldus de bestuurder van het overgestapte ziekenhuis. De ketendeelnemers willen eerst een verenigingsstructuur opzetten als juridische structuur. Naarmate de keten zich ontwikkelt, kan er voor een andere structuur worden gekozen. Twynstra Gudde geeft aan dat de ervaring leert dat toename van integratie van activiteiten meer afspraken en sturing behoeven. Zolang die er niet zijn, blijft men zitten in de consentfase van ketenontwikkeling, *“Ik doe mee zolang ik er geen last van heb”* is dan de gedachte. Structuren vallen dan uiteindelijk uit elkaar. *“In feite willen ze niets, daarom gaan ze bij elkaar zitten”*, aldus de PvdA. Ketenvorming werkt alleen als er zeer ingrijpende dingen gaan gebeuren”. In deze fase van de ketenontwikkeling is uittreden eenvoudig mogelijk zonder dat dit nadelige consequenties heeft voor de uittredende deelnemer.

Binnen de vereniging zijn deelnemers gelijkwaardig. Er is geen centrale aansturing vanuit een verenigingsbestuur. Een bestuurder geeft aan dat deze er uiteindelijk wel zal komen. De bewegingsvrijheid van de deelnemers om eigen strategieën na te streven kan in verschillende mate worden vastgesteld. *“Zover zijn we nog niet”*, aldus de bestuurder. Wel wordt aangegeven dat bestaande regionale samenwerkingsverbanden waarschijnlijk zullen opdrogen. Zonder de mogelijkheid om een verbintenis met elkaar aan te gaan, kun je niets fundamenteels regelen. Dit inzicht sluit aan bij de eerder en vaker aangegeven opmerkingen door Twynstra Gudde en PvdA.

Actuele ontwikkeling rondom deze keten is dat ketendeelnemers hebben aangegeven dat de doelstelling op het uitbouwen van de onderling samenwerking gericht is en niet op gezamenlijk optreden naar buiten. Samenwerking is dan gericht op ICT, veiligheidsmanagementsysteem, inkoop, personeelsbeleid en vastgoedbeheer. De spreiding van deelnemers over het hele land verkleint concurrentie en zou het gemakkelijker maken om bij elkaar in de keuken te kijken. (Medisch Contact 2007).

Zuid Holland: De keten bestaat uit vier ziekenhuizen die een intentieverklaring hebben opgesteld om tot ketenvorming over te gaan. De formele inrichting van de keten wordt in de komende negen maanden verder vastgesteld. Welke uitgewerkte doelstellingen de keten heeft wordt nog vastgesteld. *“We kijken naar samenwerking op medisch inhoudelijk gebied naar mogelijkheden, daarnaast naar shared services (facilitair, vastgoed, administratie). De juridische kant is het gevolg daarvan, niet het begin.”* De inrichtingsvorm wordt concreter naarmate de samenwerkingsdoelen duidelijker zijn. De opmerking van Twynstra Gudde en de PvdA in de vorige alinea bij de Zes STZ -ziekenhuizen keten rondom integratie van activiteiten is ook hier van toepassing. *“In essentie blijven het alle vier algemene ziekenhuizen, dus alle vier hetzelfde product.”*

De topklinische zorg (complexe zorg) heeft een laag volume, vereist een kostbare infrastructuur en diepgaande kennis. *“Dit is uiteraard iets dat één ziekenhuis niet in zijn eentje kan doen”*, aldus een bestuurder. Doorverwijzingen van complexe zorg zullen naar één ziekenhuis met een bepaalde complexe functie gaan. Hier moet een prikkel zijn om uiteindelijk specialismen te combineren bij verregaande samenwerking. *“Bestuurders creëren de prikkels en negatieve impulsen.”* Samenwerking tussen specialismen wordt niet gedwongen, wel wordt gebruik gemaakt van de voortrekkersspecialismen als voorbeeld naar de andere specialisten. De samenwerking is in dit stadium op vrijwillige basis, er zijn geen contracten en is op ieder moment opzegbaar. Dit bevestigt in enige zin de “spijt-insteek” zoals verwoord door Twynstra Gudde en de PVDA. Beiden verwoorden dat het ontbreken van enige formele inrichting van de organisatie de achterdeur om uit te treden in de toekomst openhoudt afhankelijk van gezondheidszorgontwikkelingen in de toekomst. De vrijheidsgraden binnen de keten zijn in deze fase van de ketenontwikkeling groot en de eigen strategie van een deelnemer is te handhaven.

Bestaande samenwerkingsverbanden van de vier ziekenhuizen kunnen gewoon doorgaan. Volgens bestuurders hoeft dit geen probleem te zijn. Nieuwe verbanden zullen binnen de keten worden gezocht of als keten in samenwerking met een derde partij. Wil een deelnemer zich hier niet aan houden, dan brengt dat spanningen met zich mee en zullen er prioriteiten/maatregelen gesteld moeten worden door de bestuurders. Vanwege het kleine speelveld, wederzijdse afhankelijkheid en bestuurdersimago in het veld zal opportunistisch gedrag niet snel voorkomen. De aansturing van de keten vindt in deze fase van ontwikkeling plaats in tweewekelijkse bijeenkomsten waarin bestuurders en medische stafbestuurders aanwezig zijn. Er komt centrale voortganginformatie uit dit overleg plaats naar de afzonderlijke ziekenhuizen. De gelijktijdige samenwerking en concurrentie tussen de ketendeelnemers is volgens de bestuurders geen probleem. *“Huisartsen bijvoorbeeld blijven verwijzen naar een ziekenhuis naar keuze”*, aldus een bestuurder. Zolang er sprake is van zelfstandige ziekenhuizen blijft concurrentie mogelijk, of concurrentie gestimuleerd wordt, moet nog gezien worden, want dat brengt spanningen met zich mee. Door een centrale aansturing van de keten verdwijnt de bestaande concurrentie, maar dit heeft grote gevolgen voor de identiteit. Zover is men nog niet. Controle en borging van de ketendoelen vindt plaats door de bestuurders die kijken naar het primaire proces. Potentie in kwaliteitstermen en efficiëntietermen worden hierbij vastgesteld. Door veel met interne en externe stakeholders te communiceren, denkt men te evalueren en bij te stellen waar nodig.

Rijnmond: De keten bestaat uit elf samenwerkende ziekenhuizen. Er is een algemeen bestuur (voorzitters RBb-deelnemers) en een dagelijks bestuur waarin subregio's vertegenwoordigd zijn (voorzitters RvB-deelnemers). De taak van het dagelijks bestuur is de zorg voor de goede gang van zaken van de stichting, de externe vertegenwoordiging van de stichting en verantwoording naar het algemeen bestuur. Deze worden ondersteund door een stafbureau. Deelname aan de keten gebeurt op vrijwillige basis. Contracten zijn niet aanwezig. Projecten worden toegekend door de bestuurders onderling aan elkaar.

De samenwerking richt zich alleen maar op projecten en verdeling van complexe zorgfuncties. Er wordt verantwoording afgelegd door de projectleider aan het dagelijks en algemeen bestuur van de keten binnen de bestaande organisatorische inrichting. Dit maakt verdere inrichting van een formele organisatie niet noodzakelijk.

Bovendien acht de Rijnmondse keten dit ongewenst. *“Alle ziekenhuizen hebben een eigen strategische doelstelling, het is een illusie als je denkt dat je iets krijgt dat te besturen is”*, aldus een bestuurder. Hiermee wordt aangegeven dat de ziekenhuizen onderling concurrenten zijn en blijven. Samenwerkingsverbanden met derden zijn mogelijk. Ironisch genoemd door een bestuurder: *“de SRZ, soms samenwerkende rijnmond ziekenhuizen”*, daar waar mogelijk en verenigbaar met afzonderlijke doelen van ziekenhuizen. Indien niet mogelijk, dan zijn samenwerkingsverbanden met anderen altijd mogelijk. De maatschappelijke verantwoording houdt de boel samen waarbij issues zoals integratie, opportunistisch gedrag en identiteit geen rol spelen binnen de keten. De Rijnmondse keten heeft dankzij haar werkwijze geen noodzaak tot verdere integratiedoelstellingen van de deelnemende ziekenhuizen. Het blijven steken in een ontwikkelingsfase van ketenontwikkeling zoals aangegeven door Twynstra Gudde speelt hier dan geen rol.

Algemene opmerkingen van actoren betreffende inrichting en aansturing van de keten
“Bij de formatie en inrichting van een ziekenhuisketen mag men niet naïef zijn”, aldus Twynstra Gudde. Ziekenhuizen zijn mogelijk allemaal bezig om alleen hun eigen positie te verbeteren. Ketenvorming is dan slechts een middel om dat doel te bereiken. Het streven naar zoveel mogelijk vrijheidsgraden binnen een samenwerkingsverband of een “easy way out” is dan acceptabel. Het algemeen normenkader van bestuurders kan anders zijn dan je zou verwachten. Opportunistisch gedrag van bestuurders om de kans op realisatie van een eigen strategie te vergroten kan volledig geaccepteerd zijn. *“Als je weet dat de ander niet te vertrouwen is, is dat heel vertrouwenswekkend”* aldus Twynstra Gudde.

Conclusie: De keten “Zes STZ-ziekenhuizen” en “Zuid Holland” gaan eerst de samenwerkingsdoelen uitwerken alvorens een bijpassende organisatiestructuur wordt ingericht. In deze fase zijn er dus geen formele afspraken vastgelegd in contracten. Kritiek van overige actoren is gericht op het ontbreken hiervan. Als organisaties succesvol willen samenwerken is enige vorm van inzicht in elkaars processen vereist om te bepalen welk integratieniveau het best past bij de doelstellingen. Zolang due diligence, verregaand inzicht in processen en (financiële en operationele) prestaties ontbreekt, is het de vraag of de gekozen structuur, of de ontbrekende structuur, de doelstellingen ondersteund. De Rijnmondse keten heeft een organisatiestructuur waarin taken en verantwoordelijkheden gericht op het afleggen van projectverantwoording beschreven zijn.

4.2.7 Evaluatiemogelijkheden

Een structuur die de voortgang meet en bijstellen van ketendoelen mogelijk maakt, is binnen geen enkele keten door geen van de bestuurders benoemd. Daarvoor is de ontwikkeling en inrichting van de keten niet ver genoeg gevorderd. Evaluatie komt in deze ontwikkelingsfase voort uit het samenvoegen van informatie betreffende het functioneren van de deelnemers.

Waar deze informatie uit bestaat is niet benoemd evenmin als de wijze van hoe de informatie aan wordt geleverd. Hiervoor zal geïnvesteerd moeten worden in goede communicatie onderling. De slagkracht van de keten wordt bepaald door de zwakste schakel. De opmerkingen van de PVDA rondom due diligence komen hier weer terug. Als ketendeelnemers elkaar weinig tot geen gedetailleerde informatie rondom het eigen functioneren uitwisselen zal de mogelijkheid om de prestaties en realisatie van ketendoelen vast te stellen erg moeilijk zijn.

Kelly (2000) geeft aan dat in het eerste jaar de relationele issues tussen partners als voornaamste uitdaging ligt. Uit de resultaten komt naar voren dat er door bestuurders veel aandacht wordt besteed aan de onderlinge relatie. Men komt regelmatig bij elkaar voor overleg en bespreking van de stand van zaken. Dit terwijl de structuur juist weinig concreet is.

Conclusie: Geen van de ketenverbanden hebben vooralsnog evaluatiemogelijkheden ingebouwd om de performance te meten en zodoende bijsturen van doelen mogelijk te maken.

4.2.8 Conclusie samenvatting

| <u>Onderzoekstopic</u> | <u>Keten</u> | |
|---|--------------------------|---|
| Strategische concurrentiepositie | Zes STZ- ziekenhuizen | gebruikt keten als onderdeel van concurrentiepositie verbetering |
| | Zuid Holland | gebruikt keten als onderdeel van concurrentiepositie verbetering |
| | Rijnmond | gebruikt keten niet als onderdeel van concurrentiepositie verbetering |
| Waarom coöperatieve strategie in plaats van concurrentiestrategie | Zes STZ- ziekenhuizen | <ul style="list-style-type: none"> • onderscheidend vermogen groter • creëren van (kwaliteits)keurmerk • financiële doelmatigheid • verbeteren onderhandelingspositie • angst marktmachttoename concurrenten • niet achter willen blijven bij nieuwe marktmogelijkheden. |
| | Zuid Holland | <ul style="list-style-type: none"> • afzonderlijk te klein om voldoende weerstand te bieden aan de veranderende markt. • verdelen zorgfuncties • verhogen toegangsdrempels • financiële doelmatigheid • verbeteren onderhandelingspositie • angst marktmachttoename concurrenten • niet achter willen blijven bij nieuwe marktmogelijkheden. |
| | Rijnmond | <ul style="list-style-type: none"> • optimale verdeling zorgaanbod in regio |
| Doel coöperatieve concurrentiestrategie | Zes STZ- ziekenhuizen | <ul style="list-style-type: none"> • back office • algemene resources combineren |
| | Zuid Holland | <ul style="list-style-type: none"> • back office • gezamenlijke technische- en zorg infrastructuur • gezamenlijk breed aanbodpakket |
| | Rijnmond | <ul style="list-style-type: none"> • incidentele projecten • geen kostenbesparend platform |

| | | |
|--|--------------------------|---|
| Ketensamenwerking verkiezen boven fusie | Zes STZ- ziekenhuizen | <ul style="list-style-type: none"> • fusie ongewenst, kost te veel energie • selectieve samenwerking op onderdelen • meer vrijheidsgraden • handhaving eigen identiteit • uittredingsmogelijkheid beter |
| | Zuid Holland | <ul style="list-style-type: none"> • fusie ongewenst, kost te veel energie • selectieve samenwerking op onderdelen • meer vrijheidsgraden • handhaving eigen identiteit • uittredingsmogelijkheid beter |
| | Rijnmond | <ul style="list-style-type: none"> • fusie ongewenst, kost te veel energie • selectieve samenwerking op onderdelen • meer vrijheidsgraden • handhaving eigen identiteit • uittredemogelijkheid beter |
| Partnerkeuze en adherentie | Zes STZ- ziekenhuizen | <ul style="list-style-type: none"> • bestaande partners • top klinische ziekenhuizen • sterke uitstraling en identiteit aanwezig • landelijke spreiding • kans klein op ingrijpen toezichthouders • handhaving identiteit gewenst |
| | Zuid Holland | <ul style="list-style-type: none"> • bestaande partners • aansluitend adherentiegebied • sterke uitstraling en identiteit aanwezig • handhaving identiteit gewenst • tot elkaar veroordeeld |
| | Rijnmond | <ul style="list-style-type: none"> • werkzaam in adherentiegebied Rijnmond • in het verleden tot stand gekomen, overgang naar andere structuur waarbij partners behouden bleven. • onderlinge concurrentie aanwezig • kans klein op ingrijpen toezichthouders |

| | | |
|---------------------------------------|----------------------|--|
| Inrichting en aansturing van de keten | Zes STZ-ziekenhuizen | <ul style="list-style-type: none"> • in ontwikkeling • afhankelijk van doelstellingen • lage integratie • due diligence ontbreekt • optimale inrichting moeilijk |
| | Zuid Holland | <ul style="list-style-type: none"> • in ontwikkeling • afhankelijk van doelstellingen • lage integratie • due diligence ontbreekt • optimale inrichting moeilijk |
| | Rijnmond | <ul style="list-style-type: none"> • bestand • stafbureau • alle ketendeelnemers vertegenwoordigd • structuur bestaat uit dagelijks en algemeen bestuur en (sub)werkgroepen. • Losstaand van organisatiestructuur deelnemende ziekenhuizen. |
| Evaluatiemogelijkheid | Zes STZ-ziekenhuizen | <ul style="list-style-type: none"> • (nog) niet aanwezig |
| | Zuid Holland | <ul style="list-style-type: none"> • (nog) niet aanwezig |
| | Rijnmond | <ul style="list-style-type: none"> • afleggen verantwoording realisatie van projecten aan algemeen en dagelijks bestuur |

Tabel 2: samenvatting conclusie onderzoekstopics

Toelichting op de tabel:

Per onderzoekstopic is een korte kernconclusie weergegeven. Deze laat zien dat de ketens Zes STZ-ziekenhuizen en Zuid holland de ketenvorm gebruiken om een betere concurrentiepositie te verkrijgen en om zich te onderscheiden van concurrenten. De Rijnmondse keten richt zich op verbeteringen in het zorgaanbod en heeft, zo lijkt het, geen concurrentiedoelstelling met de ketenvorm.

Afhankelijk van de doelstelling en de beperkingen die daarbij horen kiezen de ketens Zes STZ-ziekenhuizen en Zuid holland voor bekende partners die geografisch gescheiden of juist aaneengesloten zijn. De Rijnmondse ketendeelnemers zijn geografisch bepaald, hoewel deelname vrijwillig is.

Ketendoelen richten zich op efficiënt verdelen van het zorgaanbod voor de keten Zuid Holland en de Rijnmondse keten. De Zes STZ-ziekenhuizen gaan voor resource deling en de vorming van een keurmerk.

Samenvoeging van (onderdelen van) de back office is een doel voor alle ketens. Geen van de ketens richt zich op het starten van een fusieproces. Dit zou te veel eisen van de organisaties en de kans op realisatie van de doelstellingen verkleinen. Bovendien zijn alle ketens gericht op behoud van identiteit. De ketenvorm biedt dan meer vrijheid om een eigen koers te varen en om gemakkelijk uit de keten te treden.

Inrichting en evaluatiemogelijkheden van de organisatie is bij de Zes STZ-ziekenhuizen en Zuid Holland nauwelijks uitgevoerd. Beide ketens bevinden zich nog in de opstartfase. Afhankelijk van de doelstellingen wordt in de toekomst een organisatievorm bepaald. De Rijnmondse keten heeft een formele organisatie-inrichting waarin verantwoording rondom projectrealisatie plaatsvindt.

Het aantal onderzoekstopic is voortgekomen uit het theoretisch kader, beschreven in hoofdstuk 2, deze heeft een sterk aanbodgerichte benadering. Topics die voortkomen uit een vraaggestuurde benadering komen in tabel 2 niet aan de orde waardoor mogelijk een te eenzijdig beeld wordt geschetst.

5 Conclusie

In dit hoofdstuk worden de deelvragen behorende bij de probleemstelling beantwoord in paragraaf 5.1. In paragraaf 5.2 volgt dan de beantwoording van de probleemstelling van het onderzoek.

5.1 Conclusie: deelvragen beantwoording

Om de deelvragen van de probleemstelling te beantwoorden, worden de empirische resultaten gebruikt als input, waarbij deze worden gereflecteerd aan de theoretische beantwoording van de probleemstelling alsmede het theoretisch kader.

5.1.1 Hoe is de interne organisatie van ziekenhuisketens vormgegeven?

Ketens zitten nog in de opstartfase qua ontwikkeling, waarin slechts globale doelen zijn vastgesteld en de interne organisatie nog niet is uitgewerkt. Ziekenhuisketens willen zich richten op het gezamenlijk onderhandelen met zorgverzekeraars, vorming van een kwaliteitskeurmerk, regionale samenwerking op complexe zorg en regionale concurrentie op basiszorg. Een formele organisatie waarin communicatie, verhoudingen, contracten en afspraken zijn vastgelegd, volgt pas in de loop van de tijd, als het ketenmodel daarom vraagt.

De landelijk opererende keten sluit fusie niet uit als het integratieniveau van de organisatie erom vraagt. Bij de regionale keten is fusie sterk ongewenst. Men wil wel de complexe zorg gezamenlijk aanbieden om de concurrentiepositie te verbeteren. Dit in tegenstelling tot de bestaande regionale keten, die slechts gericht is op verdeling van complexe zorg. Behoud van eigen werkwijze, identiteit en cultuur wordt sterk benadrukt. Verregaande integratie zou niet noodzakelijk zijn waardoor een formele inrichting van de organisatie met één bestuur niet nodig is.

Das (2000) stelt echter dat een co-specialised keten, een keten met gelijksoortige producten, waarde creëert door deling van efficiëntiemogelijkheden. Een formele inrichting is hierbij juist gewenst. De inzichten van Das en enkele andere actoren als de PVDA, Twynstra Gudde, C3 en Menzis sluiten hierbij aan en gaan dus duidelijk in tegen de visie van de bestuurders. Het delen van een complex zorgproduct vraagt om een vorm van concentratie op één locatie en centrale aansturing. Deze werkwijze wordt door buitenlandse ziekenhuisketens toegepast waarbij processen zijn gestandaardiseerd. Toepassen van deze werkwijze gaat bij de Nederlandse ziekenhuizen ten koste van de doelstelling “behoud” van de eigen organisatie, hoewel de integratie-eis dan minder groot is. Verdeelt men het zorgproduct daarentegen over alle locaties, dan is de integratie-eis groot om te kunnen profiteren van de beoogde ketenvoordelen. In beide gevallen sluit de beoogde inrichting van de keten niet aan bij de “behoud-doelstelling.” Segil (2005) geeft aan dat er prestatie-indicatoren ontwikkeld moeten worden om de prestatie van de keten te kunnen evalueren en beoordelen. In de beoogde interne organisatie van ketens zijn geen indicatoren vastgesteld om te evalueren.

Onderling contact tussen deelnemers van ketens, waarbij informatie over het functioneren van de keten wordt uitgewisseld, is de enige wijze waarop de keten in deze dynamische fase wordt geëvalueerd en beoordeeld. Dit is een opvallende afwijking van de onderzochte praktijk en de gebruikte literatuur (Kelly 2002), die er van uitgaat dat in het eerste jaar de uitdagingen met name op het relationele vlak liggen en de structuurdesignaspecten juist zijn uitgewerkt.

5.1.2 Op welke wijze heeft invoering van marktwerking geleid tot de opkomst van ziekenhuisketens?

Marktwerking heeft volgens bestuurders geleid tot het besef dat processen, kwaliteit en kosten inzichtelijk gemaakt moeten worden. Inzicht geeft mogelijkheden om bij te sturen en zodoende meer aansluiting te vinden op de wensen van de klant, waardoor uiteindelijk een betere positie kan worden verkregen in de markt. Inzicht in kwaliteit en kosten van zorgproducten is het middel dat ingezet wordt tijdens de onderhandelingen met zorgverzekeraars. Dit inzicht komt samen in de DBC's.

De zorgverzekeraarmarkt wordt gedomineerd door een vijftal verzekeraars die qua grootte en geografische spreiding in marktmacht dreigen toe te nemen vanuit het perspectief van bestuurders. De machtsname van zorgverzekeraars en de ontwikkeling van DBC's hebben volgens enkele bestuurders geen invloed gehad op de opkomst van ketens, terwijl andere bestuurders dit wel vinden. Adobar (2006) geeft aan dat een derde partij deelnemers beïnvloedt om tot ketenvorming te komen. Zowel bestuurders als andere actoren uit de gezondheidszorg geven aan dat de veranderende positie ten opzichte van zorgverzekeraars en introductie van DBC's een rol speelt, maar niet de enige of belangrijkste factor is bij de opkomst van ziekenhuisketens. In zoverre is dit onderdeel van Adobar's theorie hier niet volledig van toepassing.

Volgens bestuurders heeft marktwerking (veranderende wetgeving) tot meer concurrentie en spontane samenwerking geleid tussen ziekenhuizen. Zij denken hierdoor gezamenlijk meer competenties in huis te hebben waardoor zij beter in staat zijn om te concurreren. Dit is volgens hen de belangrijkste reden voor de opkomst van ziekenhuisketens; het biedt de mogelijkheid om gezamenlijk doelen te realiseren die afzonderlijk niet mogelijk zijn. Deze motivatie komt overeen met de definitie van Glaister (1992).

Adobar (2006) beschrijft spontane ketenvorming op basis van samenkomende mogelijkheden en verwachtingen van deelnemers. De invloed van marktwerking op bestuurders, zoals hierboven beschreven, sluit dan aan bij de beoogde inrichting van de organisatie door de bestuurders. Echter de overige geïnterviewde actoren schetsen een ander beeld; Deze geven aan dat marktwerking en efficiëntiedoelstellingen van de overheid niet zozeer hebben geleid tot ketenvorming van ziekenhuizen. Zij spreken van de noodzaak voor ziekenhuizen om aansluiting te zoeken bij anderen om technieken en competenties binnen boord te houden.

Angst om te klein te worden, of de regie uit handen geven, is de belangrijkste motivatie om tot ketens over te gaan, zo stelt één van de gesproken bestuurders. Volgens dit inzicht is de opkomst van ketens wel degelijk een tegenreactie op initiatieven van derden met de hogere integratie-eis bij de inrichting van de organisatie volgens Adobar. Hierbij heeft marktwerking geleid tot het inzichtelijk maken van de huidige positie en ketenvorming als een alternatief om een betere concurrentiepositie te verkrijgen in de markt.

5.1.3 Welke strategische overwegingen, mogelijkheden en beperkingen zijn er bij deelname aan ziekenhuisketens voor ziekenhuisbestuurders?

Bestuurders denken dat door het aangaan van een keten ambities gerealiseerd kunnen worden die zonder deelname aan een keten niet mogelijk zouden zijn. Er wordt gestreefd naar efficiëntie- en financiële voordelen op het gebied van backoffice activiteiten, ICT en inkoop. Dit komt overeen met genoemde ketendoelstellingen in de gebruikte algemeen bedrijfskundige literatuur. (Luo 2006, Luo 2007, Das 2000). Op het gebied van zorg wordt het mogelijk om het zorgpakket uit te breiden, processen te verbeteren, kennis uit te breiden en complexe zorg aan te bieden tegen lagere transactiekosten. Hierdoor kan het ziekenhuis zich onderscheiden ten opzichte van concurrenten en zijn concurrentiepositie verbeteren. De omvang van de keten in termen van productie levert mogelijk omzet en schaalgroei op. Daarnaast ondersteunt een ketenstrategie pogingen om verlies van adherentiegebied te voorkomen door toetreding van derden te voorkomen. Bestuurders denken de toegenomen schaal te kunnen gebruiken in onderhandelingen met zorgverzekeraars om de marges te vergroten. Naast positionele verbetering, is behoud van identiteit en zelfstandigheid van het ziekenhuis een belangrijke drijfveer voor bestuurders. Das (2000) stelt dat zolang er resources zijn die men niet kan of wil delen, uitwisselen of ruilen, ketenvorming de voorkeur heeft boven fusie. Verregaande integratie, zoals bij een fusie, samenvoegen van bedrijfsonderdelen en maatschappen (resources), wordt daarmee voorkomen. Deze methode schijnen de onderzochte ketens te gebruiken. De keten geeft ruimte om genoemde ketenmogelijkheden te realiseren, en als zelfstandige binnen de keten, een eigen strategieën te handhaven.

Als de verwachte voordelen van de keten verdwijnen, houden de deelnemers de mogelijkheid om eenvoudig de samenwerking te verbreken. Dit kan omdat, in tegenstelling tot bij een fusie, de organisaties beperkt in elkaar zijn geïntegreerd. Ketenvorming stelt een ziekenhuis in staat om toetredingsdrempels tot de markt te beïnvloeden. Door samenwerking in een werkgebied binnen een keten af te dwingen zullen samenwerkingsverbanden met derden afnemen. Tegelijkertijd wordt het moeilijker voor derden om bij toetreding in de regio een samenwerkingspartner te vinden. Ketenvorming kan ook als overbruggingsstrategie functioneren. Samenwerking met ketendeelnemers maakt dus samenwerking met derden minder snel waarschijnlijk.

Deze strategie biedt bescherming in de veranderende omgeving en, indien de omstandigheden veranderen, een mogelijkheid om verder te integreren. Naast de hiervoor benoemde rationeel strategische overwegingen, is er ook de emotioneel strategische overweging. Hiermee wordt het nastreven van een persoonlijk belang en positieverbetering/handhaving van een bestuurder bedoeld.

Naast mogelijkheden, brengt ketenvorming ook beperkingen met zich mee. Ondanks dat bestuurders de eigen identiteit willen waarborgen, neemt de integratie-eis toe naarmate producten meer overeenkomen, complexer van aard zijn, meer technologische ondersteuning vereisen en duurder zijn (zie ook 5.1.1.) Verder staat het niet vast dat zorgverzekeraars de inkoop van zorgproducten van de keten erkennen als gelijke producten. Producten bestaan uit een financiële component (DBC) en een kwaliteitscomponent. Dit laatste wordt uitgedrukt in termen van effectiviteit, toegankelijkheid, doelmatigheid en veiligheid. Als deze tussen de individuele ziekenhuizen ongelijk zijn, zal een zorgverzekeraar mogelijk niet willen onderhandelen met de keten als vertegenwoordiger namens alle ketendeelnemers. Hiermee wordt het beoogde schaalvoordeel en vermeende verbeterende onderhandelingspositie teniet gedaan. Een zorgverzekeraar zou zelfs een stap verder kunnen gaan door gebruik te maken van de onderlinge productverschillen en de individuele ziekenhuisketens tegen elkaar uit te spelen in onderhandelingen waardoor de ketenbenadering zelfs nadelig zou kunnen zijn voor een ziekenhuis. Selectieve contracten behoren nu al tot onderhandelingsmogelijkheden van zorgverzekeraars, alleen wordt er nog nauwelijks gebruik van gemaakt. De recente ontwikkelingen op het gebied van ziekenhuisketenvorming laten zien dat bestuurders denken de collectiviteiten van verzekerden binnen de klanten van zorgverzekeraars aan te kunnen spreken met het vergrote adherentiegebied en uniform product. (Medisch Contact 2007). Hierdoor zou contracteren door zorgverzekeraars nog beter mogelijk worden.

5.1.4 Welke overwegingen worden gemaakt met betrekking tot partnerkeuze om een optimale fit tussen ziekenhuisketen deelnemers te garanderen?

Bestuurders geven aan dat de partnerkeuze vooral voortkomt uit bestaande relaties en samenwerkingsverbanden. Uit de bestaande samenwerkingsverbanden gaan bestuurders na of de doelstellingen tussen de partners overeenkomsten vertonen en of er gelijkwaardige posities in te nemen zijn. Das (2000) beschrijft de strategic fit theorie op gelijke wijze waarin er goed op elkaar aansluitende doelen en aanvaardbare competitieve posities zijn.

Alle ketendeelnemers geven aan dat zij vanwege de veranderende omgeving in de toekomst niet de huidige vorm en schaal van zorg kunnen blijven leveren. Dat maakt hen in dit opzicht onderling gelijkwaardig.

Het regionaal afstemmen van zorg is voor hen het belangrijkste genoemde overeenkomend doel.

Binnen de samenwerkingsverbanden moet sprake zijn van onderling vertrouwen en goede communicatie als basis van de samenwerking.

De mogelijkheid om de eigen identiteit te behouden is door bestuurders benoemd als een belangrijke overweging bij de partnerkeuze. Verder de mogelijkheid om marktaandeel te vergroten en een betere onderhandelingspositie met zorgverzekeraars te verkrijgen

Hoewel bovenstaande overeenkomstig is met de beschrijving van de strategische fit theorie en de beschrijving van Medlin (2006) over identiteitbehoud in een keten zijn er een aantal aanvullingen op de overwegingen bij partnerkeuze. De partnerkeuze wordt volgens andere actoren uit de gezondheidszorg ook beïnvloed door de stijl van de organisaties. Bijvoorbeeld: een ondernemende partner kiest sneller voor een gelijksoortige partner. Daarnaast is er sprake van externe druk door een breed en topklinisch aanbodpakket van een concurrent die de partners tot elkaar drijft. Adobar (2006) beschrijft dit als “de door derde geïnitieerde keten”. Uitgaande van de wens om eigen identiteit te behouden is een gewenste partner één die vervlechting niet nastreeft. Dit heeft als voordeel dat formalisering niet nodig is in de vorm van gedetailleerde contracten en aandeelhouderschap.

Partnerkeuze brengt nog een andere insteek met zich mee, te weten de effecten van partnerkeuze op de bewegingsvrijheid buiten de keten. Deze is niet gericht op de fit tussen de ketendeelnemers maar op de fit tussen de partner en de mogelijkheid om een onafhankelijke strategie na te streven binnen de keten. Vanwege lage integratie van ziekenhuizen in de beoordeelde ketens zijn samenwerkingsverbanden tussen ketendeelnemers en derden mogelijk. Formeel is hier geen belemmering voor. Bewegingsvrijheid kan misbruikt worden door een ketendeelnemer door opportuun gedrag te vertonen. Hiertegen zullen bestuurders zich willen beschermen. Er zijn geen contracten waarin afspraken staan omtrent bestaande of nieuwe samenwerkingsverbanden. Wel wordt aangegeven dat in eerste instantie binnen de keten wordt getracht vorm te geven aan nieuwe initiatieven.

5.1.5 Welke mogelijkheden en beperkingen geven toezichthouders op de Nederlandse gezondheidszorg aan de marktmachttoename van ziekenhuizen bij verschillende ketenvormen?

Ziekenhuisbestuurders maken inschattingen over de visie van toezichthouders, als de NMa en NZa, en de criteria die zij gebruiken bij beoordelingen van marktmacht en de mogelijkheid tot concurrentie in een adherentiegebied. De belangrijkste criteria richten zich op de omvang en definitie van de markt. Daar waar adherentiegebieden aaneengesloten zijn of in elkaars nabijheid zijn, laveren bestuurders tussen de formele criteria en de door henzelf in de context uitgewerkte criteria. Hierbij beroepen bestuurders zich op onvolledig uitgewerkte criteria die hen in staat stellen om de omvang van de markt te vergroten.

Het vergroten van adherentiegebied en dus verkleining van het marktaandeel wordt eveneens

gebruikt om ingrijpen van toezichthouders te voorkomen. Toezichthouders beperken echter deze interpretatievrijheid door niet één invulling van beoordelingscriterium te geven voor alle gevallen, maar door een beoordeling per geval en dus in de context te plaatsen.

Hierbij wordt verder gekeken dan alleen naar de omvang van de markt en het marktaandeel maar ook naar gedrag en bereidwilligheid van de zorgconsument. Hierbij wordt aangegeven dat een groot marktaandeel niet verboden is, misbruik maken van de marktpositie en het maken van ongeoorloofde afspraken daarentegen wel. Een keten die geen regionale overlap heeft in adherentiegebied en grote geografische spreiding heeft, verkleint het risico op ingrijpen van toezichthouders.

Ketens kunnen op het B-segment van zorg zowel regionaal als bovenregionaal afspraken maken indien de voordelen terugvloeien naar de zorgconsument. Er vormt zich echter wel een grijs gebied van complexe zorg die hoge technologische eisen stelt. Deze zorg voldoet niet aan de vrijstelling in de mededingingswet maar maakt kwaliteitsverbetering (of doelmatigheidsverbetering) van de zorg wel mogelijk. Bijvoorbeeld: twee ziekenhuizen die gezamenlijk technische, veeleisende en kwalitatief hoogwaardige faciliteiten aanbieden op één locatie. Hierdoor wordt mogelijk de keuzevrijheid van de zorgconsument beperkt. In dit soort gevallen zal worden beoordeeld door de toezichthouders of een samenwerkingsvorm, in dit geval een keten, noodzakelijk is om de complexe zorg aan te kunnen bieden.

De Raad van Toezicht, eveneens een toezichthouder, zal aansluiting van de ketenstrategie willen zien bij die van het ziekenhuis. Zolang de ziekenhuisdoelstelling niet negatief wordt beïnvloed en de continuïteit van de organisatie gewaarborgd is zal toestemming voor ketenvorming waarschijnlijk zijn. De RvT heeft bij de onderzochte ketens een bescheiden rol.

Als de RvT in een vroegtijdig stadium (reeds bij keteninitiatie op basis van relatie) een pro-actievere houding aannemen, dan zal de ziekenhuisbestuurder de meerwaarde van ketenvorming moeten onderbouwen en laten beoordelen, alternatieven en scenario's moeten uitwerken.

5.2 Conclusie: probleemstelling beantwoording

De probleemstelling luidt:

Welke mogelijkheden en beperkingen zijn er voor ziekenhuizen, die door het aangaan van een ketenverband een strategische positieverbetering tot stand willen brengen?

Mogelijkheden: Ketenvorming maakt positionele handhaving en verbetering van het ziekenhuis in een veranderende marktomgeving mogelijk als de mogelijkheden daartoe gebruikt worden. Een sterke merknaam, cultuur en uitstraling kan gerealiseerd worden naar buiten toe, waarbij de interne organisatie afhankelijk van de gestelde doelen meer of minder geïntegreerd wordt. Men doet samen waartoe ieder apart niet in staat is. Een ziekenhuis dat in staat is om haar eigen competenties goed vast te stellen en in te schatten zoekt, in een keten een partner die aanvullende resources ter beschikking stelt. Dit brengt een aantal samenwerkingsmogelijkheden met zich mee die variëren in de mate waarin de ketendeelnemers financieel en organisatorisch met elkaar integreren. Ten opzichte van zorgverzekeraars kan mogelijk een betere onderhandelingspositie tot stand komen. Vergroting van omzet, marktaandeel en macht creëren voordelen door spreiding van bedrijfsrisico's en de mogelijkheid om kostenefficiënter te werken. Bovendien kan een ziekenhuis een groter netwerk inrichten voor klanten waardoor meer mogelijkheden om zich van concurrenten te onderscheiden beschikbaar komen. Het netwerk, vormgegeven door bijvoorbeeld een keurmerk, uniforme uitstraling of gestandaardiseerde processen, maakt dat de keten zich ook kan richten op front office activiteiten. Dit geeft ketendeelnemers de mogelijkheid om zichzelf verder te onderscheiden in de gezondheidszorgmarkt. In andere Europese landen heeft deze ontwikkeling al plaatsgevonden binnen (inter)nationale ziekenhuisketens. Een vrijblijvende structuur bij ketenvorming geeft deelnemers al de mogelijkheid om de back office doelmatiger te benutten. Afhankelijk van de structuur en de mate van integratie kan een stap verder worden gemaakt naar gezamenlijke innovatie en een zorginhoudelijke ketenbenadering waarbij complexe zorg in ketenverband wordt ingericht. Bij een hoog integratieniveau biedt een sterke relationele basis en aanwezig vertrouwen een grotere kans op succes van de keten. Door samenwerking in het adherentiegebied, in dit geval ketenvorming, kunnen toetredingsdrempels tot de markt verhoogd worden voor concurrenten, mits rekening wordt gehouden met de door toezichthouders beschikbare beoordelingscriteria van marktmacht en mededinging. Prestatie-indicatoren gericht op ontwikkeling en implementatie van de keten maken evaluaties van de performance mogelijk en een betere aansluiting in een dynamische omgeving. De keten is dan in staat om snel in te spelen op toekomstige ontwikkelingen in de gezondheidszorg.

Beperkingen: Als het belang van behoud van een eigen ziekenhuisidentiteit en werkwijze binnen een keten groot is brengt dit een lage integratiewens voort van de beoogde ketendeelnemer. Hierdoor ontstaat een keten met een lage integratiedoelstelling. Indien de keten de marktmacht wil vergroten, backoffice wil combineren of een betere onderhandelingspositie wil verkrijgen zal men doelstellingen moeten formuleren en afspraken willen vastleggen in contracten. Contracten dienen dan onderlinge verhoudingen te beschrijven naast rechten en plichten. Opportuun gedrag binnen de keten wordt hierdoor beperkt. Gebeurt de formalisering van onderlinge verhoudingen niet dan geeft het de ketendeelnemers meer vrijheidsgraden binnen de keten en de mogelijkheid om zonder consequenties uit de keten te stappen. De kans op realisatie van ketendoelstellingen en verbeterde strategisch positie in zo'n geval is dan aanzienlijk kleiner. In de aanloop naar dit onderzoek is door de onderzoeker getracht om een vergelijk met internationale ziekenhuisketens te maken. Hieruit blijkt dat buitenlandse ziekenhuisketens in tegenstelling tot de Nederlandse ketens in oprichting sterk consolideren op het gebied van werkwijze, inrichting en procedures van de organisatie.

Het integratieniveau speelt eveneens een rol bij het optimaal delen van resources. Naarmate producten meer overeen komen en complexer van aard zijn is formalisering van de keten gewenst. Dit ter bescherming van eigen resources, voorkomen van opportuun gedrag en om doelmatige inzet van resources te bewerkstelligen. Toepassen van due diligence, in de boeken kijken, is vereist om een reëel beeld van de organisatie te kunnen vormen.

Gebeurt dit niet, dan is het onwaarschijnlijk dat ketendoelstellingen realiseerbaar zijn.

Inzicht in de status van een keten is belangrijk om de daadwerkelijke prestatie van de keten af te zetten tegenover de verwachte prestatie. Verder stelt het een keten in staat om aan te passen aan de dynamische omgeving. Inzicht houdt niet op bij de eigen competenties van het ziekenhuis, maar vloeit door in die van de keten. Energie moet in evaluatie en voortgangscntrole gestoken worden van individuele deelnemers, alsmede in die van de totale keten. Dit dient ter evaluatie van realisatie van (tussentijdse) doelen. Zonder evaluatiedoelen en middelen zal een keten een onduidelijke koers varen en de kans op realisatie van ketendoelen verkleinen.

De partnerkeuze heeft grote invloed op realisatie van ketenmogelijkheden. De strategieën van partners dienen voldoende overeen te komen, de juiste fit moet aanwezig zijn en een overeenkomend normenkader. Is deze er niet of is ketendeelname voor een deelnemer niets meer dan een veilige haven in roerige tijden (risicospreiding), dan is dit eveneens een beperking voor een keten(deelnemer) om een strategische positieverbetering te bewerkstelligen. Risicospreiding, en niet doelmatigheid en efficiency, is een veel benoemde motivatie voor ketenvorming door overige actoren uit de gezondheidszorg.

Naast eigen beperkingen van de organisatie(bestuurders) zijn beperkingen eveneens mogelijk door invloed van buitenaf. Ketenvorming kan de verhoudingen in de markt veranderen. Schaalgrootte en adherentiegebieden bijvoorbeeld nemen toe. Dit leidt onherroepelijk tot een reactie uit de markt.

De opkomst van andere (soorten) ziekenhuisketens is dan niet ondenkbaar, een herpositionering en tegenreacties van de actoren zoals concurrerende ziekenhuizen, zorgverzekeraars, eerstelijns verwijzers en buitenlandse toetreders zijn logische gevolgen.

De beoogde voordelen van schaalgrootte bij onderhandelingen met zorgverzekeraars worden door diezelfde zorgverzekeraars mogelijk beperkt. Het is onduidelijk op welk niveau een product gelijk wordt beschouwd. Bijvoorbeeld op DBC niveau, kwaliteitsniveau of uitkomst van het zorgniveau. Het vermeende schaalgroottevoordeel is mogelijk niet op het totale zorgpakket van een keten van toepassing. Zorgverzekeraars kunnen proberen om te discrimineren op productprijzen binnen een keten (de laagste productverkoopprijs voor alle ketendeelnemers). Lukt dit niet, dan kan selectief inkopen van zorgproducten bij één van de ketendeelnemers een mogelijkheid zijn om de ketenverbanden onder druk te zetten. De sterkte van de keten hangt hier dan af van de zwakste schakel. De daadwerkelijke doelstelling of strategie van de ketendeelnemers komt hier weer terug; "zijn de doelstellingen gericht op ketenvoordelen of risicospreiding?"

Externe toezichthouders leggen beperkingen op om mededinging te waarborgen en aanmerkelijke marktmachtgedrag te voorkomen.

Ziekenhuizen hebben beperkingen in het aangaan van ketenverbanden, als door het marktaandeel van de keten de keuzevrijheid van de patiënt wordt beperkt of als de mededingingswet wordt overtreden. Het lastige voor bestuurders is, dat niet alle criteria volledig zijn uitgewerkt. Zij zullen dus aannames over de interpretatie van toezichthouders dus moeten maken. Bovendien blijft een onderzoek naar de specifieke context de besluitvorming van een toezichthouder voorafgaan. Interne toezichthouders beperken mogelijk de bewegingsvrijheid van een bestuurder die snel deel wil nemen aan een keten door onderbouwing en verantwoording te eisen rondom het ketenvormingsproces, de doelstellingen en mogelijke consequenties voor het bestaande ziekenhuis.

6 Discussie & aanbevelingen

In het eerste deel van de discussie wordt gekeken naar de beperkingen van het onderzoek en de daarbij gebruikte methoden. In het tweede deel volgen de sterke punten, aanbevelingen voor verder onderzoek en de onderzoeksactoren. De discussie wordt afgesloten met een centrale boodschap.

6.1 Beperkingen van het onderzoek

Ketenvorming in de onderzochte vorm is een nieuwe samenwerkingsvorm in opkomst. Onderling verschillen de drie ketens van elkaar qua structuur en doelstellingen. De breedte van het onderwerp, onderlinge verschillen tussen de ketens en de diverse subvarianten van ketens maken het moeilijk om de resultaten onder één noemer samen te vatten en daaruit algemene conclusies te trekken. De mogelijkheid om de resultaten te generaliseren naar de populatie wordt hierdoor verder bemoeilijkt. Vervolgonderzoek kan zich richten op één soort keten in plaats van op meerdere tegelijkertijd.

De mogelijkheden en beperkingen van ketens die in beeld worden gebracht, komen deels voort uit aannames die uit bestaande bedrijfskundige modellen zijn gemaakt. Deze modellen richten zich niet specifiek op de Nederlandse gezondheidszorg, waardoor de rechtstreekse relatie tussen de onderzoeksgroep en de grotere populatie moet worden aangetoond. In dit onderzoek is daarom een eerste aanzet naar een theoretisch model gedurende het onderzoek tot stand gekomen. Hierbij is een bestaand model bepalend geweest voor de indeling van de confrontatiematrix en de daaruit voortgekomen ketenvormen. Het nadeel van het gebruikte bestaande model is dat slechts de aanbodzijde wordt verkend en niet de vraagzijde, deze is in een dynamische omgeving zoals de gezondheidszorg eveneens van belang is. De keteneigenschappen die indeling in een variant bepalen zijn rudimentair en kunnen verder en gedetailleerder in vervolgonderzoek worden vastgesteld. Hierdoor en door incorporatie van de vraagzijde kan betrouwbaarder worden vastgesteld of de juiste relatie tussen de bedrijfskundige modellen en de daaruit voortgekomen vorm van ziekenhuisketens gelegd is.

Gezien de actualiteit van het onderwerp en de weinig beschikbare specifieke literatuur is het van groot belang dat er voldoende triangulatie plaats vindt. Binnen elke keten zijn twee (ex)deelnemers gesproken in een semi-gestructureerd interview. Vanwege de breedte van het onderzoek waren er veel topics te bespreken. Dit kan ten koste zijn gegaan van de diepgang in vraagstelling. Het inkaderen van het onderwerp is een belangrijk advies bij een soortgelijk onderzoek. Gezien de eigen belangen die mogelijk een rol spelen bij ketenvorming is het verstandig in een soortgelijk onderzoek om per keten een meerderheid van de partners te interviewen.

De overige actoren uit de gezondheidszorg hebben afhankelijk van hun expertisegebied resultaten voorgelegd gekregen uit de semi-gestructureerde interviews. Hierdoor is niet in alle gevallen even ver doorgevraagd en zijn de resultaten van feedback door deze actoren mogelijk beperkt gebleven.

Wellicht was het beter geweest om alle resultaten voor te leggen aan de actoren ongeacht hun eigen expertisegebied.

Hoewel er overige actoren uit de gezondheidszorg geïnterviewd zijn (zie hoofdstuk 3) blijven aanvullingen in de groep mogelijk. Bijvoorbeeld: een medisch stafbestuur vanwege de medisch strategisch belangen van een ziekenhuis, patiëntengroeperingen vanwege de rol als stakeholder van zieken huizen en hun verwachtingen van ketens en tenslotte huisartsen om de relatie tussen het imago van een ziekenhuis(keten) en de verwijzer verder te onderzoeken

De rol van de raad van toezicht bleek in dit onderzoek in een laat stadium van ketenvorming actief te zijn. De mogelijkheden die governance een RvT bieden bij ketenvorming zijn niet onderzocht. Een actuele ontwikkeling waarbij de RvT eveneens een belangrijke rol speelt is de formatie van zelfstandige behandelcentra (ZBC). Het inzichtelijk maken van de overwegingen die zij maken bij ketenvorming tussen ziekenhuizen en het afsplitsen van deelondernemingen heeft mogelijk overlap en beïnvloedt elkaar. In een vervolgonderzoek kan het effect van de overlap onderzocht worden en welke mogelijkheden en beperkingen dit veroorzaakt bij ketenvorming.

Tijdens het onderzoek is getracht om de mogelijkheden van internationale ziekenhuisketens om de Nederlandse markt te betreden te onderzoeken. Hiervoor is beoordeeld op welke wijze twee internationale ketens zijn ingericht. Hiervoor is gekeken naar faciliteiten, gebouwen, zorgaanbod, mate van standaardisatie en organisatorische inrichting. Als onderzoekstopic hebben bestuurders en overige actoren zich uitgelaten over de mogelijkheden en beperkingen die voor een buitenlandse ziekenhuisketen gelden op het moment dat zij de Nederlandse gezondheidszorg willen betreden. Kort samengevat gaven bestuurders aan dat de toetredingsdrempels (te) hoog zijn vanwege de hoge kwaliteit van geleverde zorg, lage marges, gebrek aan winstuitkeringsmogelijkheden en de huidige wetgeving. Overige actoren zien de mogelijkheid te verbeteren door toedoen van de uitbreidende marktwerking in de zorg en door toenemend prijs-kwaliteit bewustzijn. Gedurende het onderzoek is gekozen om de insteek van het internationale perspectief aan te passen door te kijken naar wat Nederlandse ziekenhuisketens kunnen leren van buitenlandse ziekenhuisketens over de inrichting van de back office en front office. Deze insteek is in de resultaten weergegeven. De toetredingsmogelijkheden en beperkingen daarentegen niet.

6.2 Aanbevelingen

Het beoordelingsmodel dat vorm heeft gekregen in paragraaf 2.3 kan gebruikt worden als quick scan voor een kandidaatketendeelnemer. Hierdoor wordt het mogelijk om te zien wat de huidige status van een keten is, welke alternatieve vormen er zijn en welke concrete acties genomen moeten worden om de organisatie in te richten naar de gewenste ketenvariant, om de kans op succes van de keten te vergroten. Het weergegeven model is een eerste weergave waarin de nadruk ligt op aanbod van de keten en veel minder op vraag van de klant. Wat het model niet biedt is een blauwdruk hoe een ziekenhuis tot een optimale werkwijze komt bij ketenvorming. Daarvoor zijn er teveel ziekenhuistypes, ketenvarianten en ketenaspecten mogelijk.

De conclusiesamenvatting in tabel 4.2.8 geeft de onderzoekstopics (dimensies) weer die bij ketenvorming aanwezig zijn. De structuur van dimensies komt voort uit het theoretisch kader (hoofdstuk 2) en bestaat uit verschillende stappen die door bestuurders genomen worden bij ketenvorming. Door de aspecten uit te werken en te benoemen worden de beoogde doelstellingen meer concreet en kan in combinatie met een eerste aanzet tot een beoordelingsmodel inzicht (quick scan) worden verkregen wat een bestuurder voor ogen heeft met ketenvorming en hoe deze gerealiseerd kan worden. Het ontbreekt de tabel nog aan vraaggestuurde dimensies. Zo geeft het geen inzicht in wat de maatschappelijke wensen zijn en hoe overige actoren tegenover het initiatief staan.

Onderstaand is een weergave van de status van de onderzochte ketens. Aansluitend volgen andere actoren uit de gezondheidszorg en een centrale boodschap

Zes STZ-ziekenhuizen: Kort samengevat richten de Zes STZ-ziekenhuizen zich meer op het inrichten van een landelijk netwerk met kwaliteitskeurmerk om zich op basis van kwaliteit en zorginhoudelijke samenwerking te onderscheiden. Daarnaast wil men gebruik maken van de back office mogelijkheden om kosten te verlagen. De aansturingsvorm zal nog verder vastgelegd moeten worden binnen een formele organisatiestructuur. Voor samenwerking op het complexe zorggedeelte is dan stevige deling van resources en integratie vereist om technologiedeling, R&D, kennisuitwisseling en een flexibele werkomgeving te creëren. Deze ketenvorm heeft grote effecten voor personeel, vraagt om mobiliteit en geeft een risico op opportunistisch gedrag. Afspraken over samenwerking worden vastgelegd in formele contracten, dit kan mogelijk ten koste gaan van de eigen werkwijze en daar uitvolgend de eigen identiteit. Ingrijpen van toezichthouders is onwaarschijnlijk. Deze ketenvariant oogt stabiel, mits voldoende investering in doelen en realisatie plaatsvindt.

Zuid Holland: De ziekenhuizen zijn gelokaliseerd in overwegend het zelfde adherentiegebied en willen samenwerken om de kwaliteit en professionaliteit van het zorgaanbod te waarborgen en mogelijk kosten te besparen in het productieproces. Vanwege co-specialisatie van het product is hiervoor een gezamenlijke aanpak vereist. Men kan enerzijds kiezen uit gezamenlijke uitvoering van activiteiten (gedeelde resources), die in een bilateraal contract worden vastgelegd. Hierbij is integratie gewenst en dient een vertrouwensbasis (normen, waarden, chemie, cultuur) en hoge interactie tussen bestuurders aanwezig te zijn. Risico op gevaar voor opportunistisch gedrag is aanwezig vanwege het open einde aspect van de samenwerking. Anderzijds kan men kiezen voor een overdracht van eigendomsrechten (werkwijze) die wordt vastgelegd in een unilateraal contract. Dan is slechts sprake van kennisdeling (eigendomsoverdracht). De integratie-eis is dan minder aanwezig en identiteitsverlies is minder in vergelijking met bilaterale contracten. Bij een nadruk op complexe zorg samenwerking is er sprake van differentiatie.

Dit uit zich in hoog innovatief vermogen, hoog opgeleid personeel en een flexibele ontwikkelingsomgeving. Voor de keten bestaat de mogelijkheid om unilateraal gebruik te maken van kennis rondom complexe zorg, integratie is dan niet noodzakelijk. Hier is dan sprake van een uitbreiding van het productpakket van basiszorg met het complexe zorgaanbod van een ketendeelnemer die complexe zorg aanbiedt. Bij bilaterale contracten heeft het verregaande consequenties. Indien één van de algemene ziekenhuizen zelfstandig, complexe activiteiten wil gaan uitvoeren, zal er stevig geïntegreerd moeten worden. De gedeelde resources zullen aanzienlijk moeten zijn, mogelijk is fusie in dit geval een optie.

In tegenstelling tot de Zes-STZ ziekenhuizen is het voor de keten Zuid Holland van groot belang dat zij duidelijk hebben op welk vlak en in welke mate zij willen samenwerken. Concurrentie tussen de ketendeelnemers blijft mogelijk, dit brengt meer risico's voor de deelnemers met zich mee. Bij deze keten is het lastiger om een balans te vinden tussen handhaven van concurrentie en identiteit enerzijds en due diligence en evaluatie en performance anderzijds. Het vinden van deze balans is de uitdaging.

Keten Rijnmond: Gedurende het onderzoek bleek dat afgevraagd kan worden of de Rijnmondse keten past binnen de definitie van een keten omdat de uitgang van de Rijnmondse keten en haar doelstellingen verschillen met die van de andere ketens. Uitgaande van de onderzoeksdimensies heeft de keten geen gezamenlijke strategie, geen integratiewensen, concurreert onderling volledig en richt zich vooral op verbeteringen van het zorgaanbod die ten goede komen aan de zorgconsument. Verdere integratie en samenwerking zou zelfs de toezichthouders kunnen aanzetten om te beoordelen of er geen sprake is van overtreding van de mededingingswet of het misbruiken van een economische positie. De keten is stabiel, heeft een formele organisatie en het afdragen van verantwoording over projecten naar een bestuursvorm vindt plaats. Uit het internationaal vergelijk van ziekenhuisketens komt een opmerkelijk aspect naar voren waardoor de Rijnmondse ziekenhuizen toch onder de noemer van een keten vallen. De Rijnmondse keten is in staat om als groep complexe zorgproducten te verdelen in een gesloten regio en kan daarmee hogere toetredingsdrempels laten ontstaan voor nieuwe (buitenlandse commerciële) partijen die zich op de complexe zorg richten. Als voorbeeld is genoemd de complexe zorg rondom kanker. De elf deelnemende ziekenhuizen voegen dit type zorgproduct samen en kennen deze toe aan enkele ziekenhuizen waardoor er voldoende aanbod is om de kwaliteit te waarborgen.

Niet-keten gebonden ziekenhuis: Stel nu dat je als ziekenhuis wordt geconfronteerd met een ziekenhuisketen in je achtertuin, welke mogelijkheden bieden het beoordelingsinstrument en de onderzoeksdimensies dan? Voor zover er informatie beschikbaar is omtrent de deelnemers en ketendoelstellingen, kan deze informatie gebruikt worden om een soortgelijke quick scan te maken van de keten. Alleen is de insteek nu anders. Hier wordt het gebruikt om een inschatting te maken van de kracht van de keten op basis van de afstemming tussen ketendoel en keteninrichting en de mogelijke effecten voor de eigen ziekenhuisorganisatie.

Het kan betekenen dat (volgens de theorie van Adobar) er gekozen wordt voor ketenvorming als reactie op de keten of juist het tegenovergestelde, dat men kiest voor alternatieve samenwerkingsverbanden.

Wat kan een zorgverzekeraar met ketenvorming van ziekenhuizen?

Zorgverzekeraars kunnen inspelen op de ketenontwikkeling van ziekenhuizen door beleid vast te stellen over hoe zij tegen de producten van de keten aan kijken. Indien de keten als een inkoopvertegenwoordiger wordt gezien, kan de zorgverzekeraar onderhandelingen richten op één productprijs voor alle ketendeelnemers ongeacht de werkelijk kosten van de deelnemers. De beoordeling van producten kan ook een kwaliteitsinstek hebben, waarbij de uitkomsten van zorg bepalend zijn en specifieke zorgprocessen worden vergoed. In beide gevallen kan het zijn dat individuele deelnemers er bij inschieten en dat ketenvoordelen verdwijnen. Daarentegen biedt ketenvorming voor zorgverzekeraars een “loket” waardoor onderhandelingen mogelijk sneller worden afgehandeld.

Wat kan de maatschappij met ketenvorming van ziekenhuizen?

Mogelijkheden en beperkingen kunnen ook vanuit een maatschappelijke invalshoek en door andere marktpartijen worden bekeken. De maatschappij kan zich afvragen of ketens van ziekenhuizen nou daadwerkelijk voordelen opleveren voor de patiënt, het ziekenhuis of stakeholders? Moeten stakeholders en de maatschappij enthousiast worden van deze ontwikkeling en de komst van mogelijk buitenlandse toetreders? Het antwoord op deze vraag kan met “ja, mits...” worden beantwoord vanuit de resultaten van dit onderzoek. De voordelen die behaald kunnen worden op het gebied van kostenbesparing, kennisdeling en kwaliteitsverbetering zijn wenselijke doeleinden voor stakeholders. De ketens bevinden zich echter nog in de opstartfase qua ontwikkeling. Naast de benoemde ketendoelen is het mogelijk dat ketens of individuele ziekenhuisdeelnemers niet benoemde doelen en motieven hebben. Deze alternatieve doelen zouden de realisatie van de maatschappelijk acceptabele doelen remmen. Dit soort ketendoelen zijn niet sterk naar voren gebracht. Hierdoor is het onduidelijk of ketens in oprichting voor realisatie van maatschappelijke en door stakeholders gewenste doelen gaan of dat het hier slechts gaat om het uitproberen van een ander type samenwerkingsvariant of het aanleggen van een (tijdelijke) veilige haven in rumoerige tijden. Het antwoord wordt dan; “ja, mits doelstellingen vastliggen, genoodzaakte integratieniveau van ketendeelnemers overeenkomt met het daadwerkelijke integratieniveau en er moeten voldoende toetsings-, evaluatie- en beoordelingsmogelijkheden van doelstellingen en de realisatie ervan zijn ingebouwd in de ketenorganisatie.

Wat kunnen toezichhouders met ketenvorming van ziekenhuizen

Toezichhouders: de RvT zal er vanuit haar governance taak zorg voor moeten dragen dat ketenontwikkeling in een vroeg stadium kenbaar gemaakt wordt.

Duidelijke onderbouwingen over de voordelen, maar eveneens over de nadelen en persoonlijke consequenties dienen door bestuurders gegeven te worden. Dit draagt bij aan een objectievere beoordeling van de voordelen van ketenvorming. Toezichhouders op de gezondheidszorg kunnen de beoordelingscriteria verder verduidelijken op het gebied van complexe zorg. Dit is die zorg die hoge technische eisen stelt en veel kosten veroorzaakt. Samenvoeging heeft hier naast doelmatigheidsdoelstelling ook een kwaliteitsdoelstelling. Doelstellingen van ketens in dit onderzoek richten zich op dit type zorg.

Aanbevelingen voor verder onderzoek:

- Sterk afbakenen van het onderzoek: één type keten onderzoeken of minder onderzoekstopics
- Per keten een meerderheid van ketendeelnemers spreken
- Uitbreiden van de groep overige actoren uit de gezondheidszorg
- De algemene- en expertise-afhankelijke resultaten voorleggen aan de overige actoren uit de gezondheidszorg.
- Het beoordelingsmodel en onderzoeksdimensies verder ontwikkelen waarin de vraagzijde is opgenomen.
- Een verdere vraagstelling kan zich richten op het tot stand komen van doelstellingen, het uitvoeringsproces, en evaluatie en bijsturing ervan binnen de keten. Hoe garandeert men dat de doelstellingen zich waar maken.
- Een andere insteek is het onderzoeken van mogelijke drempels die netwerken, ketens kunnen opwerpen voor commerciële aanbieders van complexe zorg.

Centrale boodschap

Met ziekenhuisketenvorming hopen bestuurders dat zij het mogelijk maken dat ketendeelnemers gezamenlijk doelstellingen realiseren die afzonderlijk niet haalbaar zijn. De doelstellingen richten zich op backoffice activiteiten; inkoop, het delen van resources en de inrichting en verdeling van zorgfuncties. Front office doelstellingen richten zich op de vorming van een keurmerk / merknaam. Afhankelijk van een best fit komen ketendeelnemers tot elkaar. Hierbij is een goede relationele band en persoonlijk vertrouwen tussen bestuurders van belang.

Ziekenhuizen die deel willen nemen aan een ketenverband doorlopen de volgende drie stappen:

- Vaststellen huidige positie ziekenhuis
- Strategische concurrentiepositie vaststellen
- Plannen om te komen tot gewenste ketenstructuur

Voor de vaststelling van de huidige positie is in dit onderzoek een eerste aanzet tot een beoordelingsmodel geïntroduceerd (quick scan). Deze draagt bij om globale integratie- en formalisatie-eisen aan een beoogde ketendeelnemer te geven, zodat deze in staat is, om de verschillende bovengenoemde soorten doelstellingen succesvol te kunnen realiseren.

Ziekenhuizen die deel willen nemen in een keten zullen duidelijke doelstellingen moeten formuleren over welke positie zij willen innemen in een dynamische marktomgeving. Hiertoe zijn uit het onderzoek dimensies (aanbod gestuurd) geformuleerd die bij de vorming van doelstellingen van belang zijn en het quick scan proces ondersteunen.

Uit het onderzoek komt naar voren dat op het gebied van integratie van ketendeelnemers weinig aansluiting is van theorie en praktijk. Ziekenhuisbestuurders moeten zich bewust zijn dat de keuze in ketendoelstellingen en producttype van de keten bepalend is voor de vereiste mate van integratie. Een intentieverklaring alleen, is geen garantie voor succes. Van buitenlandse ketens valt bovendien te leren dat zij in sterke mate integreren en processen stroomlijnen bij aanbod van gelijke producten, in tegenstelling tot de Nederlandse varianten.

Zoals in elk commercieel bedrijf is evaluatie een middel om de performance inzichtelijk te maken. Hiertoe zal men in ziekenhuisketens gebruik moeten maken van kritische succesfactoren en prestatie-indicatoren om de performance van de keten vast te stellen en bij te sturen indien nodig.

De beperkingen van ketenvorming komen tot stand door een slechte fit tussen de ketendeelnemers. Dit wordt veroorzaakt door verschillende strategische doelen van deelnemers, waardoor de mate van integratie en resourcedeling onvoldoende aansluiten bij de eisen van de keten en bij het vertonen van opportunistisch gedrag door bestuurders. De juiste fit hangt daarom af van een goede partnerkeuze. Verder beperken toezichthouders op de gezondheidszorg de mogelijkheden door per geval te beoordelen of er voldoende concurrentiemogelijkheden zijn en of er geen ongewenst gedrag in de markt plaatsvindt. Ketenvorming geeft de zorgverzekeraar de mogelijkheid om bij onderhandelingen de keten als één organisatie te benaderen en niet als vertegenwoordiger van onafhankelijke organisaties. De beoogde schaalvoordelen van de keten veranderen hierdoor mogelijk in nadelen.

Zoals bij elke keten bepaalt de zwakste schakel de kracht van de keten. In de onderzochte ketens is geen sprake van uittreedregels en zijn het aantal vrijheidsgraden maximaal. Een verandering in omgevingsfactoren kan huidige strategieën van deelnemers doen wijzigen en opportunistisch gedrag doen opkomen waardoor de keten alsnog gemakkelijk verbroken kan worden.

Tenslotte kan ketenvorming onderdeel zijn van een strategie die zich richt op risicobeperking, samenwerking om toetredingsmogelijkheden voor derden te voorkomen en zodoende (tijdelijk) een voorspelbare en veilige marktomgeving te creëren.

7 Referenties

- 2006. *Eerste keten van ziekenhuizen in de maak* [Dagblad]. Financieel dagblad, 27-06-2006.
- 2006. *Weer grote fusie zorgverzekeraars* [Dagblad]. NRC Handelsblad, 09-06-2006.
- Adobor, H. 2006. 'Inter-firm collaboration: configurations and dynamics'. *Competitiveness Review* 16(2):122-134.
- Boot J.M. & M.H.J.M. Knapen. 2005. *De Nederlandse gezondheidszorg*. Achtste herziene druk. Houten: Bohn Stafleu van Loghum. [1983]
- Burgess, J.F. Jr. 2005. 'The effect of network arrangements on hospital pricing behavior'. *Journal of health economics* 2005, (24):391-405
- Cardwell, R. & D. Bolon. 1996. Strategic alliances and hospitals: a US perspective. *Journal of management in medicine* 10(2):40
- Creswell J. 2003. *RESEARCH DESIGN Qualitative, Quantitative, and Mixed Methods approaches*. Tweede editie. Thousand Oaks: Sage Publications, Inc. [2003]
- Chase R., F. Jacobs, N. Aquilano. 2004. *Operations Management for Competitive Advantage*. Tiende editie, McGraw Hill
- Clarke-Hill, C. et.al. 2003. 'The paradox of co-operation and competition in strategic alliances: towards a Multi-paradigm approach'. *Management research news* (26)1:1-20.
- Crommentuyn R. 2006. 'Capio komt eraan'. *Medisch contact* 2006, (14):581-583
- Daft, R.L. 2001. *Organisatietheorie en –ontwerp* zevende editie. Schoonhoven: Academic Service. [1998]
- Das, T.K. & B.S. Teng. 2000. 'A resource-based theory of strategic alliances'. *Journal of management* 26(1):31-61
- DBC onderhoud. 2006. [Aangehaald op 16-01-2007]. Bereikbaar op <http://www.dbconderhoud.nl/informatie/index>
- Finlay, P. 2000. *Strategic Management: An introduction to business and corporate strategy*. Pearson Education Limited, England.
- Geest, S.A. van der, F.T. Schut, M. Varkevisser, Hoofdstuk 5: Gezondheidszorg, in: C.A. de Kam en A.P. Ros (red), *Jaarboek Overheidsfinanciën*, Sdu Uitgevers, Den Haag, 2005, PP 97-121
- Gimeno, J. 2004. 'Competition within and between networks: the contingent effect of competitive embeddedness on alliance formation'. *Academy of management journal* 2004 47(6):820-842
- Glaister, K.W. & P.J. Buckley. 1992. Strategic motives for international alliance formation. *Journal of management studies*, 33: 301-332
- Groen A.J. et al. 2002. 'Creating and justifying research and development value: scope,

scale skill and social networking of R&D'. *Creativity and innovation management* 2002, 11 (1):2-16

- Groot, T.L.C.M. & H.C. Dekker. 2002. *Management van strategische samenwerking*. Deventer: Kluwer.
- Harten van, W.H. & R.W. Schuring. 2003. *Ondernemers in de zorg*. Assen: Koninklijke Van Gorcum BV.
- Ineveld, M. Van, P. Dohmen & K. Redekop. 2006. 'De startende Marktwerking in de Gezondheidszorg'. *Economisch Statistische Berichten*, 2006, (91):470-473.
- Ireland R.D. et.al. 2002. 'Alliance management as a source of competitive advantage'. *Journal of management* 28(3):413-446
- Kaplan, R.S. & D.P. Norton. 1996. *The balanced scorecard: translating strategy into action. United States of America. Boston: Harvard business school press.*
- Kelly, M.J. et.al. 2002. 'Managing alliance relationships: key challenges in the early stages of collaboration'. *R&D management* 32(1):11-22
- Kotter, J.P. 1998. *Leading change: Why transformation efforts fail*. In Harvard Business Review on Change. Boston: Harvard Business School Press.
- Knop, L. 2006. *Met het mes op tafel?* [Internet]. Zorgvisie, [Aangehaald op 17-01-2007]. Bereikbaar op http://www.zorgvisiearchief.nl/web/secure/article_full.cfm?id=28685&start=1
- Krogt, Th.P.W.M. van der & C.W. Vroom. 1995. *Organisatie is beweging*. 3^e druk, 2^e oplage. Utrecht: Lemma BV [1988].
- Lapré & van Montfort. 1999. *Bedrijfseconomie van de gezondheidszorg*. Eerste druk. Maarssen: Elsevier/De Tijdstroom.
- Lapré, R & F. Rutten & E. Schut. 2001. *Algemene economie van de gezondheidszorg*. Maarssen: Elsevier/De Tijdstroom. [1999]
- Lawson, R. et. al. 2006. 'Scorcarding goes global'. *Strategic finance* 87(9):34-41
- Luo, X. et.al. 2007. 'Working with rivals: the impact of competitor alliance on financial performance'. *Journal of marketing research* Vol XLIV:73-83.
- Luo, Y. 2006. 'A coepetition perspective of global competition. *Journal of World business* doi:10.1016/j.jwb.2006.08.07.
- Mandour, Y & M. Bekkers & P. Waalewijn. 2005. *Marketing- en strategiemodellen*. 1^e druk, 5^e oplage. Den Haag: Sdu Uitgevers BV
- Medisch Contact, 2007. "Vijf grote ziekenhuizen gaan samenwerken" 62(37) 1484
- Medlin, J.C. 2005. 'Self and collective interest in business relationships'. *Journal of business research* 59:858-865
- Ministerie van vws, diagnose behandelingcombinaties. 2006. (DBC) [Aangehaald op 16-01-2007]. Bereikbaar op www.minvws.nl/dossiers/dbc
- Mintzberg H. 2004. *Organisatiestructuren* 1^e druk, 17^e oplage. Den Haag: Academic Service

[1992].

- NZa 2006. *Consultatiedocument Aanmerkelijke Marktmacht (AMM) in de zorg*. [Internet] NZa, [Aangehaald op 29-01-2007]. Bereikbaar op http://www.nza.nl/71113/9233/Aanmerkelijke_Marktmacht_in1.pdf
- NMa 2004. *Concurrentie in de ziekenhuissector* [Internet] NMa, [Aangehaald op 29-01-2007]. Bereikbaar op http://www.nmanet.nl/Images/Document%20in%20Microsoft%20Internet%20Visiedocument%20concurrentie%20in%20de%20ziekenhuissector_tcm16-54660.pdf
- NMa 2006. *Protocol tussen de Nederlandse Mededingingsautoriteit en de Nederlandse Zorgautoriteit*. [Internet] NMA, [Aangehaald op 29-01-2007]. Bereikbaar op http://www.nmanet.nl/Images/Samenwerkingsprotocol%20NZa-NMa%2030_10_2006_tcm16-94779.pdf
- Opeij, W. et. al. 2006: *Samenwerken in concurrentie*. Amersfoort. Spinhex & Industrie Drukkerij.
- Opeij, W. 2007. Overwegingen van bestuurders bij samenwerken in concurrentie. *Health Management forum*, 2:22-25
- Porter, M.E. 1985 *Competitive Advantage*, New York: Free Press
- Porter, M.E. 1996. *What is strategy?* Harvard Business Review. 74(6), 61-78.
- *Rhoen-klinikum*. 2006. [Internet] [aangehaald op 08-02-2007] Bereikbaar op <http://www.rhoen-klinikum-ag.com/rka/k0>.
- Scheepbouwer, A. 2006. *Zorg voor innovatie*. [Internet] Sneller beter, [Aangehaald op 11-02-2007]. Bereikbaar op http://www.snellerbeter.nl/fileadmin/snellerbeter/documenten/rapporten/Zorg_voor_innovatie_-_Eindrapport_innovatie_en_ICT_in_de_zorg.pdf.
- Schut, F.T. 2005. Voordracht structuur en financiering van de Nederlandse gezondheidszorg II, Instituut beleid en management Gezondheidszorg, Rotterdam.
- Town, R & G. Vistnes. 2001. 'Hospital competition in HMO networks'. *Journal of Health economics* 2001, (20): 733-753
- Vijverberg, A. & T Homan. 1998. *Inleiding in de strategie*. Amsterdam: Addison Wesley Longman Nederland BV
- Zorgvisie 2006. *Keten wil verzekeraars het hoofd bieden*. [Internet]. Zorgvisie, [Aangehaald op 17-01-2007]. Bereikbaar op http://www.zorgvisiearchief.nl/web/secure/article_full.cfm?id=29275&start=1
- Zuurbier & Krabbe-Alkemade. 2004. *Onderhandelen over DBC's: een thematische benadering*. Eerste druk. Maarssen: Elsevier gezondheidszorg.

8 Bijlagen

- Projectvoorstel “Samenwerkende ziekenhuizen in een concurrerende markt