

KPMG GEZONDHEIDSZORG

Wie doet het met wie in de zorg?

Bestuurlijke samenwerking tussen
Nederlandse ziekenhuizen

kpmg.nl
kpmgplexus.nl
kpmgmeijburg.nl





In de Griekse mythologie is Eros de god van de liefde en het schoonheidsverlangen, en de drijvende kracht achter aantrekking en binding.

Bron: Wikipedia

KPMG Gezondheidszorg

Alle bij KPMG Nederland aanwezige kennis en kunde op het gebied van de gezondheidszorg is gebundeld in KPMG Gezondheidszorg. Hieronder vallen bijvoorbeeld onze werkzaamheden op het gebied van Audit, Risk Consulting en Corporate Finance. Ook Management Consulting en Belastingadvies wordt door KPMG Gezondheidszorg aan geboden maar dat gebeurt onder de naam van respectievelijk KPMG Plexus en KPMG Meijburg & Co.

KPMG heeft wereldwijd meer dan 4.000 professionals die zijn gespecialiseerd in dienstverlening aan de zorgsector, waardoor internationale kennis en ervaring toegankelijk is.

Kijk voor meer informatie op www.kpmg.nl/healthcare of www.kpmgplexus.nl

Inhoud

Wie doet het met wie in de zorg?	6
---	----------

Bestuurlijke Veranderingen: fusie en coöperatievorming	8
---	----------

35% van de ziekenhuizen praat over fusie of coöperatie	8
Reductie zelfstandige ziekenhuizen door gerealiseerde en voorgenomen fusies	8
<i>Kader - Deal making: Bezint eer gij begint</i>	11
<i>Interview Orbis en Atrium - 'Een fusie brengt altijd risico met zich mee'</i>	13
80% van de bestuurders is bezig met een vorm van bestuurlijke samenwerking	14
<i>Interview A12-ziekenhuizen - 'Starten vanuit de inhoud'</i>	15
<i>Kader - Fusie in de jaarrekening</i>	16

Zorginhoudelijke Veranderingen	17
---------------------------------------	-----------

40% van de ziekenhuizen heeft gezamenlijk behandel/diagnosecentrum	17
Gezamenlijke zorginfrastructuur meest voorkomende vorm van samenwerking	17
Concentratie van zorg vooral op complexe interventies	18
Concentratie van zorg met name in dunbevolkte gebieden	18
<i>Interview Santeon - 'Europese Unie, maar met betere regels'</i>	21
Afspraken in de keten worden steeds meer geformaliseerd	23
Tweederde van de ziekenhuizen heeft samenwerking op maatschapsniveau	23
<i>Kader - Samenwerken? Vergeet de fiscus niet</i>	24

Opvallende Zaken	25
-------------------------	-----------

Beweegredenen	25
----------------------	-----------

Samenwerkingsverbanden worden vooral uit eigen beweging aangegaan	25
Verhogen kwaliteit is belangrijkste doelstelling van samenwerking	26
<i>Interview VUmc en AMC – 'Niet onmiddellijk denken aan reducties in portfolio'</i>	27

Samenwerking op de bedrijfsvoering	29
Ziekenhuizen weten elkaar te vinden voor gezamenlijke inkoop	29
Veel samenwerking op laboratoria, weinig op IT	29
Gezamenlijke nieuwbouw wordt op beperkte schaal uitgevoerd	29
<i>Kader - Kernpunten ter inspiratie voor samenwerken in IT</i>	31
36% van de ziekenhuizen participeert in ZBC's	32
<i>Kader - ZBC met UMC: Alant Vrouw geeft het voorbeeld</i>	32
Externe invloed	33
Banken en verzekeraars hebben geen leidende rol	33
NMa & NZa zijn onzekere factor	34
<i>Interview NMa & NZa - 'Belemmerende factor heeft functie'</i>	35
<i>Kader - Hoe maak je kwaliteit inzichtelijk?</i>	36
Effecten	37
Doelstellingen in ruim de helft van de gevallen nog niet behaald	37
Succes en faalfactoren	38
Tien voorzichtige conclusies	40
Met het oog op de toekomst	41
Verantwoording	42
Bijlage:	
Zorgaanbod per ziekenhuis	

Wie doet het met wie in de zorg?

Voor u ligt het bescheiden begin van een ambitieuze traditie: de eerste aflevering van een jaarlijks terugkerende rapportage over hoe ons zorglandschap aan het veranderen is door samenwerking, aangevuld met feiten en meningen die verklaren waarom deze veranderingen plaats vinden.

De discussie over samenwerking in de zorg is hoogst actueel en zal naar onze mening de komende jaren hoogst actueel blijven. Het is ook een discussie die bij tijd en wijle fel en polariserend wordt gevoerd, vol gebeeldhouwde meningen en schijnbaar onoverbrugbare tegenstellingen. Juist dan is het belangrijk om zo'n discussie van een stevige feitelijke grondslag te voorzien. Met antwoorden op vragen als: wat gebeurt er nou eigenlijk? Waarom wordt er samengewerkt? Hoe wordt er samengewerkt? Wat bepaalt of het lukt of niet lukt? Wie zijn er bij betrokken?

In deze eerste rapportage hebben wij gekeken naar de samenwerking tussen ziekenhuizen. Niet in de laatste plaats omdat discussies over kwaliteit en doelmatigheid tot stevige stellingnames leiden over de noodzaak om wel of niet over te gaan tot samenwerking tussen ziekenhuizen. Soms met drang of dwang van een verzekeraar; al of niet omdat er sprake is van een partij die het alleen niet meer redt.

De komende jaren willen wij het beeld dat wij nu aan u presenteren bijhouden en uitdiepen. Door te kijken naar samenwerking tussen ziekenhuizen maar ook naar samenwerking tussen partijen in de keten. Door te kijken naar samenwerking in de *cure*, maar ook naar samenwerking in de *care* en tussen *cure* en *care*. Of door elk volgend jaar een specifiek aspect van samenwerking nader uit te diepen.

Niet omdat we een oordeel willen vellen over wat er gebeurt. Wel omdat we denken dat het belangrijk is dat een ieder die dat oordeel wel wil vellen, in ieder geval de feiten op een rijtje heeft. En altijd weer kan leren van wat anderen hebben gedaan en van wat anderen is overkomen.

Het onderzoek van dit jaar richt zich op vormen van *bestuurlijke* samenwerking tussen ziekenhuizen. Met bestuurlijke samenwerking wordt bedoeld: een samenwerking die op bestuurlijk niveau is aangegaan, beklonken of ondersteund en op enigerlei wijze leidt tot een wijziging in de bestuurlijke autonomie. Het gaat dus om afspraken die verder gaan dan de dagelijkse operationele samenwerkingsafspraken die ziekenhuizen maken om zorg ordentelijk te kunnen leveren. We kijken naar samenwerkingen die de afgelopen 3 jaar zijn aangegaan.

Dit onderzoek zou niet mogelijk zijn geweest zonder de medewerking van vele betrokken bestuurders en anderen uit de ziekenhuiswereld. Ik dank hen voor hun medewerking en hoop dat u dit rapport interessant en leerzaam vindt.

Wouter Bos

Voorzitter KPMG Gezondheidszorg

Partner KPMG Plexus

Bestuurlijke Veranderingen: fusie en coöperatievorming

35% van de ziekenhuizen praat over fusie of coöperatie

In Nederland is op 267 plaatsen ziekenhuiszorg beschikbaar¹. Dat is het totaal aantal buitenpoli's, categorale, academische, topklinische en algemene ziekenhuizen dat Nederland op dit moment telt. In 2009 vielen deze locaties nog onder 111 ziekenhuisbesturen. Inmiddels is dat aantal omlaag gegaan naar 106 zelfstandige ziekenhuizen met een eigen bestuur.² Nemen we tevens het aantal op dit moment voorgenomen fusies in ogenschouw, dan gaan we richting de 97 ziekenhuisbesturen. Daarnaast zijn er een aantal hechte vormen van bestuurlijke samenwerking te onderscheiden waarbij de definitieve bestuurlijke eindvorm nog niet vast staat. Zou ook hier uiteindelijk sprake zijn van bestuurlijke fusie, dan hebben we nog 90 ziekenhuisbesturen over.

We laten deze beweging zien in de kaarten met het aantal ziekenhuislocaties op de volgende pagina's. Getalsmatig is deze ontwikkeling als volgt weer te geven:

- 39 ziekenhuizen zijn sinds 2009 bezig (geweest) met vormen van hechte bestuurlijke samenwerking; dit telt op tot 35% van de ziekenhuizen.
- Vergelijken we het aantal overblijvende ziekenhuisbesturen met 2009, dan leidt een optelsom van de reeds gerealiseerde en (mogelijk) nog te realiseren fusies die thans bekend zijn tot een bestuurlijke indikking met 13% tot 19% ten opzichte van 2009.

Niet elke vorm van bestuurlijke samenwerking hoeft te leiden tot een andere bestuursvorm. Een voorbeeld daarvan – dat in deze rapportage ook wordt behandeld – is de inkoopcombinatie. Kijken we echter expliciet naar die vormen van samenwerking die wel degelijk de bestuursvorm (kunnen) raken, dan is een eerste conclusie dat het hier een onverminderd *hot topic* betreft dat voor een grote groep ziekenhuizen onverminderd actueel is. Ruim één derde van de Nederlandse ziekenhuizen heeft hier nu mee te maken of heeft hier de afgelopen drie jaar mee te maken gehad.

Reductie zelfstandige ziekenhuizen door gerealiseerde en voorgenomen fusies

We kijken in deze rapportage terug op de afgelopen drie jaren. In deze periode hebben we hebben in totaal dertien gerealiseerde of voorgenomen fusies geïdentificeerd.³

Begin 2009 telden we 111 zelfstandige ziekenhuizen, met een eigen bestuur. Sindsdien zijn vier fusies zijn gerealiseerd, waarbij negen ziekenhuizen waren betrokken. Welke dit zijn, is zichtbaar op de kaart 'fusies en coöperaties'. Per saldo heeft dit geleid tot het indikken van het aantal zelfstandige ziekenhuisbesturen met vijf ziekenhuizen, van 111 naar 106. Dit is het aantal zelfstandige ziekenhuizen anno nu.

Daarnaast hebben we een achttal fusies geïdentificeerd die nog in verschillende fasen van voorbereiding zijn. Het kan gaan om een gericht uitgesproken intentie, maar ook

om verkennende gesprekken. Hierbij zijn 16 ziekenhuizen betrokken. Indien we de aanname maken dat deze voorgenomen fusies ook worden doorgevoerd, zou dit een reductie betekenen van het aantal zelfstandige ziekenhuisbesturen de komende jaren naar 97. Deze totale reductie van 111 naar 97 zou een afname van het aantal ziekenhuisbesturen van 13% ten opzichte van 2009.

Maar fusie is zeker niet de enige manier waarop er in Nederland wordt samengewerkt. Zestien ziekenhuizen hebben concrete plannen gemaakt of gerealiseerd voor de oprichting van coöperaties: de rechtsvorm waarbij een vereniging wordt opgericht van zelfstandige, maar samenwerkende ziekenhuizen. Bekende voorbeelden zijn de A12-coöperatie, waarin vier ziekenhuizen sinds 2009 nauw samenwerken en de zes topklinische ziekenhuizen die onder de naam Santeon⁴ een coöperatie hebben gevormd. Deze twee coöperaties zijn overigens wel zeer verschillend. De A12-coöperatie neigt richting een vorm van gemeenschappelijk bestuur over een gemeenschappelijke zorginfrastructuur. De Santeon coöperatie is veeleer een groep van samenwerkende sterk vergelijkbare partners die ook niet in één en dezelfde regio vallen. Naast deze twee coöperaties zijn er nog tenminste vier andere ziekenhuizen die spreken over coöperatievorming.⁵

¹ Exclusief Zelfstandige Behandel Centra, zie de Verantwoording voor de afbakening.

² De onderbouwing van de aantallen zoals genoemd in deze rapportage is te vinden op www.kpmgplexus.nl.

³ Het overzicht van fusies en coöperaties is gemaakt op basis van de vragenlijst en een gestructureerde zoektocht in openbare gegevens. Het overzicht is met zorg samengesteld, maar niettemin kunnen er ontwikkelingen ontbreken of fouten in het overzicht geslopen zijn. Eventuele correcties zijn welkom via samenwerkenindezorg@kpmg.nl.

⁴ Santeon is niet in de kaarten opgenomen, omdat deze samenwerking voor 2009 tot stand is gekomen. Voor zover openbaar hebben we de overige plannen voor coöperatievorming in de kaart over fusies en coöperaties opgenomen.

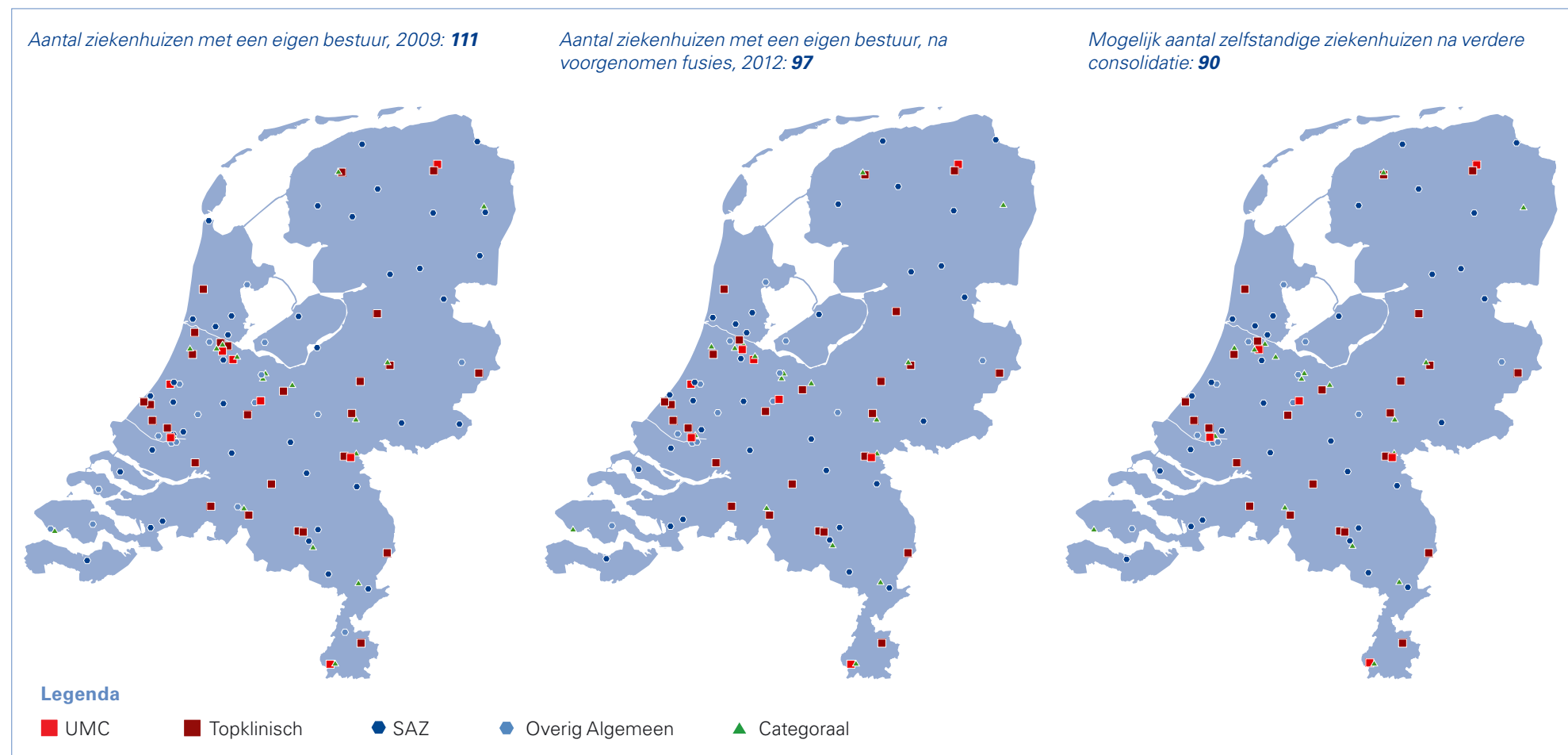
⁵ Deze ziekenhuizen hebben anoniem hun voornemens aan ons kenbaar gemaakt. Zij zijn niet in de kaart maar wel in de getallen opgenomen.

Figuur 1

Zorg wordt aangeboden op 267 locaties



Figuur 2

Het aantal zelfstandige ziekenhuizen neemt af**Noten:**

De kaart met de situatie in 2009 bevat ziekenhuizen met een eigen bestuur. Ziekenhuizen die na 2009 zijn gefuseerd, staan hier nog apart weergegeven.

- De kaart voor 2012 bevat het aantal zelfstandige ziekenhuizen dat overblijft als de huidige fusievoornemens worden doorgezet. We hebben ook ziekenhuizen die onder één holding vallen samengevoegd, voor zover ons deze bekend waren (bijvoorbeeld, Erasmus MC en Havenziekenhuis).
- We hebben van fusieziekenhuizen willekeurig 1 locatie op de kaart laten staan, om aan te geven dat het aantal zelfstandige besturen kleiner wordt. Dit betekent echter niet dat de andere locatie verdwijnt, noch dat de overgebleven locatie de hoofdvestiging wordt.
- Er is ons een tweetal voorgenomen fusies gemeld onder voorwaarde van anonimiteit. Deze zijn niet meegenomen in deze kaart, maar wel in de aantallen.
- De ziekenhuizen zijn op basis van viercijferige postcode in de kaart geplaatst. Het kan daarom zijn dat ziekenhuizen niet exact op de juiste plaats staan. In sommige gevallen overlappen ziekenhuizen elkaar.

Bron: Eigen bewerking KPMG. Zie hoofdstuk en Verantwoording.

Het percentage van 13% afname van het aantal ziekenhuizen mag als een ondergrens gelden; we weten immers dat er andere ziekenhuizen zijn die met elkaar strategische allianties zijn aangegaan. Hiervan staat het precieze einddoel of de vorm waarin de samenwerking wordt gegoten nog niet vast. Indien we de aanname doen dat deze samenwerkingen op termijn zouden kunnen leiden tot een vorm van bestuurlijke fusie, ontstaat zicht op een verdere reductie van het aantal zelfstandige ziekenhuizen. Op basis van een voorzichtige inschatting tellen we een verdere reductie van zeven ziekenhuizen.

Tabel 1
(Verwachte) afname aantal zelfstandige ziekenhuizen

Aantal ziekenhuislocaties (2011)	267
Aantal zelfstandige ziekenhuizen, begin 2009	111
Afname aantal zelfstandige ziekenhuizen als gevolg van gerealiseerde fusies 2009-2012	5
Aantal zelfstandige ziekenhuizen, anno nu	106
Mogelijke afname aantal zelfstandige ziekenhuizen als gevolg van voorgenomen fusies	9
Aantal zelfstandige ziekenhuizen, in de toekomst	97
Mogelijke afname aantal zelfstandige ziekenhuizen waarvan precieze eindvorm nog niet vast staat	7
Mogelijk aantal zelfstandige ziekenhuizen na verdere consolidatie	90

Deal making: Bezint eer gij begint

Bij het aangaan van samenwerkingsvormen is het van belang om gedegen voorwerk te verrichten. De kunst is uiteraard om in een zo vroeg mogelijk stadium te achterhalen of de partner wel de juiste partner is. Naast onderzoek naar de potentiële partner, zou daarbij ook –of liever: eerst- het eigen ziekenhuis op een minstens zo grondige wijze geanalyseerd moeten worden. Dit gebeurt met behulp van een zogenaamd *vendor due diligence*. Dit verhoogt niet slechts het inzicht in de sterke en zwakke kanten van het eigen ziekenhuis en daarmee in de complementariteit van samenwerking met een ander; het verhoogt ook de slagkracht in de onderhandelingen met de fusiepartner, omdat het eigen ziekenhuis geen geheimen meer kent. De uitgangspunten van een *vendor due diligence* worden met de verwachte samenwerkingspartner gedeeld. Indien gedurende het samenwerkingsproces partijen tot een *letter of intent* zijn gekomen, dan kan dit *vendor due diligence*-rapport worden ingebracht bij het *due diligence*-onderzoek naar het ziekenhuis.

Een belangrijke valkuil bij het opstellen van de financiële prognoses van de fuserende instelling is het overschatten van de synergievoordelen. In zijn algemeenheid zien wij dat circa 70 procent van de verwachte synergievoordelen van de fusie uiteindelijk niet worden gerealiseerd (Mark Sirower, The synergy trap, 1997). Ze zijn er eenvoudig

niet en hebben alleen maar in spreadsheets bestaan.

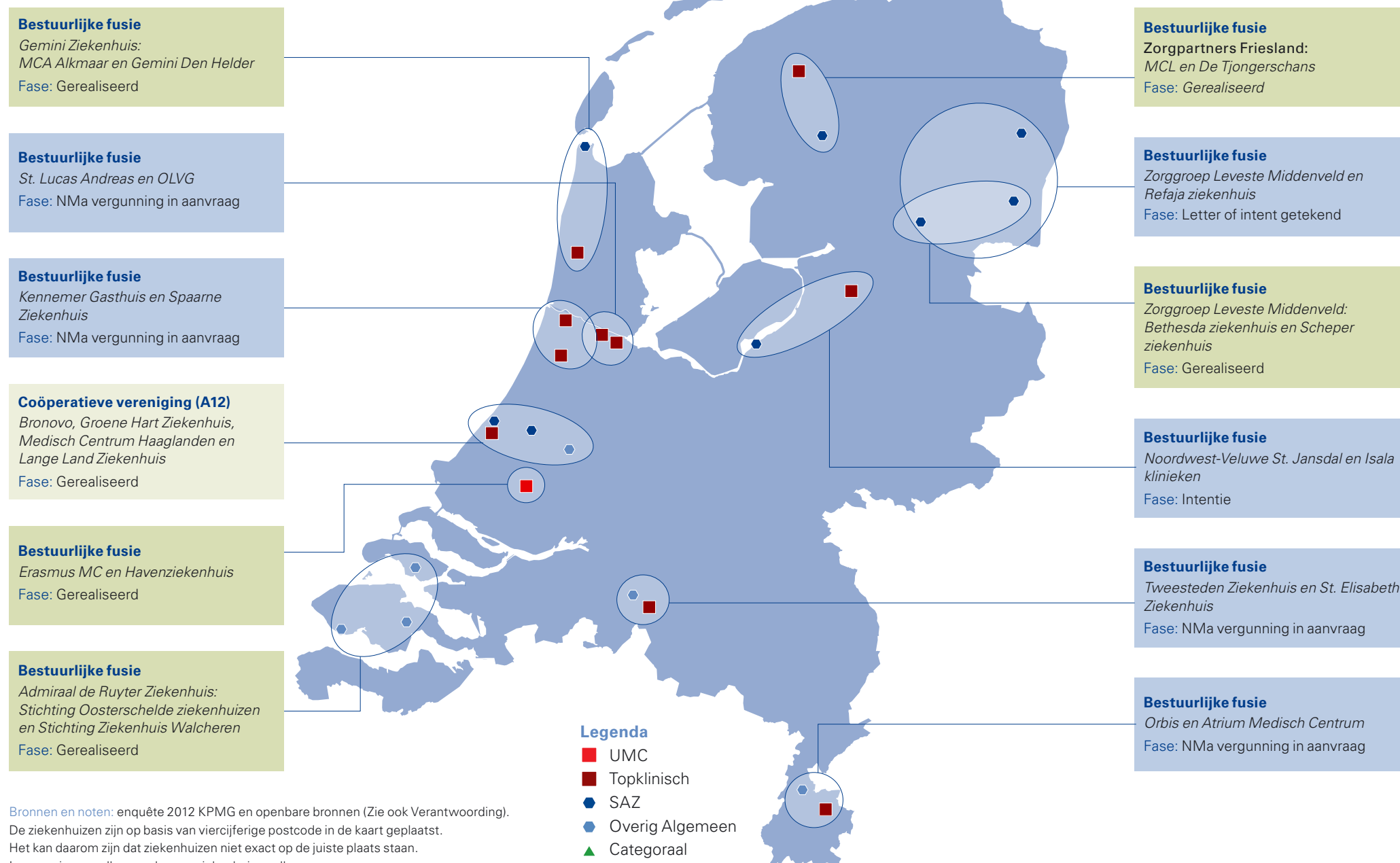
Kritisch blijven kijken naar de diverse uitgangspunten is zeer belangrijk, maar wordt vaak overschaduwd door de zogenaamde *deal fever*: het koste wat het kost willen doorvoeren van de fusie. Deal fever kost tijd en geld en leidt zelden tot een succesvolle fusie. Deal fever kan voorkomen worden door goed de grenzen van de transactie te definiëren.

Ook dit risico kan ondervangen worden en ook hier geldt: een goede voorbereiding scheelt veel ellende verderop in het proces. Zo blijkt het in de praktijk vaak goed te werken als partners de business case met de beoogde synergievoordelen niet opbergen als de fusie eenmaal een feit is maar deze op tafel houden en specifieke ‘eigenaren’ aanwijzen die verantwoordelijk zijn voor het daadwerkelijk realiseren van deze voordelen.

Een ander belangrijk punt dat een poging tot fusie in de weg kan staan (maar bijna nooit naar buiten komt), is dat er geen overeenstemming wordt bereikt over de nieuwe Raad van Bestuur van het gefuseerde ziekenhuis. Wie van de huidige bestuurders wordt bestuursvoorzitter? Ook dit is een punt dat, hoe vervelend ook, het beste zo vroeg mogelijk in de fusiebesprekingen aan de orde kan komen.

Figuur 3

Fusies en coöperatieve verenigingen, 2009-2012



Interview Orbis en Atrium - 'Een fusie brengt altijd risico met zich mee'

Luvic Janssen (CFO en lid RvB Orbis Medisch Centrum)

Luvic Janssen, voorheen werkzaam bij Phillips, kijkt als ondernemer naar de zorg. Hij juicht het voornemen om winstuitkering te introduceren in de zorg dan ook toe. Volgens Janssen versterkt het voorstel de onderhandelingspositie van ziekenhuizen en stimuleert het initiatieven voor kostenbesparingen om de zorg betaalbaar te houden. Orbis en Atrium wachten momenteel op een uitspraak van de NMa over een voorgenomen fusie.



“Winst maken en goede patiëntenzorg zijn complementair.”

Luvic Janssen

Wat is jullie verwachting over de uitspraak van de NMa?

‘Ik hoop uiteraard op een positief oordeel. Mocht dat niet het geval zijn, dan zullen we ons moeten beraden op alternatieve vormen van samenwerking. Wat mij betreft zou het een gemiste kans zijn.’

Hebben verzekeraars door jullie fusie nog wel compenserende inkoopmacht?

‘Ja, wat mij betreft wel. Patiënten kunnen naar het buitenland of naar andere ziekenhuizen in Limburg of in Nederland. Met de trend naar concentratie van de zorg worden patiënten steeds bewuster worden in de keuze van hun ziekenhuis. Ze gaan daar naar toe waar ze ook de beste behandeling krijgen.’

Welke rol spelen stakeholders zoals bank, verzekeraar en IGZ bij het over gaan tot bestuurlijke samenwerking?

‘De banken houden de vinger aan de pols. Tijdens de financiële crisis van Orbis - nu drie jaar geleden - hebben we om tafel gezeten met alle *stakeholders*, inclusief de banken, en gezamenlijk oplossingen gezocht. Ook bij het fusieproces houden de banken vinger aan de pols. De banken zijn geïnteresseerd in het commitment van de zorgverzekeraar op lange termijn.’

‘Het tempo van samengaan zou wat mij betreft best een tandje hoger kunnen. Ik heb de indruk dat er op dit moment onder druk van concentratie-eisen meerdere ziekenhuizen in Nederland met elkaar in gesprek zijn over samenwerking.’

‘Het niveau van bureaucratie is erg hoog in het zorglandschap. Je bent continu aan het communiceren en regisseren. Je moet met veel partijen afstemmen: het Ministerie, de gemeente, de zorgverzekeraar, de NMa, de VAR, de ondernemingsraad, de medische staf, de cliëntenraad. Het is nu vreemd geregeld: je probeert je als ziekenhuis maximaal in te zetten voor de patiënten en te voldoen aan de zorg behoefte. Een jaar later krijg je echter van de overheid

als dank een kortingsnota. Aan dit beleid moet een einde komen. Er is meer ondernemerschap nodig in de zorg. Er zijn nog aanzienlijke efficiencywinsten te behalen.’

Mogen ziekenhuizen winst maken?

‘Ik kijk naar de zorg als ondernemer. Winst maken en goede patiëntenzorg zijn complementair, het levert beter gemotiveerdere medewerkers en meer tevreden patiënten op. Door de concentratie van zorg gaan keuzes gemaakt worden. Dit zorgt voor schaalvergroting. Er is externe financiering nodig. Ik geloof in verdere privatisering van de zorg. Winst maken moet geen taboe zijn zolang het complementair is met kwalitatief betere en betaalbare zorg. Het nieuwe wetsvoorstel stimuleert ondernemerschap, geeft mogelijkheden nieuwe financieringsbronnen aan te boren en zal management bewegen actiever op zoek te gaan naar slimmere, meer efficiënte manieren van werken. Mijn ervaring uit het bedrijfsleven is dat bij succesvolle ondernemingen klantenbelangen en investeerdersbelangen hand in hand gaan.’

De overheid stimuleert sinds een aantal jaren marktwerking in de zorg, maar dit is tot op heden halfslachtig ingevoerd. De overheid worstelt om de kosten van de zorg “in de klauwen” te houden terwijl de zorgvraag gezien de vergrijzing en de medisch-technische ontwikkelingen alleen maar zal toenemen. Het is niet de primaire taak van de overheid om deze groeiende zorgvraag af te remmen. De insteek zou moeten zijn deze groeiende zorgvraag op een meer gedifferentieerde wijze te sturen.’

Wat zijn belangrijke portfoliowijzigingen die de komende jaren gaan plaatsvinden als de fusie doorgaat?

‘We zijn bezig met het opstellen van het fusieverdeelplan. We zijn hier een heel eind in. We proberen de zorg te clusteren en te lateraliseren rondom patiëntencategoriën. Denk hierbij aan het opstellen van een borstkankercentrum en een moeder-kindcentrum.’

Vervolg interview op de volgende pagina

En over portfoliokeuzes op het gebied van o.a. algemene chirurgie, complexe interventie, SEH, orthopedie. Artsen hebben een grote stem in dit fusieverdeelplan, dat is van belang omdat het invloed heeft op hun werk.'

Wat zijn succes- en faalfactoren voor effectieve samenwerking?

'Samenwerking in de vorm van een fusie brengt altijd risico met zich mee. Ongeacht of het goed is uitgevoerd en goed is voorbereid. Dit is ook zo in het bedrijfsleven. De grootste risico's zitten in de snelheid en grootschaligheid van de fusie. Ook culturele verschillen vormen een groot risico. Een ander risico is de ICT. Hierin moet fors geïnvesteerd worden bij een fusie. Je loopt daarbij het risico op forse kostenoverschrijdingen als je niet strak stuurt op proces-standaardisatie.

Succesfactoren zijn kwaliteit en servicegerichtheid. En de kostenbesparing die het oplevert; bij deze fusie kunnen we flink besparen op ondersteunende diensten.'

80% van de bestuurders is bezig met een vorm van bestuurlijke samenwerking

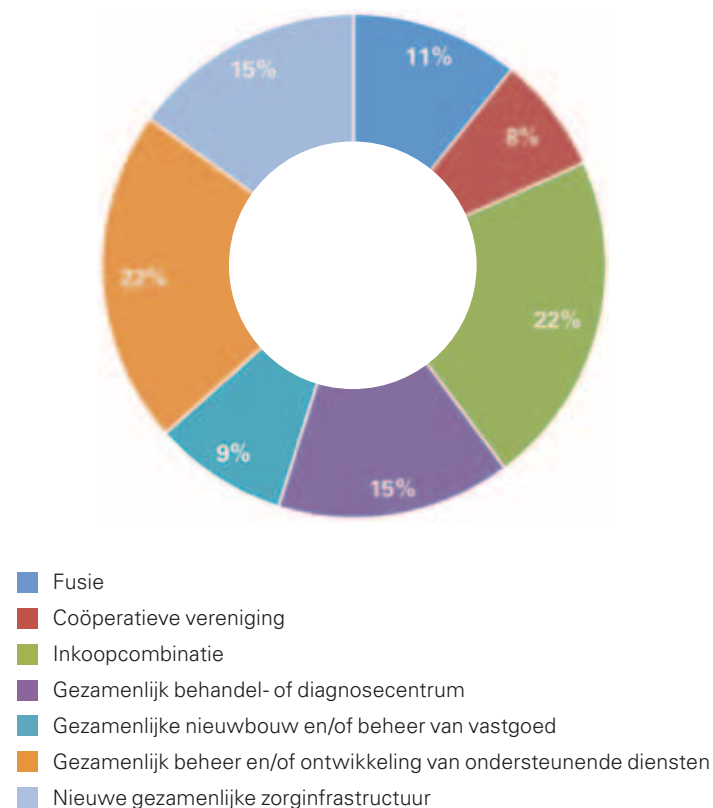
Onder de paraplu van de ruim 100 ziekenhuizen wordt op vele manieren samengewerkt. Vanzelfsprekend zeer intensief binnen de muren van elk ziekenhuis, maar ook veel daarbuiten. In deze rapportage richten we ons op de samenwerkingsvormen die besturen van ziekenhuizen met elkaar aangaan.

KPMG heeft onder de bestuurvoorzitters van Nederlandse ziekenhuizen een vragenlijst uitgezet over dit onderwerp, met als hoofdvraag: *Is uw ziekenhuis één of meer vormen van een bestuurlijk samenwerkingsverband aangegaan met een ander ziekenhuis / ziekenhuizen in de afgelopen 3 jaar, of voornemens deze aan te gaan?* Daarbij werden de keuzes voorgelegd zoals die in de figuur hiernaast zijn weergegeven (meerdere keuzes waren mogelijk).

Blijkbaar is bestuurlijke samenwerking een onderwerp dat de bestuurders bezig houdt. Slechts twintig procent van de respondenten gaf aan niet bezig te zijn met bestuurlijke samenwerking of de intentie daartoe te hebben. De overige 80% gaf aan wel bezig te zijn met één of meerdere vormen van bestuurlijke samenwerking. Populaire vormen waarin samenwerking tot uiting komt onder de geënquêteerden, zijn de inkoopcombinatie of het gezamenlijk beheer van ondersteunende diensten (in veel gevallen laboratoria). Relatief weinig ziekenhuizen overwegen een coöperatie te vormen of zetten in op samenwerking door gezamenlijke nieuwbouw of beheer van vastgoed.

Figuur 4

Vormen van bestuurlijke samenwerking



Bron: Enquête 2012 KPMG. Betreft percentages van het aantal samenwerkingsverbanden (wat groter is dan het aantal deelnemende ziekenhuizen). Het aantal opgegeven samenwerkingsvormen waarvan hier de aandelen worden getoond is 93.

Interview A12-ziekenhuizen - 'Starten vanuit de inhoud'

Willem Geerlings (lid RvB Medisch Centrum Haaglanden) en **Joop Hendriks** (voorzitter RvB Bronovo-Nebo)

Vier ziekenhuizen in Zuid-Holland hebben een verregaande samenwerking om zichzelf toekomstbestendig te maken. Het gaat om het Medisch Centrum Haaglanden en Bronovo Ziekenhuis in Den Haag, het Lange Land Ziekenhuis in Zoetermeer en het Groene Hart Ziekenhuis in Gouda. De vier ziekenhuizen hebben de A12-coöperatie opgericht, genoemd naar de autoweg waarlangs ze liggen. Ze hebben samen zes locaties: twee in Den Haag, twee in Gouda en één in Zoetermeer en Leidschendam.



"Uit concurrentieoverweging hoop ik niet dat veel van onze concurrenten voor de coöperatie kiezen."

Joop Hendriks

Waarom samenwerking in een coöperatie?

Hendriks: 'Een coöperatie klinkt niet zo zwaar. We zijn ruim zes jaar geleden begonnen als reactie op een verwachte toenemende prijsdruk. We hebben het lot in eigen hand genomen en voorkomen dat het opgelegd werd. Overigens vind ik fuseren een eufemisme voor overname.'

Geerlings: 'Alle partijen, wij, medische staven en patiëntenraden hebben moeten leren dat samenwerken ook het opgeven van een deel van de autonomie betekent, maar dat je daar voor terug krijgt dat je je doelstellingen kunt bereiken. We hebben in deze constructie ruim de tijd gehad elkaar beter te leren kennen.'

Is het vanuit die basis makkelijker om de samenwerking te intensiveren?

'We beginnen met inhoud, de vorm moet volgen', aldus Hendriks. Zo hebben we het vanaf het begin af aan aangepakt. Zo hebben we ook voorkomen dat we discussie hebben over 'waar komt het hoofdkantoor'; 'wie wordt mijn baas'. Het bestuur is ondersteunend aan de samenwerking en niet omgekeerd.'

Geerlings: 'Zo ontstaat juist vanzelf de vraag naar verdere integratie vanuit de samenwerking die er op de vloer is.'

Verwacht je een trendbreuk als je de volgende stap gaat maken?

Hendriks: 'Of we meteen de stap zetten naar fusie is nog niet helemaal helder. Het is een trap met grote stappen.'

Geerlings: 'Je kunt volgende stappen niet helemaal als een glijdende schaal doen, dat kan bijna niet. Je moet nu wel wat knopen doorhakken. Maar we hebben gekozen voor elkaar en uitgestraald dat we de komende jaren afspraken hebben.'

Is een coöperatie aan te raden voor andere ziekenhuizen?

Hendriks: 'Uit concurrentieoverweging hoop ik niet dat veel van onze concurrenten voor de coöperatie kiezen, zodat wij onze unieke positie houden. Liever kiezen zij voor een klassieke fusie en komt er dan gedonder van. Maar, vanuit algemeen belang is het wel een goed idee om voorzichtig te beginnen en is in een netwerk veel beter dan in een fusie de zorg op locatie te waarborgen.'

Geerlings: 'Er is veel moeite gedaan om dit niet een 'speeltje' van bestuurders te laten zijn en stafvoorzitters echt betrokken en in de lead te krijgen. Wat hielp is dat deze ziekenhuizen regionaal al op elkaar aangewezen waren en er sprake is van complementariteit. Als je als drie topklinische huizen moet samenwerken, wordt het veel lastiger. We hebben dus ook een beetje mazzel gehad dat de combinatie zo uitpakt. Overigens, je moet wel durven kiezen tussen wat je doet op welke locatie, anders komt er niets op gang.'

Welke grote stappen gaan jullie nog maken in de samenwerking?

Geerlings: 'We willen bewust werken aan behoud van zorg dichtbij de patiënt. Daarnaast willen we de hoog complex/ laag volumezorg uitbreiden. Het is een enorme winst als je die kunt blijven leveren aan de bevolking in de regio en dat lukt voor geen van de vier ziekenhuizen apart.'

Welke ontwikkelingen zien jullie aan samenwerking in het ziekenhuislandschap in Nederland?

Geerlings: 'Je ziet dat veel vormen van samenwerking maar gedeeltelijk spontaan ontstaan. De meeste zijn fusies zijn reactief op verlangens of zorgen van patiëntenraden, wetenschappelijke verenigingen en zorgverzekeraars. Dan zal het niet meevallen om elan in de samenwerking te krijgen.'

Hendriks: 'Het tempo ligt trager dan in zakelijke dienstverlening, maar het is ook wel een andere business. De vraag

is met name: wie gaat er nu over? Eigenlijk gaat er niemand echt over, dus iedereen. Binnen een ziekenhuis (besturen, staven, patiëntenorganisaties), maar ook buiten het ziekenhuis (verzekeraars moeten regie pakken, maar mogen van NMa niet bij elkaar zitten; VWS heeft afdelingen planning en bouw en collega sanering afgeschaft). Kortom: partijen die een plannetje konden opschrijven zijn er niet meer. Ziekenhuizen vinden dat ze er zelf overgaan, maar zo gauw er beweging komt zegt de Tweede Kamer dat er een fusietoets moet komen. Maar hoe moet het geheel dan beter en goedkoper worden? De enige manier om dat consistent te zijn, is door zelf de agenda te bepalen.'



"Je moet wel durven kiezen tussen wat je doet op welke locatie, anders komt er niets op gang."

Willem Geerlings

Waar gaat dit gesprek over 7 of 8 jaar over?

Hendriks: 'Dan zijn onze bedrijven geïntegreerd, met één servicecentrum en nog meer samenwerking in het primair proces. De discussie zal gaan over welke ziekenhuisketens met elkaar in concurrentie zijn. Vermoedelijk zal de A12-coöperatie wel in de eigen regio blijven en niet pogen om een landelijk netwerk op te bouwen. Er is ook nog zoveel te verbeteren in de eigen regio.'

Fusie in de jaarrekening

Een samenwerkingsverband of fusie kan ook (grote) gevolgen hebben voor de jaarrekening van de instelling. Belangrijke verslaggevingstechnische aspecten die bij een fusie en/of samenwerking kunnen spelen, zijn:

Wanneer en hoe wordt een fusie verwerkt in de jaarrekening?

De beantwoording van deze vraag zal mede afhankelijk van zijn van het feit of sprake is van een bestuurlijke of juridische fusie.* En zelfs bij een juridische fusie hoeft de datum van verwerking van de fusie in de jaarrekening niet gelijk te zijn aan de datum in het fusievoorstel. De fusie kan bijvoorbeeld reeds verwerkt worden aan het begin van het boekjaar waarin de fusie zal plaatsvinden.

Op welke wijze wordt het samenwerkingsverband verwerkt in de jaarrekening?

Wordt het samenwerkingsverband proportioneel geconsolideerd of kan deze als deelneming in de jaarrekening worden opgenomen en zijn de waarderinggrondslagen van beide rechtspersonen gelijk. Een en ander zal afhankelijk zijn van de omvang van het samenwerkingsverband en de wijze waarop andere samenwerkingsverbanden reeds in de jaarrekening zijn verantwoord.

Zijn de waarderinggrondslagen van beide rechtspersonen gelijk?

Verschillen kunnen zich met name voordoen bij jaarrekeningposten waarbij sprake is van "inschattingen door het management" en waarbij de wetgever meerdere berekeningsmethodieken accepteert. Hierbij valt te denken aan schattingen in personeelsgerelateerde voorzieningen maar ook bijvoorbeeld of voor groot onderhoud gebruik wordt gemaakt van een voorziening groot onderhoud of dat de rechtspersoon de componentenbenadering toepast.

Wat zijn de personele gevolgen van de fusie?

Is er een reorganisatie nodig om efficiency-/schaal- voordelen te behalen? Kosten die direct met de reorganisatie samenhangen, zoals kosten verband houdende met de afvloeiing van personeel, kunnen pas worden voorzien in de jaarrekening indien de ondernemingsraad op de hoogte is gesteld van een voorgenomen reorganisatieplan.

Kortom diverse verslaggevingstechnische aspecten waarover keuzes gemaakt moeten worden.

* Bij een bestuurlijke fusie worden Raden van Bestuur in elkaar geschoven. Bij een juridische fusie worden ook de onderliggende organisatie-onderdelen in elkaar geschoven.

Zorginhoudelijke Veranderingen

Waarop gaan ziekenhuizen vooral de samenwerking aan? Veel samenwerkingsverbanden zijn gericht op de as van inkoop of ondersteunende diensten. Maar het aantal samenwerkingsverbanden dat op de medische as wordt aangegaan is absoluut dominant. Daarmee voltrekt zich op een aantal fronten een verandering in het Nederlandse zorglandschap. Een verandering die soms parallel gaat met bestuurlijke samenwerking in de vorm van fusie of coöperatievorming, maar vaak ook niet. Een verandering die op een aantal plaatsen tot worstelingen leidt, omdat er spanning bestaat tussen kwaliteit, betaalbaarheid en toegankelijkheid van zorg. Juist hier verwachten we de komende jaren daarom ook nog de nodige dynamiek. Het Nederlandse zorglandschap is nog lang niet uitgekristalliseerd.

De bestuurlijke samenwerking op de medische as richt zich vooral op gezamenlijke behandel/diagnosecentra en op gezamenlijke zorginfrastructuren. Daarnaast wordt er ook op andere fronten samengewerkt. Tussen de ziekenhuizen werken de maatschappen van medisch specialisten vaak samen. De samenwerking met anderen dan ziekenhuizen vindt vooral plaats met de 1^e lijn, verpleeg- en verzorgingshuizen en huisartsen. Ook wordt er door ziekenhuizen veel samengewerkt met ZBC's en/of privéklinieken.

40% van de ziekenhuizen heeft gezamenlijk behandel/diagnosecentrum

Op basis van onze enquête en openbare bronnen inventariseren we ruim 20 samenwerkingsverbanden op het gebied van gezamenlijke behandel- of diagnosecentra. Bij die samenwerking zijn ongeveer het dubbele aantal ziekenhuizen betrokken.

Opvallend is dat bij de meeste van deze samenwerkingsverbanden een universitair medisch centrum of een topklinisch ziekenhuis betrokken is. Het lijkt erop of dat dit type samenwerking vooral gericht is op het breed in de periferie kunnen inzetten van topklinische of topreferente infrastructuur en/of kennis.

Gezamenlijke zorginfrastructuur meest voorkomende vorm van samenwerking

Naast samenwerking in behandel/diagnosecentra, vindt er ook in toenemende mate samenwerking plaats door de opzet van gezamenlijke regionale zorginfrastructuren. De enquête laat zien dat oriënterende gesprekken over samenwerking op dit moment het meest daar over gaan. We spreken van gezamenlijke zorginfrastructuur als ziekenhuizen gezamenlijk zorg aanbieden, zonder hun bestuurlijke zelfstandigheid daarbij op te geven en zonder dat hiervoor nieuwbouw wordt gepleegd of per sé een gezamenlijk behandel- of diagnosecentrum wordt ingericht. De simpelste vorm is dat een bepaalde vorm van zorg niet meer op plek A maar louter nog op plek B wordt aangeboden. Uit de enquête en de zoektocht in openbare bronnen blijkt dat dit type samenwerkingsverband veelvuldig voorkomt. Zo veelvuldig dat een grafische weergave, bijvoorbeeld op een kaart, weinig overzicht biedt.

Aan de samenwerking door het opzetten van een gezamenlijke infrastructuur ligt een breed spectrum aan thema's ten grondslag. Landelijk zien we op basis van openbare bronnen voorbeelden van samenwerking rondom thema's als kwaliteit en veiligheid in de regio (bijvoorbeeld stichting Samenwerkende Rijnmond Ziekenhuizen⁶), de opzet van *centres of excellence* (bijvoorbeeld tussen het VUmc en het AMC⁷),

doorstroom vanuit het ziekenhuis naar de rest van de keten (bijvoorbeeld Albert Schweitzerziekenhuis en de Rivas Zorggroep / Beatrixziekenhuis⁸) en zorg dicht bij huis bij complexe interventies (bijvoorbeeld samenwerking tussen het UMC Utrecht, Meander Medisch Centrum en het St. Antonius Ziekenhuis⁹).

Opvallend is dat uit de enquête een specifiek beeld naar voren komt waar het gaat om de reden voor samenwerking in een gezamenlijke zorginfrastructuur. Bijna alle respondenten die aangeven dat ze samenwerken in een gezamenlijke zorginfrastructuur, geven aan dat het thema spreiding en concentratie van acute en complexe zorg leidend hiervoor is. Deze focus ervaren wij ook in onze eigen praktijk. De belangrijkste drijvende krachten hierbij lijken vooral te liggen in de sfeer van (stijgende) volumenormen en (toenemende druk op) doelmatigheid of zelfs dreigend faillissement. Of, om het nog iets scherper te formuleren: op veel gebieden zien we gesprekken over en intenties tot samenwerking maar de snelste resultaten worden geboekt daar waar de kwaliteit in het licht van volumenormen onder druk staat of één van de partners in grote urgente financiële problemen raakt.

⁶ <http://www.stichting-srz.nl/>

⁷ <http://www.vumc.nl/zorg/nieuws/6243033/> Zie ook het interview met de bestuursvoorzitter Mulder en Levi, elders in deze rapportage.

⁸ <http://www.asz.nl/nieuws/nieuwsberichten/2011/10/10671/>

⁹ http://www.antoniusziekenhuis.nl/overstantonius/pers/persberichten/nazorg_stamceltransplantatie

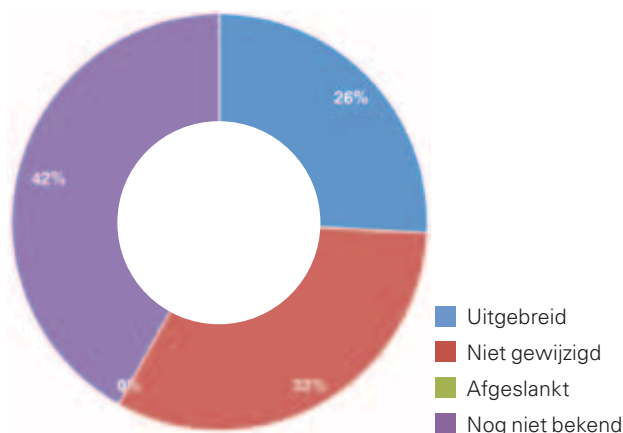
Concentratie van zorg vooral op complexe interventies

Enquêtevraag: Hoe is/wordt de portfolio van het geheel van de samenwerkende ziekenhuizen gewijzigd als gevolg van de bestuurlijke samenwerking(en) ten opzichte van de oude bestuurlijke eenheden?

Als gekeken wordt naar de nieuwe eenheden die ontstaan na fusie of andere bestuurlijke samenwerking, ontstaat het beeld dat er weinig sprake is van concentratie van zorg als gevolg van samenwerking. Een kwart van de respondenten geeft aan dat de portfolio van de gezamenlijke samenwerkingspartners is uitgebreid; niemand dat deze is afgeslankt.

Figuur 5

Wijziging portfolio van samenwerkende ziekenhuizen



Bron: Enquête 2012 KPMG.

Echter, als gekeken wordt naar de dynamiek binnen de nieuwe bestuurlijke eenheid, blijken er wel degelijk wijzigingen in de portfolio - de locatieprofielen van de betrokken samenwerkingspartners - op te treden. We stelden de bestuurders de vraag:

Enquêtevraag: Vindt als gevolg van de bestuurlijke samenwerking(en) concentratie plaats binnen het geheel van de samenwerkende ziekenhuizen, zodat zorg op minder locaties wordt aangeboden? Voor welke onderdelen geldt dit?

In vrijwel alle gevallen waar een gezamenlijke zorginfrastructuur wordt opgezet, leidt dit tot concentratie van zorg. Slechts 4% van de respondenten geeft aan dat dit niet zo is. Daarbij zijn twee hoofdclusters in het type concentratie te onderscheiden:

- Het grootste cluster van concentratiebeweging ligt op de as van de complexe zorg: 20% van de concentraties betreft de oncologische zorg, 19% betreft andere vormen van complexe zorg.
- Een kleiner deel van de concentraties ligt op de as van de acute zorg: 12% van de concentraties betreft de geboortezorg, 10% betreft de SEH en nog eens 10% de concentratie van IC's.

Voor electieve zorg en de inzet van OK's vindt maar in een klein aantal gevallen concentratie plaats (respectievelijk in 6 en 9%).¹⁰

Deze bevindingen zijn in lijn met wat we in onze adviespraktijk zien. Daar waar bestuurlijke samenwerking rondom de medische as aan de orde is, is deze vooral gericht op de vragen rondom concentratie van complexe zorg en concentratie van acute zorg. De ervaring is dat concentratie van complexe zorg vaak makkelijker en sneller te realiseren is

dan concentratie van de acute zorg. De volumennormen van de wetenschappelijke verenigingen worden inmiddels door stakeholders binnen en buiten de ziekenhuizen als leidend gezien. De noodzaak hieraan te voldoen leidt nagenoeg automatisch tot verdere concentratie. Kwaliteit is hier dominant boven bereikbaarheid.

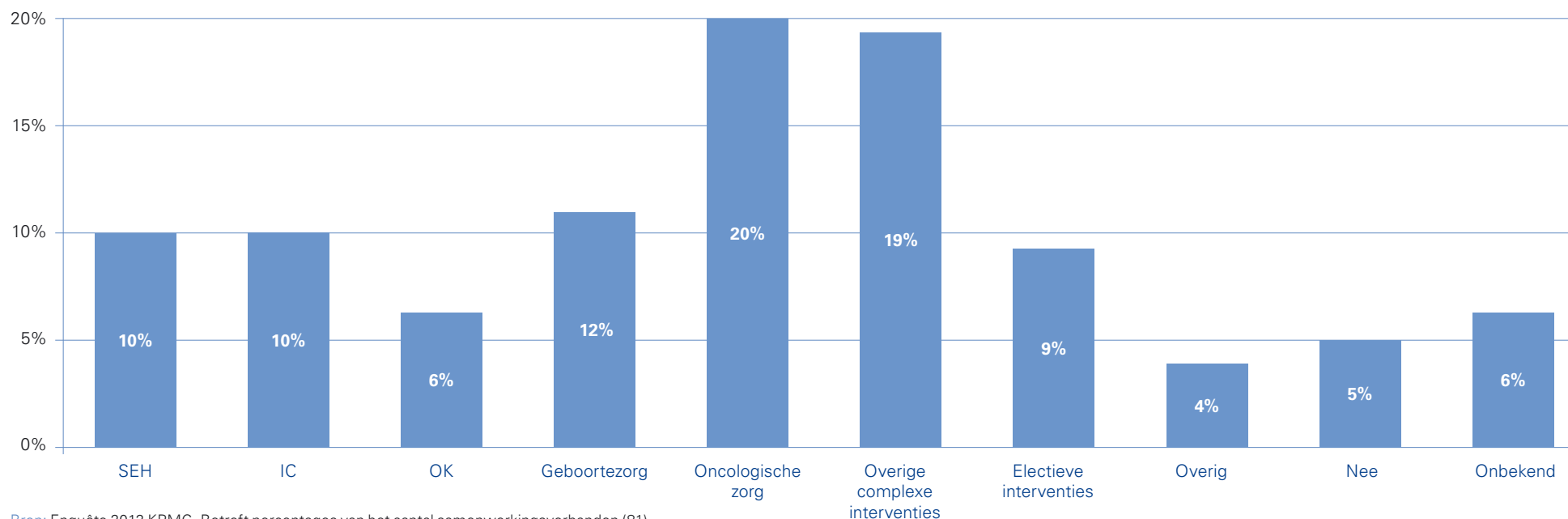
Voor de acute zorg ligt dit duidelijk anders. Er zijn – op dit moment - geen duidelijke kwaliteits- of volumennormen die bepalen hoe de normpraktijk eruit hoort te zien. Richtlijnen voor de ideale infrastructuur zijn of nog in ontwikkeling of –nog- niet door alle partijen als standaard overgenomen. Daarnaast is in de dialoog over concentratie van acute zorg de bereikbaarheid een belangrijk criterium dat regelmatig leidt tot politiek en publiek debat of zelfs actie. Over concentratie van complexe zorg vinden deze debatten niet plaats. Hiermee lijkt een oude 'wet' in de zorg bevestigd te worden dat het makkelijker is om veranderingen tot stand te brengen op het moment dat er duidelijke kwaliteitsargumenten beschikbaar zijn dan als het voornamelijk om kostenreductie draait.

Concentratie van zorg met name in dunbevolkte gebieden

De beweging richting meer concentratie lijkt zich vooral af te spelen in de regio en in relatief dunbevolkte gebieden; veel meer dan -thans zichtbaar- in bijvoorbeeld de Amsterdamse, Rotterdamse of Utrechtse regio. Dokkum, Den Helder, Vlissingen, Oost Groningen, allemaal voorbeelden waar concentratie van zorg een onderwerp van bestuurlijke activiteit is en waar stappen worden gezet. Redenen daarvoor zijn vooral het al dan niet kunnen voldoen aan de volumennormen voor complexe zorg en de financiële situatie van de ziekenhuizen in de dunbevolkte gebieden. Met de invoering van de prestatiebekostiging en de toegenomen eisen aan de

¹⁰ In de bijlage is een lijst opgenomen met de aangeboden zorg per ziekenhuis. Deze lijst zullen we jaarlijks bijhouden om de verandering van locatieprofielen te kunnen volgen.

Figuur 6

Concentratie van zorg als gevolg van de bestuurlijke samenwerking (%)

Bron: Enquête 2012 KPMG. Betreft percentages van het aantal samenwerkingsverbanden (81).

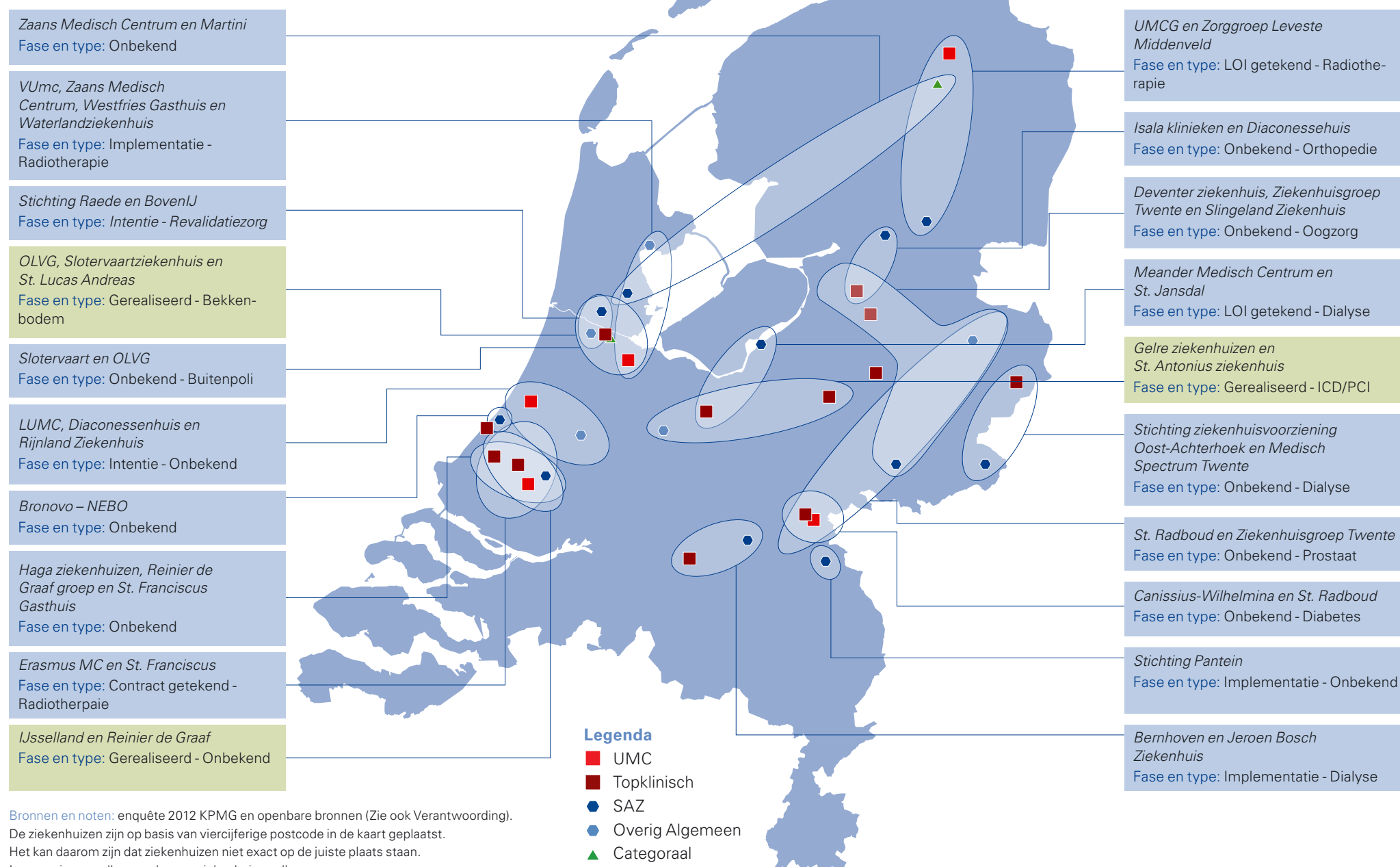
medische infrastructuur (24/7 beschikbaarheid voor acute zorgfuncties) zal die financiële situatie steeds meer onder druk komen te staan. Met name het continueren van de acute zorg vormt daarbij in toenemende mate een dilemma voor de lokale bestuurders en professionals. Zoals aangegeven is er enerzijds de morele en politieke druk om de acute zorg op een hoogwaardig niveau ter beschikking te blijven stellen, anderzijds kannibaliseert de acute zorg op financieel gebied de andere zorg die ook lokaal geleverd moet worden. Een dilemma waar in het nieuwe stelsel nog geen oplossing voor is gevonden.

Een vaak gehoorde redenering luidt dat concentratie van zorg makkelijker tot stand zal komen als een zorgverzekeraar dominant in de regio is. De werkelijkheid lijkt genuanceerder te liggen. We zien immers ook andere regio's, waar sprake is van een dominante zorgverzekeraar, waar vooralsnog veel minder tot stand komt. En we zien regio's met verschillende grote verzekeraars waar wel degelijk serieuze samenwerking van de grond lijkt te komen; denk aan de A12-coöperatie in de regio Den Haag. Het enkele feit dat een verzekeraar domineert in een regio is dus niet bepalend voor het ant-

woord op de vraag of bestuurlijke samenwerking wel of niet tot stand komt.

Figuur 7

Gezamenlijk behandel- en/of diagnosecentrum, 2009-2012



Bronnen en noten: enquête 2012 KPMG en openbare bronnen (Zie ook Verantwoording).
 De ziekenhuizen zijn op basis van viercijferige postcode in de kaart geplaatst.
 Het kan daarom zijn dat ziekenhuizen niet exact op de juiste plaats staan.
 In sommige gevallen overlappen ziekenhuizen elkaar.

Interview Santeon

‘Europese Unie, maar met betere regels’

Douwe Hemrika (voorzitter RvB OLVG en bestuursvoorzitter Santeon) en **Herre Kingma** (voorzitter RvB MST)

Santeon is een samenwerking van zes ziekenhuizen: Canisius Wilhelmina Ziekenhuis, Catharina-ziekenhuis, Martini Ziekenhuis, Medisch Spectrum Twente, Onze Lieve Vrouwe Gasthuis en St. Antonius Ziekenhuis. Ze bundelen de krachten in een coöperatieve vereniging.

Waarom samenwerken in een coöperatieve vereniging?

Kingma: ‘Deze structuur geeft de juiste bestuurbaarheid met de juiste vrijheid. Het ging ons met name om de gezamenlijke strategie en de belangen van de topklinische ziekenhuizen. De totale groep van topklinische ziekenhuizen in STZ-verband is te groot en niet homogeen, de Santeon-ziekenhuizen hebben meer vergelijkbare profielen en kunnen daarmee een aantal zaken gezamenlijk realiseren. Los daarvan zijn toch de doelen en de mensen in de structuur het meest bepalend geweest, ook in de keuze voor de vereniging. Maar er zal een moment komen waarop een herijking aan de orde is. In de samenwerking is sprake van een ontwikkelingsmodel.’

Hemrika: ‘De drijfveer was om zes topklinische ziekenhuizen steviger te positioneren in de markt. Daarbij zijn drie doelstellingen opgesteld. Ten eerste het onderscheiden in Nederlandse ziekenhuismarkt op kwaliteit van zorg: in de markt gezien worden als ziekenhuisketen “waar de kwaliteit van afdruipt”. Ten tweede het sterk profileren op de arbeidsmarkt en ten derde door schaalgrootte efficiency voordelen te halen op het gebied van inkoop en ondersteunende diensten.’

Welke doelstellingen die jullie voor ogen hadden zijn gehaald?

Hemrika: ‘Op het gebied van kwaliteit is het voorlopig erg achter de schermen, maar er zijn wel mooie resultaten. Zo

hebben we gezamenlijke necrologiebesprekingen. Door onderzoek vanuit Santeon is er ook een belangrijke bijdrage geleverd aan de validiteit van de HSMR. Daarnaast werken we ook in de frontlinie mee bij het verder uitbouwen van de CQ-index en willen een voortrekkersfunctie gaan vervullen bij Patient Reported Outcome Measurements (PROMs). Tot slot zijn er op het gebied van arbeidsmarkt verschillende projecten gestart.’

Wat is minder succesvol ?

Kingma: ‘Op het gebied van ICT is samenwerking een brug te ver gebleken. De IT in je eigen ziekenhuis goed en opgelijnd krijgen kost je al bijna je carrière, laat staan als je het in zes tegelijk doet. Dat lukt dan dus niet, dat is wel een teleurstelling waar je ook als groep van moet herstellen. Daarnaast is lastig dat er toch sprake is van verschillende snelheden tussen de ziekenhuizen. Een voorbeeld is de invoer van het systeem voor HRM. Daarmee maakt je soms kosten, waarbij de vraag is of dat ook echt meerwaarde heeft of vooral een investering is in de samenwerking. Dat is niet altijd goed te motiveren.’

Hemrika: ‘Hoe dichter het bij het primaire proces staat, hoe moeilijker het is om de plannen te realiseren. Op het gebied van inkoop voor medische artikelen zijn nog niet heel veel spraakmakende resultaten. Hierop is de grootste besparing te halen, maar het blijkt moeilijk om dit met zes ziekenhuizen te realiseren. Het is een grote opgave om artsen op één lijn te krijgen. Neem het voorbeeld van het samen inkopen van protheses. Dat vraagt ook aanpassing van de operaties in het primaire proces en is daarmee een lastig traject. Ieder houdt graag vast aan zijn eigen werkwijze.’

Wat is de overall conclusie? Wegen de kosten van Santeon op tegen de baten?

Kingma: ‘Deze vraag komt nu te snel, het oordeel is nog niet te vellen. Santeon vraagt veel investering in tijd en geld.



“Deze structuur geeft de juiste bestuurbaarheid met de juiste vrijheid.”

Herre Kingma



***“Hoe dichterbij het primaire proces staat,
hoe moeilijker het is om de plannen te realiseren.”***

Douwe Hemrika

Daarom zul je moeten kiezen tussen twee mogelijkheden: Stoppen omdat de horizon te ver weg ligt of omdat het terugverdienmodel te lang is, óf de samenwerking binnen Santeon is zó belangrijk dat het door moet gaan, dan haal je de horizon naar je toe.’

‘Santeon lijkt wel op de Europese Unie, weliswaar op een totaal andere schaal en belangen, maar er zijn zeker leerpunten. Je kan zo’n verband niet samen aangaan zonder afspraken. Hard acquis: waar kan het niet zonder gedefinieerde afspraken met elkaar, zorg daar voor compliance, maar ook aangeven waar verschillen, eigenheid, de voortgang en samenwerking niet belemmeren.’

Hemrika: ‘De investeringen worden ieder jaar kritisch bekeken. Voor nu is er sprake van een drastische reductie in het aantal Santeonprojecten. Het blijkt toch voortdurend een project van lange adem te zijn. Het blijft wel een uniek concept waar we ons hard voor maken.’

Wat kunnen we van Santeon verwachten in de nabije toekomst? Gaat ook de portfolio wijzigen?

Hemrika: ‘De doelstelling van Santeon liggen veel meer buiten de directe patiëntenzorg. Toch begint ook binnen Santeonverband portfoliokeuze nu aan de orde te komen. Voorheen werd dit niet als belangrijk punt gezien. In de discussie over samenwerking en portfolio liggen er twee lijnen, enerzijds in de regio, maar anderzijds ook landelijk in de keten. Santeon is nu aan het inventariseren welke bijzondere zorg er geleverd wordt in de ziekenhuizen. Dan gaat het echt om landelijke specialisaties en niche-markten zoals zeldzame aandoening aan de botten en traanwegchirurgie.’

Kingma: ‘We moeten ook nationaal, dus buiten onze regio’s, naar elkaar kunnen verwijzen. Dit doen we op dit moment niet, omdat wij denken dat wij en de markt daar nog niet aan toe zijn. Het wordt niet direct begrepen door omgeving en patiënten als wij onderling zouden gaan verwijzen. Daar zijn we in Nederland nog niet aan toe, maar ik zou er zelf geen moeite mee hebben om laag volume en hoogcomplexe ingrepen verregaand op nationale schaal te concentreren.’

Afspraken in de keten worden steeds meer geformaliseerd

Naast samenwerking tussen ziekenhuizen en concentratie van zorg vindt er ook samenwerking met andere zorgpartners plaats. Afspraken in die keten worden steeds meer geformaliseerd. Enerzijds om patiënten meer duidelijkheid te geven over het zorgtraject dat ze doorlopen, anderzijds om patiënten niet onnodig in het ziekenhuis te laten verblijven en de kosten voor de keten in zijn geheel te beperken.

Één vijfde (22%) van het aantal aangegeven samenwerkingsverbanden in de keten betreft financiële of anderszins formele afspraken met huisartsen. Er bestaat samenwerking tussen huisartsenposten en de spoedeisende hulp om kosten te besparen. Ook nemen huisartsen een grotere rol in bij het behandelen van bepaalde chronische ziekten om de instroom aan de 'voorkant' te beperken.

Aan de 'achterkant' wordt in de verticale samenwerking met behandelaren, verpleeg- en verzorgingshuizen en thuiszorg meer vastgelegd. 25% van de samenwerkingsverbanden betreft een formele samenwerking met een verpleeghuis en 15% met een verzorgingshuis.

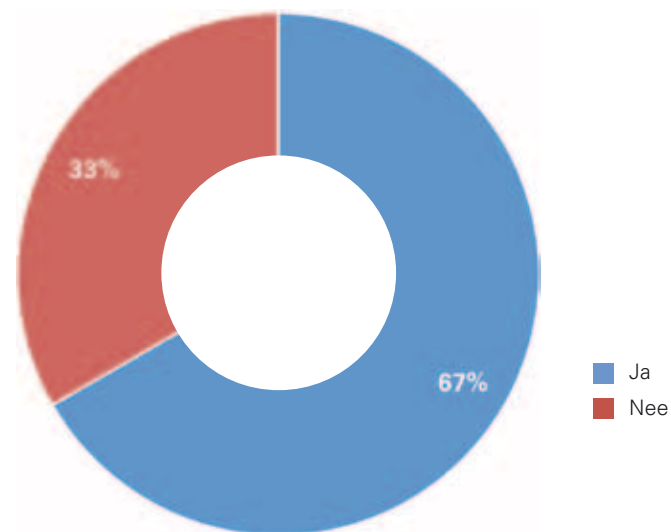
Tweederde van de ziekenhuizen heeft samenwerking op maatschapsniveau

In lijn met de samenwerking tussen ziekenhuizen op het gebied van diagnostiek en behandeling en zorginfrastructuur wordt er tussen de ziekenhuizen ook door de specialisten veel samengewerkt. Tweederde van de deelnemers aan de enquête geeft aan dat het ziekenhuis op maatschapsniveau samenwerkingsverbanden aan gaat met andere ziekenhuizen. Die samenwerking vindt vooral plaats tussen chirurgen

en urologen van verschillende ziekenhuizen. Daarnaast zijn cardiologie, gynaecologie en nefrologie veel gehoorde maatschappen en specialismen waar op ziekenhuisoverschrijdende manier wordt samengewerkt. De praktijk leert overigens ook dat fusiebesprekingen en samenwerkingsverbanden tussen specialismen niet altijd één op één samengaan. Een bestuurlijk samenwerkingsverband garandeert niet dat er ook sprake is van serieuze samenwerking tussen maatschappen. En samenwerking tussen maatschappen betekent niet per sé dat ook de besturen toenadering zoeken.

Figuur 8

Ziekenhuizen waarbij maatschappen ziekenhuisoverschrijdend zijn georganiseerd (%)



Bron: Enquête 2012 KPMG.

Samenwerken? Vergeet de fiscus niet

Inherent aan samenwerking is dat partijen rechtsbetrekkingen met elkaar aangaan. Uit de onderlinge rechtsbetrekkingen en de eventuele rechtsbetrekkingen met een samenwerkingsverband, vloeien handelingen voort. Deze zogenaamde handelingen kunnen btw-belastbaar zijn.

De btw-gevolgen van samenwerking zijn afhankelijk van de gekozen samenwerkingsvorm. Samenwerking zal in de regel impliceren dat btw-belastbare prestaties plaatsvinden tussen de samenwerkende deelnemers. Ook is het mogelijk dat een samenwerkingsverband zelf een afzonderlijke, van de deelnemers te onderscheiden, ondernemer voor de btw is. In dat geval kunnen de deelnemers btw-belastbare prestaties aan elkaar verrichten, maar ook jegens het samenwerkingsverband. Te denken valt aan detachering, de terbeschikkingstelling van ruimten en apparatuur, inbreng van vermogensbestanddelen, het verrichten van onderzoek, enzovoort. Aan een kostendoorbelasting kan eventueel een btw-belastbare handeling ten grondslag liggen.

Een gouden tip?

Bij samenwerking tussen ziekenhuizen zal btw-heffing tussen de verschillende deelnemers, dan wel tussen deelnemers enerzijds en een eventueel afzonderlijk samenwerkingsverband anderzijds, in het algemeen niet gewenst zijn. De deelnemers zullen namelijk in het algemeen geen of slechts een beperkt recht op aftrek van voorbelasting hebben, zodat eventuele btw een kostenpost vormt. De vraag rijst dan, of btw-heffing beperkt kan worden. Hier toe kent het btw-systeem enkele instrumenten, waarvan

wij – zonder uitputtend te willen zijn – de volgende met name willen noemen:

- toepassing btw-vrijstellingen, bijvoorbeeld voor medische diensten of onderwijs of de koepelvrijstelling;
- vorming van een fiscale eenheid btw;
- toepassing van het leerstuk van 'kosten voor gemene rekening';
- schriftelijk beleid van de Staatssecretaris dat toestaat dat duurzame detachering vrij van btw kan plaatsvinden;
- een goedkeuring die btw-heffing in het vooruitzicht van een fusie voorkomt.

Deze instrumenten hebben elk een andere achtergrond en kennen elk hun eigen toepassingsbereik. Per situatie zal moeten worden nagegaan of een instrument past bij hetgeen deelnemers onderling en/of met het samenwerkingsverband zijn overeengekomen en willen bereiken. Ook zijn aan elk instrument specifieke formele en inhoudelijke voorwaarden verbonden. In elk geval geldt, dat de deelnemers in veel gevallen invloed kunnen uitoefenen op het al dan niet btw-belast zijn van diverse handelingen. Gezien de voorwaarden voor toepassing, zal het van groot belang zijn om in een zo vroeg mogelijk stadium aandacht te besteden aan een correcte en volledige implementatie van het gekozen instrument. Dit geldt des te meer, daar sinds enige tijd aan de zijde van de Belastingdienst een groeiende aandacht voor de btw-aspecten bij samenwerking te onderkennen valt.

Naast de btw-belastbaarheid van handelingen tussen deelnemers onderling en jegens een samenwerkingsverband, is het van belang om na te gaan in hoeverre betrokkenen recht op aftrek van voorbelasting hebben. Btw-heffing zou bij iedere voorgenomen samenwerking hoog op de agenda moeten staan, zodat de deelnemers zich bewust zijn van de risico's en er nog kansen zijn om de btw-druk te voorkomen of tot een minimum te beperken: een gewaarschuwd mens...

Opvallende Zaken

Beweegredenen

Niet alleen wie het met wie doet en welke vorm dit heeft is interessant. Ook de beweegredenen voor samenwerking zijn interessant. Wat wordt met de samenwerking beoogd, wat zijn de belangrijkste kenmerken en invloedsfactoren op het proces en vooral ook wat is uiteindelijk het effect van al die bewegingen?

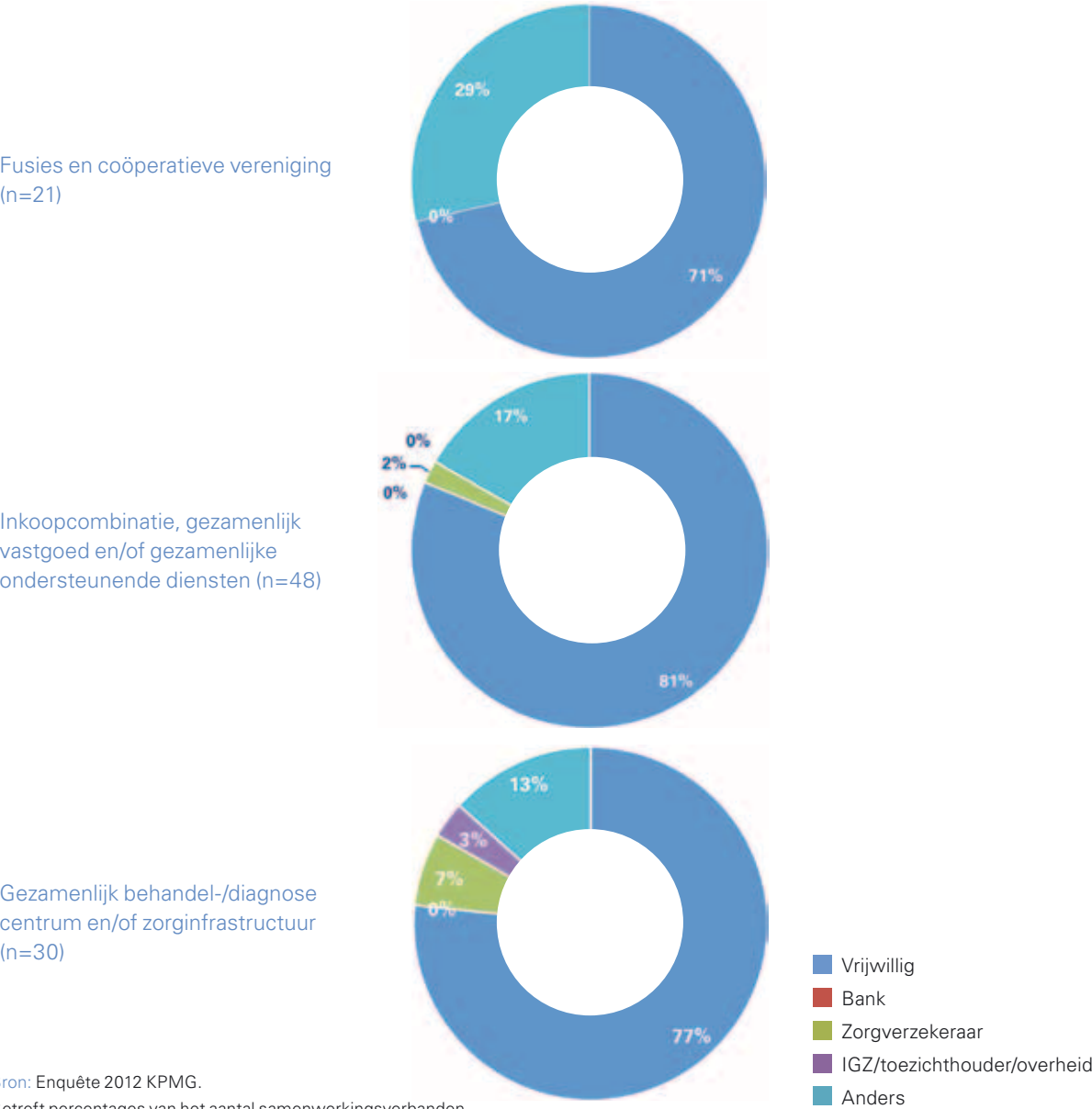
Samenwerkingsverbanden worden vooral uit eigen beweging aangegaan

Samenwerkingsverbanden in Nederland worden vooral aangegaan uit eigen beweging, aldus de respondenten in onze enquête. Druk van de zorgverzekeraar, financiers, IGZ of overheid speelt hierbij vrijwel geen rol, volgens de bestuurders die de vragenlijst invulden.

Samenwerking om te voldoen aan de ontwikkeling op het gebied van volumenormenten en kwaliteitseisen wordt niet altijd gezien als een vrijwillige keuze. Bij ‘andere redenen’, wordt bij fusies vooral verwezen naar het versterken van de positie van het ziekenhuis: *‘duurzaam voldoen aan volumenormenten en kwaliteitseisen van complexe zorg’*. Ook het behoud van marktpositie en financiële veiligheid zijn belangrijke beweegredenen voor fusie: *‘specialisatie en spreiding alleen (financieel) veilig mogelijk binnen fusie’*, *‘op verzoek van andere ziekenhuizen’* en *‘alleen te kwetsbaar’* zijn redenen die hier werden genoemd.

Bij het gezamenlijk inkopen en het houden van gedeelde ondersteunende diensten worden efficiencywinsten en gemeenschappelijke visie als basis voor het samenwerkingsverband, opgevoerd.

Figuur 9
Redenen om over te gaan tot samenwerking



Bron: Enquête 2012 KPMG.
Betreft percentages van het aantal samenwerkingsverbanden.

Bij het delen van diagnose- en behandelcentra en het opzetten van een gemeenschappelijke zorginfrastructuur zijn kwaliteitseisen, spreiding en concentratie veel gehoorde argumenten voor samenwerking.

Verhogen kwaliteit is belangrijkste doelstelling van samenwerking

Enquêtevraag: Wat zijn/waren de belangrijkste twee doelstellingen van de (beoogde) bestuurlijke samenwerking(en)?

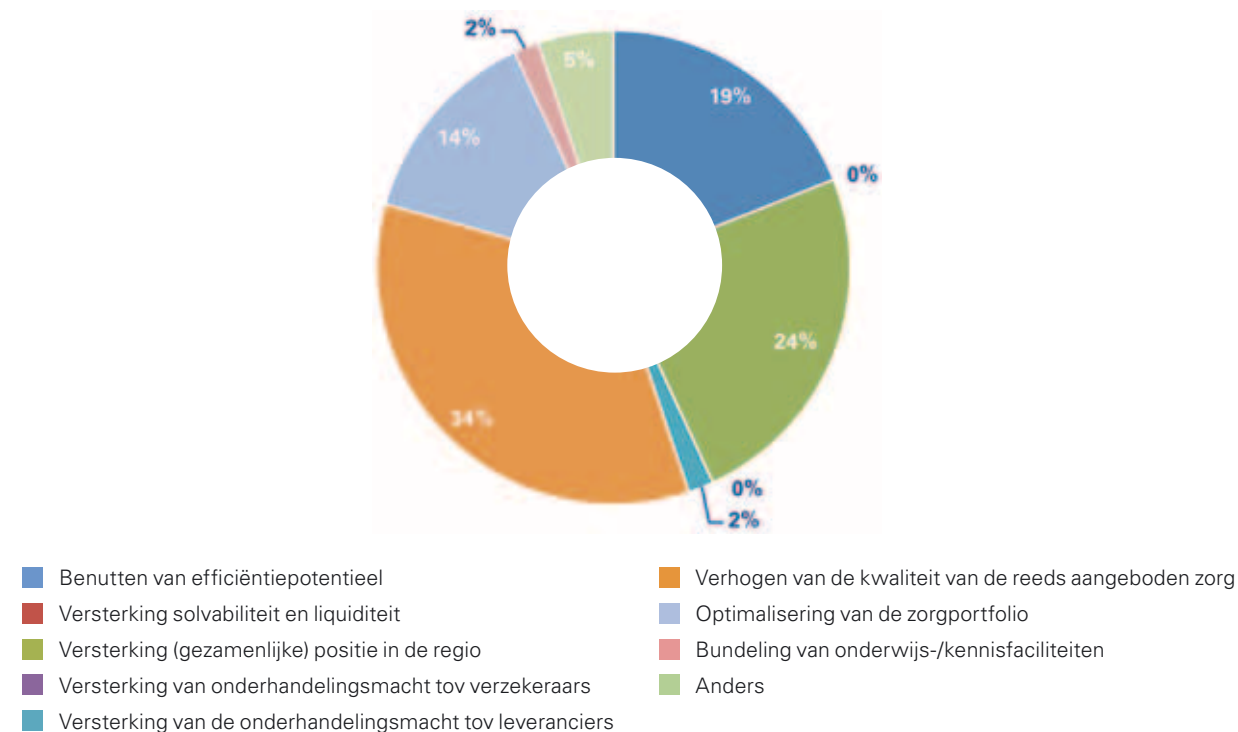
De belangrijkste reden waarom ziekenhuizen samenwerken is het verhogen van de kwaliteit van de aangeboden zorg. Daarnaast is ook het versterken van de positie in de regio belangrijk, 31 respondenten gaven bij de vraag naar de doelstelling van samenwerking hun twee belangrijkste redenen op. Voor ruim een derde is dat het verhogen van de kwaliteit van zorg. Als tweede volgt met 24% de versterking van de (gezamenlijke) positie in de regio.

Opvallend, zeker gelet op de veranderingen in het stelsel, is dat het versterken van de onderhandelingsmacht ten opzichte van de verzekeraars niet als doelstelling voor samenwerking wordt genoemd. Dit wordt in 0% van de gevallen genoemd. Ook de versterking van de onderhandelingsmacht ten opzichte van leveranciers (2%) wordt bijna niet genoemd.

Als 'andere' reden wordt genoemd, het delen van een gemeenschappelijke visie en/of strategie.

Figuur 10

Belangrijkste doelstellingen voor de (beoogde) bestuurlijke samenwerking



Bron: enquête 2012 KPMG. Respondenten konden meerdere antwoorden aangeven; in totaal zijn er 58 redenen opgegeven.

Interview VUmc en AMC

‘Niet onmiddellijk denken aan reducties in portfolio’

Elmer Mulder (voorzitter RvB VUmc) en **Marcel Levi** (voorzitter RvB AMC)

Sinds februari 2011 zijn de raden van bestuur van het Academisch Medisch Centrum (AMC) en VU medisch centrum (VUmc) met elkaar in gesprek over de mogelijkheden voor een intensievere samenwerking. Er ligt een visiedocument met bijbehorende intentieverklaring waarin drie doelstellingen worden nagestreefd. Ten eerste het creëren van centers of excellence, ten tweede het verhogen kwaliteit, toegankelijkheid en doelmatigheid van hoogcomplex/laagvolume zorg en ten derde de intensivering van de coördinatie en regie van de acute zorg.

Hoe specifiek zijn jullie bij de start van de samenwerking geweest in de communicatie, zowel naar de buitenwereld als naar jullie eigen mensen toe, over het te bereiken eindplaatje?

‘Eigenlijk niet’, aldus Mulder. ‘We hadden het eindplaatje ook niet in gedachten. We werkten samen, bijvoorbeeld op neurochirurgie en kindergeneeskunde, maar er was geen stip op de horizon. Daar is het ook mee begonnen, we vroegen ons af of we geen kader moesten maken, een visie om grip te krijgen op het proces en hoe je elkaar compenseert.’

Mensen kunnen zich ook bedreigd voelen door veranderingen; had men geen behoefte aan zekerheid over het eindperspectief?

‘Ja, je slaat de spijker wel op zijn kop. Zodra we echt op de inhoud kwamen riepen professionals meteen ‘waar gaat dat naartoe? Naar een fusie?’ We merkten dat we parallel aan inhoud de richting moesten communiceren.’ Levi vult aan: ‘We hebben wel gezegd wat het niet zou worden. De ziekenhuizen zouden niet volledig in elkaar opgaan. We willen ongeveer uitkomen op het aanbieden van zo’n 30% tot 40% van de zorg in gezamenlijkheid.’

In hoeverre gaat de samenwerking goed door de relatie die jullie als bestuurders met elkaar hebben?

‘Er is natuurlijk een klik’, zegt Levi. ‘We zitten ongelooflijk vaak met elkaar samen en als je dan steeds denkt ‘ik moet weer met die kerel aan tafel’, dan werkt het natuurlijk niet. Maar het is heel nadrukkelijk én-én. De klik van de professionals van de twee ziekenhuizen, waarbij het echt hand in hand gaat, met de blik vooruit én de gezamenlijkheid van de bestuurders.’ Volgens Mulder moet je ook laten zien dat je ervoor gaat. ‘Het is belangrijk om zichtbaar te zijn als bestuurder in een groot traject als dit. Het is niet weer ‘het zoveelste project’ dat we optuigen. We geloven erin en staan daar ook voor, zowel intern als naar buiten toe.’

Zijn jullie bezorgd over de rol van de NMa? En in welk stadium betrek je ze?

Levi: ‘Het zit constant in je hoofd, van ‘dat moet ook’. Maar het past helmaal niet in ons denken. Wij denken na over de inhoud, daar past het denken over marktwerking helemaal niet in. Je denkt dan al snel: “Waar bemoeit de NMa zich mee?” Het is lastig, maar wel de realiteit.’ Mulder vult aan dat de ziekenhuizen er zorgvuldig mee om gaan en iedere stap weer laten toetsen. ‘Zo zijn we er preventief mee bezig.’

Bij ziekenhuizen die samen gaan, gaat het vaak om kleinere ziekenhuizen of om ziekenhuizen die alleen moeite hebben te overleven. Bij jullie is dat niet zo; twee grote gezonde ziekenhuizen. Hoe logisch is het dat die een verregaande samenwerking aangaan?

‘Het is een kwaliteitsissue en een ambitie-issue’ vertelt Mulder, ‘niet alleen in Nederland, maar ook in Europa en de wereld. Er komt niet méér geld. Je wilt dan de nadruk leggen op je kracht en in gezamenlijkheid wordt die meer. Daarbij helpt een Calimero-effect niet. We zijn twee vitale clubs en we gaan de aangeboden zorg naar een nog hoger



“Ambitie in Nederland, Europa en de wereld.”

Elmer Mulder

niveau tillen. Daarmee kunnen we op internationaal niveau opereren.’ ‘Het gaat om hoog complex, laag volumezorg die we op topkwaliteit aanbieden, we zijn daarin een wereldpartij.’ zegt Levi. ‘Die 30 á 40% daar zit overigens ook andere zorg bij. Hoog complex, laag volumezorg is de insteek, maar er zit altijd een sliert aan vast. Heb je het over leukemie, dan zit daar ook wel eens een longontsteking aan vast, dat hoort erbij.’

Hebben jullie het ook gehad over zorg die je niet meer gaat aanbieden, of portfoliowijzigingen? We kennen natuurlijk allemaal de SEH-discussies in Amsterdam.

Mulder: ‘Dat is niet aan de orde. We houden beide een goede rompstructuur. Waar wij over praten is de pieken die daarop komen, over die inhoud. Wat wel wennen is, is dat de functies vloeiender worden, mensen schuiven tussen ziekenhuizen.’ Levi vult aan: ‘We hebben ook een wetelijke functie als traumacentrum, dat is geen onderwerp van gesprek. We zijn met één centrum begonnen en juist uitgebreid naar twee om het minder kwetsbaar te maken.

Overigens als je naar het aantal inwoners kijkt zou je zelfs naar drie kunnen, al zijn we dat niet van plan hoor.'

Welke rol speelt de verzekeraar?

'Een hele grote rol,' aldus Levi. 'De regierol is misschien wel een groot woord, maar als het over inhoud gaat wil je de verzekeraar op een gegeven moment wel aan tafel hebben. De richting die je op wilt, moet je wel kunnen verenigen

met een stelsel waarin de verzekeraar verantwoordelijkheid heeft. Wat je daar ook van vindt, ze spelen een cruciale rol bij de concretisering van de plannen.'

Waarop kan de samenwerking stuk lopen?

Volgens Mulder is vooral de beheersbaarheid spannend: 'Hoe haal je de toegevoegde waarde eruit?' Levi zegt dat het belangrijk is ook dat er niet gedacht wordt: ' "Mooi het VUmc en het AMC zijn samen, er zijn 8 UMC's en we kunnen nu alles door 7 gaan delen." Zo zit het niet in elkaar. We moeten niet onmiddellijk denken aan reducties in portfolio.'

Als je over 10 tot 20 jaar terug kijkt en het blijkt een groot succes te zijn geworden waar heb je dan het succes aan te danken?

'Aan het verantwoordelijkheidsgevoel dat we getoond hebben, door naar de toekomst te kijken en onze nek uit te steken', aldus Mulder. 'En vertrouwen' zegt Levi. 'We menen het, we willen echt iets goeds bereiken. En als mensen zien hoe dat werk, dan worden ze vanzelf enthousiast.'



***"Wij denken na over de inhoud,
daar past het denken over marktwerking
helemaal niet in."***

Marcel Levi

Samenwerking op de bedrijfsvoering

In de vragenlijst onder bestuurders hebben we de mate waarin ziekenhuizen bestuurlijk samenwerken op ondersteuning van primaire processen gepeild. Het aantal samenwerkingen is groot, zij het niet zo groot als het aantal samenwerkingen dat vanuit de medische inhoud wordt aangegaan.

Ziekenhuizen weten elkaar te vinden voor gezamenlijke inkoop

De inkoopcombinatie is een populaire vorm van samenwerking tussen de ziekenhuizen, zie ook de kaart hierover. In tegenstelling tot fusies, zien we dat inkoopcombinaties veel minder regionaal gebonden zijn. In een aantal gevallen zijn ze zelfs als een lint over het land verspreid. Blijkbaar vinden ziekenhuizen elkaar op andere gronden dan directe nabijheid om gezamenlijk inkoop te plegen. Naast inhoudelijke en juridische verschillen, is een ander verschil de mate van participatie: inkoopcombinaties bestaan in een aantal gevallen uit een groot aantal ziekenhuizen. Denk bijvoorbeeld aan de InkoopAlliantie Ziekenhuizen (IAZ, twaalf leden, opgericht in 2009) en de inkoopcombinatie die de universitair medisch centra met elkaar aangaan. Drie ziekenhuizen (Elkerliek, Slingeland en inmiddels ook Zorggroep Noorderboog) hebben aansluiting gezocht bij een Duitse inkoopcombinatie, Clinicpartners eG. Inkoopcombinaties richten zich typisch op facilitaire producten en diensten en medische hulpmiddelen.

Overigens gaf in onze enquête maar een zeer beperkt aantal bestuurders ‘versterking van onderhandelingsmacht richting leveranciers’ aan als een belangrijke doelstelling van bestuurlijke samenwerking.

Veel samenwerking op laboratoria, weinig op IT

Twintig ziekenhuizen - de helft van de respondenten die de vragenlijst heeft ingevuld – werken samen of gaan een bestuurlijke samenwerking aan op het gebied van ondersteunende diensten. Deze twintig ziekenhuizen hebben onderling 30 samenwerkingsverbanden op dit vlak. In meer dan de helft van de genoemde samenwerkingsverbanden gaat het om gezamenlijke laboratoria. Op het gebied van gezamenlijke IT¹¹ wordt er weinig samengewerkt. We hebben opvallend genoeg geen indicaties dat ziekenhuizen gezamenlijk een shared services centre opzetten.

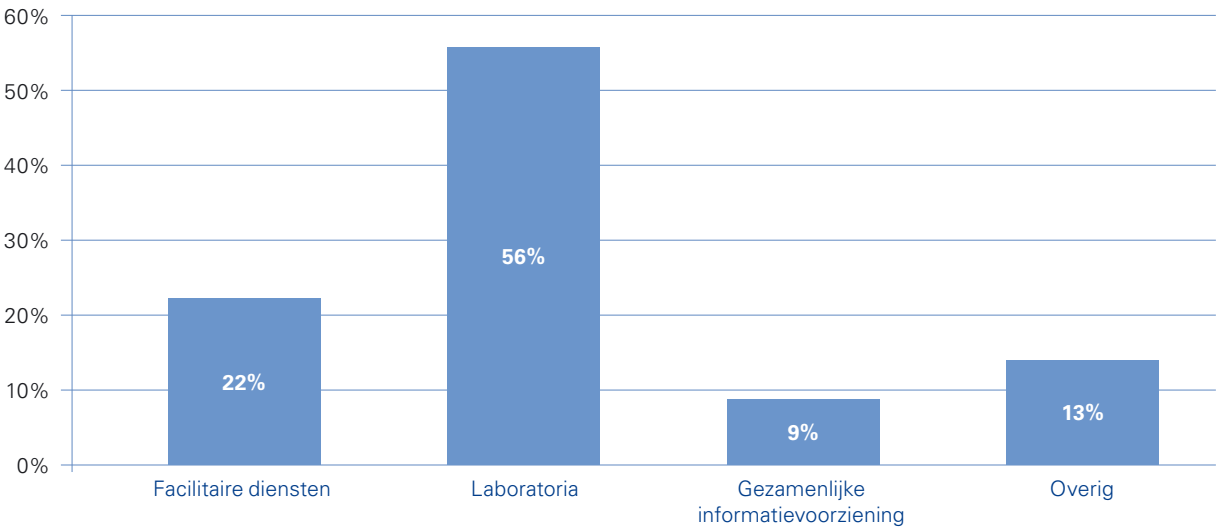
Gezamenlijke nieuwbouw wordt op beperkte schaal uitgevoerd

Op basis van de enquête is er een beperkt aantal ziekenhuizen bezig om gezamenlijk nieuwbouw te plegen. Het gaat daarbij vaak om samenwerking op een onderdeel van de nieuwbouw, bijvoorbeeld een gezamenlijk laboratorium of een radiotherapeutisch centrum.

Twee ziekenhuizen zijn gezamenlijk aan het nadenken over nieuwbouw, maar hebben aangegeven dit nog niet bekend te willen maken.

Figuur 11

Aangegeven type samenwerking op ondersteunende diensten



Bron: enquête 2012 KPMG. Betreft percentages van het aantal samenwerkingsverbanden (38).

¹¹ Gezamenlijke informatievoorziening ten behoeve van zorglogistiek/-planning, alsmede uitwisseling patiëntgerelateerde gegevens.

Figuur 12

Inkoopcombinaties, 2009-2012

Kernpunten ter inspiratie voor samenwerken in IT

- Samenwerking tussen ziekenhuizen met gelijksoortige ambitie, biedt meer mogelijkheden. Dat kan enerzijds zijn in de regio, waarbij zowel de voor- als de achterkant kunnen samenwerken. Dat betekent harmonisatie van processen en werkwijze en in sommige gevallen concentratie aan de achterkant, ondersteund door een gezamenlijke informatievoorziening op meerdere locaties. Anderzijds is gezamenlijkheid in ambitie voor kwaliteit (bv. topklinische samenwerking binnen Santeon) ook een goed startpunt voor samenwerking.
- Ontwikkel de visie op samenwerking en IT samen met de medisch specialisten en de medewerkers op de werkvloer. De IT moet immers ondersteunend zijn aan het primaire proces en haar gebruikers, daarnaast is draagvlak noodzakelijk voor wijziging.
- Zorg bij samenwerkingsprojecten in de IT voor single point responsibility met executive power. Dat betekent dat bestuurders hiervoor soms 'over hun eigen schaduw heen moeten springen'. De toplaag moet het écht willen en daarbij hoort het opgeven van een deel van de autonomie.
- Het opstellen en uitvoeren van een IT-roadmap, een gedetailleerd stappenplan, vergt veel resources; een gedegen projectplanning met realistische inschattingen van intern en externe verantwoordelijkheden helpt verrassingen tijdens het project te voorkomen.
- Bij IT gaat de kost voor de baat uit; investeringen in IT zijn veelal noodzakelijk zijn om (gezamenlijke) besparingen te gaan realiseren. Daarnaast kunnen besparingen uit diverse gezamenlijke inkooptrajecten echter bijdragen aan voor de bekostiging van investeringen in IT.

Deze tekst is deels ontleend aan het boek 'IT in de zorg, KPMG 2011', door Jan de Boer en Stan Aldenhoven.

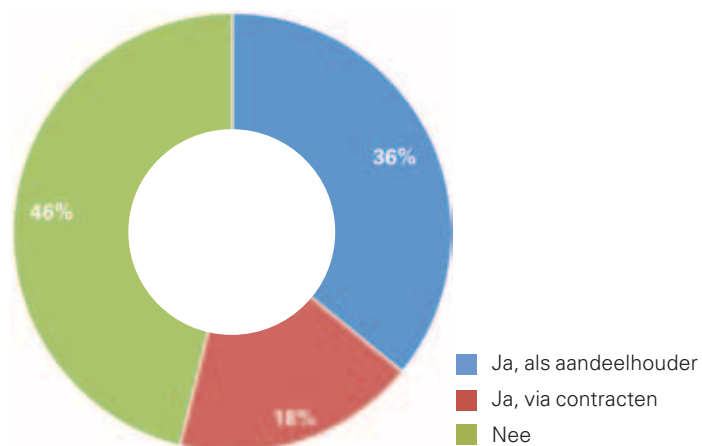
36% van de ziekenhuizen participeert in ZBC's

Ruim de helft (54%) van de respondenten geeft aan samen te werken met een zelfstandig behandelcentrum of een privékliniek. Wat opvalt is dat twee keer zoveel ziekenhuizen dit doen via een aandelenconstructie (36%-punt) dan via contracten (18%-punt). Daarmee zijn ZBC's in de praktijk dus lang niet altijd concurrent, maar juist ook het commerciële verlengstuk van de ziekenhuizen.

Ook uit eerder onderzoek bleek al een stevige samenwerking tussen ziekenhuizen en ZBC's. Boer & Croon constateerde dat 76% van de ZBC's samenwerkt met een algemeen ziekenhuis en 36% met een academisch ziekenhuis.¹²

Figuur 13

Samenwerking ziekenhuizen met ZBC en/of privékliniek



Bron: Enquête 2012 KPMG

ZBC met UMC: Alant Vrouw geeft het voorbeeld

Alant Vrouw is 10 jaar geleden van start gegaan als eerste echte joint-venture in de zorg tussen een private organisatie (Alant Medical) en een 'publieke' organisatie (het UMCU). De meerwaarde lag in het feit dat het UMCU bezig was met het 'Durven Kiezen' traject waarin gekeken werd naar de eigen portfolio en Alant een organisatieconcept ontwikkeld had voor laagcomplexere hoogvolume zorg. Beide partners hebben risico-dragend geïnvesteerd, Alant voor 70%, UMCU voor 30%. Binnen de samenwerking heeft het UMCU een veto over zorginhoudelijke zaken en is Alant verantwoordelijk voor de organisatie en marketing. Na een lastige aanloop is Alant Vrouw inmiddels een succes. Zo is er nu ook een tweede vestiging in Amsterdam, in samenwerking met het AMC en het VUmc. Op deze twee locaties zien de klinieken ruim 7000 vrouwen met bekkenbodemplachten per jaar. Voor de UMC's is Alant de 'voorpoortakliniek' leidend tot zo'n 500-600 top-referente doorverwijzingen, meer dan een vertienvoudiging ten opzichte van de start.

Jaap Maljers, medeoprichter van Alant vertelt dat Alant de enige ZBC is met een officiële opleidingsbevoegdheid: 'recentelijk heeft de 100ste wetenschappelijke publicatie het licht gezien. Dit is mede het resultaat van de systematische en uniforme manier van werken in teams. Onlangs

zijn in zowel Amsterdam als in Utrecht de leidende gynaecologen op basis van hun werkzaamheden bij Alant tot hoogleraar benoemd. Ook hebben alle drie de UMC's besloten om de samenwerking drastisch uit te breiden en daarmee bijna alle niet-oncologische gynaecologie in de joint venture onder te brengen. Een ware kroon op de samenwerking!

In 2009 is Alant ondergebracht bij het grotere Bergman Clinics en wordt omgedoopt tot Bergman Vrouwenzorg. Ook op andere gebieden, zoals de oncologie en de cardiovasculaire zorg worden samenwerkingsverbanden opgetuigd met de UMC's, het Alant samenwerkingsmodel is de blauwdruk in deze.

'Het succes van Alant is te danken aan het feit dat twee complementaire partners elkaar de ruimte hebben gegeven om met respect voor ieders sterkten en zwakten samen te werken. Een Privaat-Publiek Partnership ultima forma!', aldus Maljers.

¹² Boer & Croon, Zelfstandige Behandel Centra; Kwaliteit van zorg, efficiëntie en innovatiekracht, februari 2011.

Externe invloed

Banken en verzekeraars hebben geen leidende rol

Enquêtevraag: Op welke manier zijn banken/verzekeraars betrokken bij de (intentie tot) samenwerking?

Zowel banken als verzekeraars spelen een marginale rol bij de samenwerkingsverbanden volgens degenen die de enquête invulden. Nooit zijn ze leidend bij het aangaan van samenwerkingen. Slechts bij één fusie was er goedkeuring van een bank nodig, aldus onze respondenten, en bij één samenwerking op het gebied van zorginfrastructuur was goedkeuring nodig van de verzekeraar.

Wel zijn de zorgverzekeraars intensiever betrokken bij samenwerkingsverbanden dan de banken. In bijna de helft

van de samenwerkingsverbanden (44%) gaven respondenten aan dat de bank niet betrokken is. Bij zorgverzekeraars is dat maar een kwart (26%). De actieve rol van de zorgverzekeraar blijkt ook uit het gegeven dat er vaker sprake is van gezamenlijk overleg (14%) dan bij de banken (1%). Daarnaast wordt de bank in 54% van de gevallen op de hoogte gesteld van (de intentie tot) samenwerking; bij de zorgverzekeraar is dit 59%.

Uiteindelijk draait het natuurlijk ook om specifieke omstandigheden waarbij het meer of minder logisch is dat bank of verzekeraar mee draait in de besprekingen. Zo zijn banken al snel een actieve partner als vastgoedfinanciering een issue is. Luvic Janssen (CFO Orbis) vertelt daarover:

‘De banken sturen actief mee. Tijdens de crisis hebben we om tafel gezeten met alle stakeholders. De banken zijn

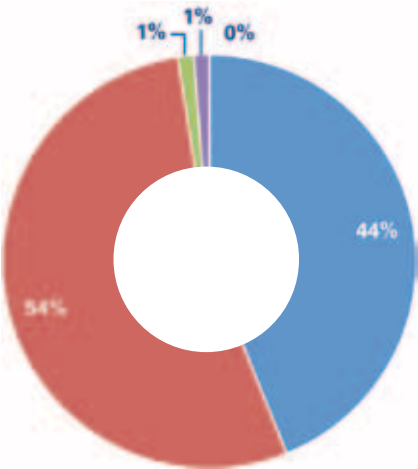
geïnteresseerd in het commitment van de zorgverzekeraar op lange termijn.’

En zo is het ook logisch dat verzekeraars mee praten als samenwerkende partijen zeker willen zijn dat hun visie op zorgverlening in de regio mede gesteund wordt door de verzekeraar. Marcel Levi (RvB AMC) vertelt daarover:

‘Verzekeraars spelen een hele grote rol’ aldus Levi. ‘De regierol is misschien wel een groot woord, maar als het over inhoud gaat wil je de verzekeraar op een gegeven moment wel aan tafel hebben. De richting die je op wilt moet je wel kunnen verenigen met een stelsel waarin de verzekeraar verantwoordelijkheid heeft. Wat je daar ook van vindt, ze spelen een cruciale rol bij de concretisering van de plannen.’

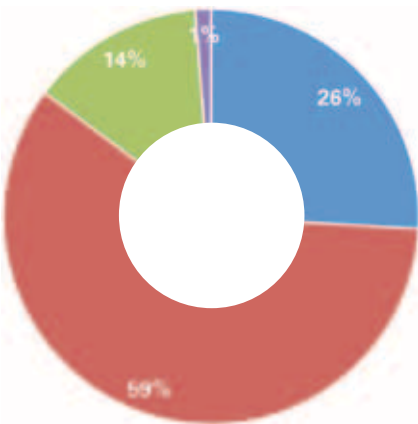
Figuur 14

Mate waarin de banken betrokken zijn bij de bestuurlijke samenwerking



Figuur 15

Mate waarin de verzekeraars betrokken zijn bij de bestuurlijke samenwerking



- In het geheel niet
- Op de hoogte
- In gezamenlijk overleg
- Goedkeuring nodig
- Leidend

Bron: Enquête KPMG. Het betreft procenten van het aantal opgegeven samenwerkingsverbanden (n=83).

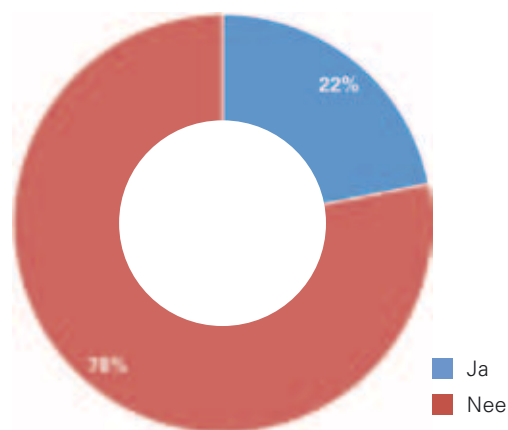
NMa & NZa zijn onzekere factor

In de enquête wordt door 78% van de ondervraagden aangegeven dat de NZa en/of NMa geen belemmering is voor de beoogde samenwerking. Wanneer we inzoomen op de verschillende vormen van samenwerking, zien we dat vooral bij de fusie en de gezamenlijke zorginfrastructuur (respectievelijk 40% en 42%), de onzekere factor het hoogst is.

In de interviews met Henk Don (NMa, lid van de Raad van Bestuur) en Theo Langejan (NZa, voorzitter van de Raad van Bestuur), leggen we ze deze cijfers voor – zie op de volgende pagina's.

Figuur 16

Is/was de NMa/NZa een belemmering voor de (beoogde) samenwerking? (%)

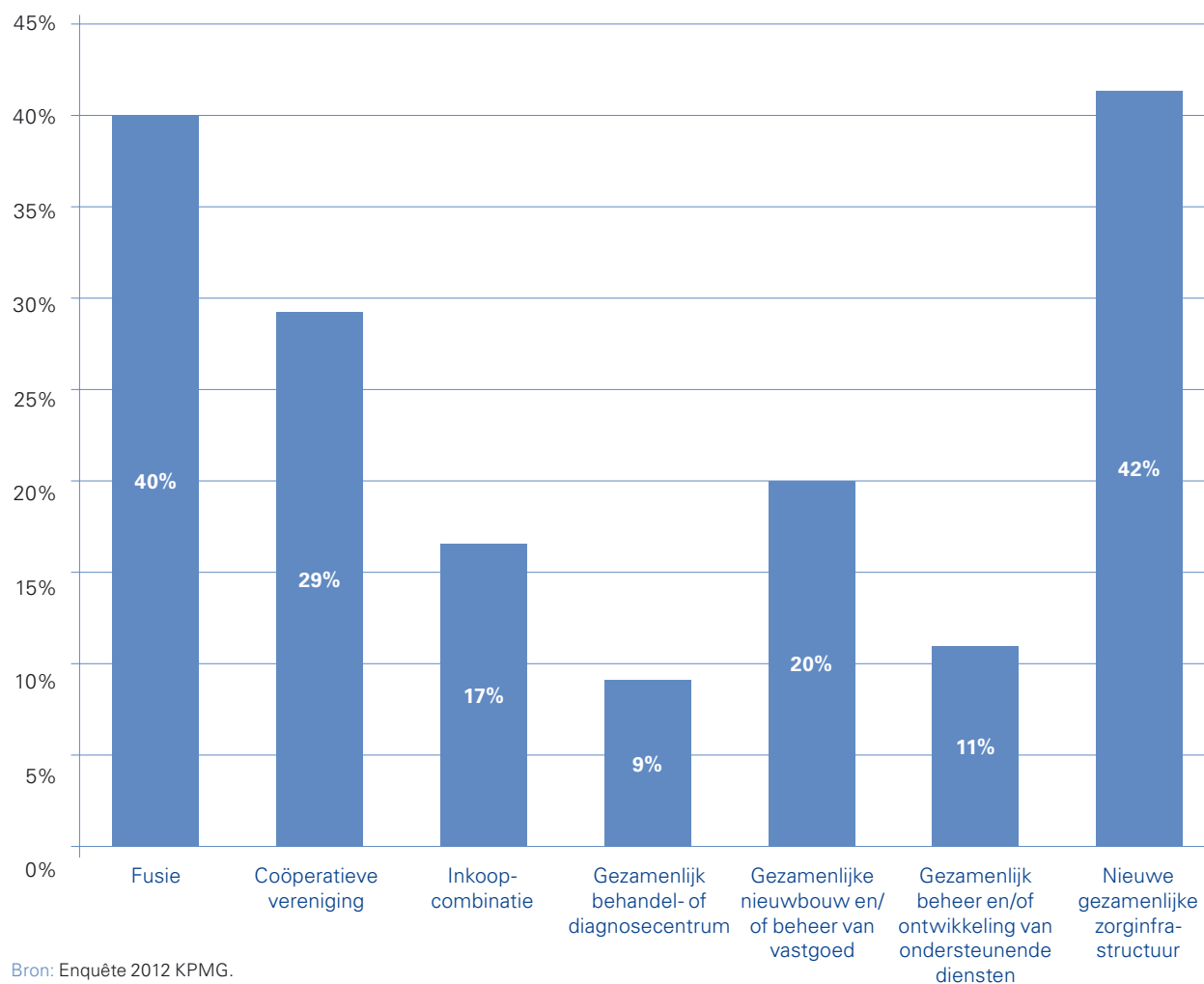


Bron: Enquête 2012 KPMG.

Figuur 17

Is/was de NMa/NZa een belemmering voor de (beoogde) samenwerking?

(%, per type bestuurlijke samenwerking)



Bron: Enquête 2012 KPMG.

Interview NMa & NZa

‘Belemmerende factor heeft functie’

Henk Don (lid RvB Nederlandse Mededingingsautoriteit) en **Theo Langejan** (voorzitter RvB Nederlandse Zorgautoriteit)

De NMa wordt in de enquêteresultaten in ruim 20% van de gevallen genoemd als belemmerende factor voor samenwerking. Ziet u dit als problematisch, of als een teken dat de NMa haar werk goed doet?

‘Het hangt ervan af in welke categorieën dit relevant is’, aldus Don. ‘Er kan veel samen worden gewerkt binnen de kaders van de Mededingingswet, bijvoorbeeld in het kader van kwaliteitsprotocollen, overdracht van patiënten, nascholing, intercollegiale toetsing etc. Alleen daar waar een samenwerking of een fusie concurrentiebelemmerend werkt of kan gaan werken, trekt de Mededingingswet de grens. Als wij dan als belemmerend worden ervaren, dan vind ik dat alleen maar goed.’

Hoe zien jullie de ideale invulling van de rol van zorgverzekeraar?

Don: ‘De NMa ziet graag dat de verzekeraars invulling geven aan de regierol zoals toebedeeld door de wetgever. Als de verzekeraars niet betrokken zijn bij serieuze gesprekken, zal de NMa des te kritischer kijken wat er gaande is. Er is veel initiatief bij ziekenhuizen, maar er gebeurt naar ons idee nog weinig concreets. De NMa constateert dat zorgverzekeraars betrokken zijn en soms ook expliciete kaders stellen, bijvoorbeeld middels een regiovisie. Maar de instemming van verzekeraar is niet automatisch; deze kiest uiteindelijk zelf waar hij zorg inkoopt.’

Langejan: ‘In een wereld zonder Mededingingswet en zonder Wet Marktordening Gezondheidszorg (Wmg), zou er totale handelingsvrijheid zijn voor ziekenhuizen. Maar die wetten zijn er om te hinderen als er verkeerde intenties zijn. Ik vind ‘maar’ 20% die de NMa en NZa als een belemmering zien een lage score, zeker als je luistert naar de vox populi in zaaltjes met ziekenhuisbestuurders: daar klinkt het alsof

alleen toezichthouders tussen hier en het hemelse paradijs staan.’

Zien jullie een spanning tussen de strenger wordende eisen van de beroepsverenigingen (kwaliteitsnormen, leidend tot concentratie) en de mededinging?

‘Nee,’ zegt Don, ‘De NMa kan en wil niet mogelijk maken wat ongewenst is. Beperken van de concurrentie kan voor individuele onderneming aantrekkelijk zijn, maar dat willen wij niet. Maar als er minimumkwaliteitseisen moeten worden gehaald die beroepsverenigingen hebben opgesteld, en die de IGZ draagt c.q. handhaaft, dan kom je de NMa niet tegen. Ook niet als daarvoor noodzakelijk is dat je vormen van samenwerking moet aangaan. Samenwerken ten behoeve van de kwaliteit is dus mogelijk. Tenzij dit onnodig de mededinging beperkt, dan kan de NMa daar een stokje voor steken. Dit geldt niet alleen voor de zorg, maar ook voor alle andere sectoren waar wij op toezien.’

Langejan: ‘Zolang kwaliteitsnormen enigszins objectiveerbaar en meetbaar zijn, kunnen we er goed rekening mee houden. Dit is op zichzelf niet lastig. Maar, als er gekwartet wordt met omzetten, dan wordt het wel lastig. Als ziekenhuizen ‘feeders’ en ‘bleeders’ gaan uitruilen heeft dat vaak verdacht weinig te maken met het halen van kwaliteitsnormen, en alles met het halen van omzetten. Overigens zou het verschil tussen feeders en bleeders ook kleiner moeten worden nu 70% van de prijzen vrij zijn.’

Gaat de NMa te conservatief om met reisbereidheid van patiënten, en worden markten niet te lokaal afgebakend?

Don: ‘Je moet onderscheid maken tussen zeg-gedrag en doe-gedrag. Als mensen in een enquête/onderzoek wordt



“Als er meer transparantie is over de normen, kunnen we ook beter beoordelen of iets bijdraagt aan kwaliteitsverbetering.”

Theo Langejan

gevraagd naar een langere reistijd versus betere kwaliteit, dan geeft een gedeelte van de mensen aan langer te willen reizen, maar in werkelijkheid zie je dat niet gebeuren. De nabijheid van een ziekenhuis is nog steeds het belangrijkste criterium voor de keuze voor een ziekenhuis. De NMa moet zich aan de feiten houden: eerst zien dan geloven. Tegelijkertijd zijn kwaliteitsverschillen ook nauwelijks transparant. Dus het is ook moeilijk voor een patiënt om te bepalen voor welke kwaliteit hij verder moet reizen.’

Het kabinet zal een wetsvoorstel aan de Kamer sturen waarmee de NZa voorgenomen fusies ook toetst op risico's voor de kwaliteit en bereikbaarheid van de zorg. Is dit nieuw voor de NZa?

Langejan: ‘Toetsen op bereikbaarheid, betaalbaarheid en transparantie van kwaliteit staat al in de opdracht van de NZa. Nieuw element in de wetgeving is dat dit nu gekoppeld wordt aan het moment van fusie. Echter, de invulling van de wet is nog niet helemaal helder. Tot nog toe lijkt de toetsing vooral te bestaan uit procedurele toetsing (zijn alle stakeholders voldoende betrokken?) en niet uit de toetsing of de beoogde winst in kwaliteit ook daadwerkelijk zichtbaar wordt. Er staan kortom nu nog niet veel concrete normen in waar de NZa aan zou kunnen toetsen. Het opwerpen van een procedurele drempel lijkt ook de bedoeling van de Kamer, vanuit de gedachte dat er nu heel veel gefuseerd



“Zet de patiënt centraal, dan loop je ook minder snel het risico dat je in problemen komt met de toezichthouder.”

Henk Don

wordt in de zorg. Als je naar de feiten kijkt valt dat heel erg mee. Tussen begin jaren '70 en jaren '90 is het aantal ziekenhuizen gehalveerd; vanaf begin jaren '90 tot nu is het aantal fusies heel beperkt. De Kamer vindt bereikbaarheid een belangrijk criterium. Maar op papier zijn concrete en meetbare normen alleen ingevuld voor SEH en ambulance. We wachten af.'

Welk extra instrument zou je je nog wensen als toezichthouder?

Langejan en Don geven beiden aan dat er niet per se nieuwe instrumenten nodig zijn.

Langejan: 'Maar, er zou veel winst te halen zijn in het verbeteren van de transparantie van kwaliteit. Het is momenteel niet helder welke normen moeten worden gehanteerd, en ook niet waar normen vandaan zouden moeten komen. Als er meer transparantie is over de normen, kunnen we ook beter beoordelen of iets bijdraagt aan kwaliteitsverbetering.' Don is het eens met Langejan.

Hebben jullie nog een advies aan ziekenhuizen die willen gaan samenwerken?

Don: 'Zet de patiënt centraal bij het verbeteren van de zorg, dan loop je ook minder snel het risico dat je in problemen komt met de toezichthouder. Betrek de zorgverzekeraar in je plannen. De verzekeraar bepaalt uiteindelijk welke zorg (selectief) wordt ingekocht.'

Langejan: 'Het zou helpen als ziekenhuisbestuurders niet denken vanuit 'hoe red ik de instelling', maar vanuit 'hoe maak ik de zorg beter'.'

Hoe maak je kwaliteit inzichtelijk?

Vooralsnog wordt kwaliteitsinformatie vaak verzameld en gerapporteerd per domein van zorg (ZVW/AWBZ), dus langs de as van de aanbieders. Dit is ook de belangrijkste ordeningsas van de sector-indeling bij Zichtbare Zorg. Met een dergelijke afbakening doen zich drie problemen voor:

1. Mensen hebben last van aandoeningen of zorgproblemen die zich niet houden aan de artificiële grenzen van 'aanbieders';
2. De uitkomsten van zorg kun je alleen meten over het integrale zorgproces – niet over fragmenten daarvan (die zijn immers alleen verantwoordelijk voor een fragment van de totale zorg);
3. Organisatorische eenheden leveren (zeker in de ouderenzorg) soms aan een beperkt aantal patiënten een bepaald 'zorgproduct'. Daardoor is de 'onderzoekspopulatie' soms te klein voor het doen van valide en betrouwbare uitspraken over kwaliteit;

Een alternatieve benadering?

Beschouwd vanuit de as van de vraag wordt een voor patiënten, inkopers en professionals veel meer bruikbare indeling zichtbaar. In plaats van een separate meting voor 'eerstelijns huisartsenzorg' en 'thuiszorg' wordt gekeken naar de integrale kwaliteit van de zorg, ongeacht plaats van levering. Dit maakt het analyseren van daadwerkelijke, voor patiënten en inkopers zinvolle uitkomsten mogelijk. Patient Reported Outcome measurements (PROMs) zijn daarin ook nieuw. PROMs zijn gevalideerde vragenlijsten en complementair aan bestaande instrumenten over cliëntgerichtheid en patiënttevredenheid. Ze richten zich op zorginhoudelijke kwaliteit vanuit de patiënt gezien. Als we de zorg op deze wijze beschouwen, en verschillende datasets slim met elkaar combineren, dan blijkt het realiseren van hoogwaardige, uitkomst- en proxy-uitkomstinformatie zeer haalbaar. Dat wil zeggen, risico gecorrigeerd waar nodig, betrouwbaar, valide, wetenschappelijk onderbouwd en praktisch realiseerbaar.

Effecten

Doelstellingen in ruim de helft van de gevallen nog niet behaald

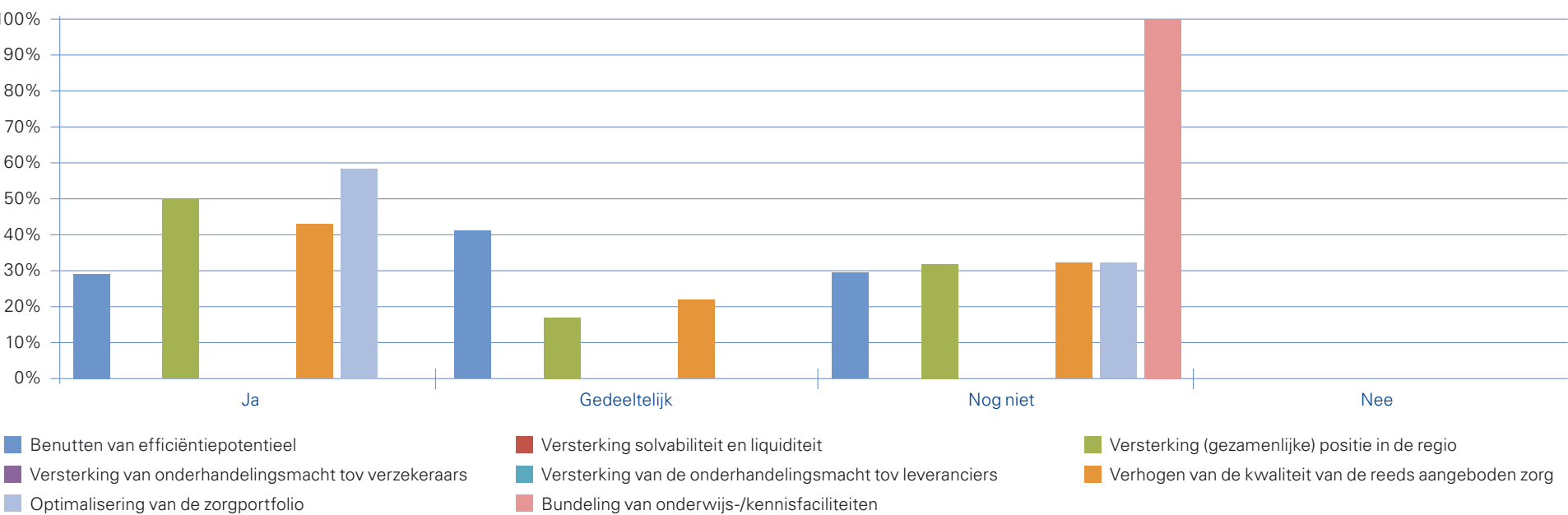
Enquêtevraag: Zijn de belangrijkste doelstellingen van de bestuurlijke samenwerking behaald?

Heeft samenwerking tussen ziekenhuizen het effect dat oorspronkelijk beoogd werd? Het antwoord daarop is niet eenduidig te geven. Ten eerste omdat het aantal respondenten dat deze vraag heeft beantwoord relatief laag is; er is 26 maal aangegeven of een doelstelling al dan niet behaald is.

Ten tweede, inhoudelijk, omdat het soms het jaren duurt voor het effect zichtbaar is. Toch is wel de voorzichtige conclusie te trekken dat niet alle samenwerkingsverbanden opleveren wat beoogd was. In ruim een derde van de gevallen geven de respondenten in onze enquête aan dat de effecten –nog- niet behaald zijn en in een kwart van de gevallen worden de beoogde effecten alleen gedeeltelijk behaald. Opvallend is de variatie in de mate waarin het lukt om de verschillende doelstellingen te realiseren. Op basis van de enquête wordt vooral succes geboekt in het realiseren van

de optimalisatie van de zorgportfolio en het versterken van de positie in de regio. Ondanks dit succes lijken de uiteindelijke effecten van samenwerking op de doelmatigheid en kwaliteit van zorg nog relatief gering: in 70% van de gevallen is het efficiëntiepotentieel niet of maar gedeeltelijk gerealiseerd. De verbetering van kwaliteit van zorg is in ruim de helft van de gevallen niet of maar gedeeltelijk gerealiseerd. Zoals gezegd, het is misschien nog te vroeg dag om de beoogde effecten in te boeken, ook omdat de aantallen laag zijn. Een meerjarenonderzoek zou hier meer zicht op kunnen geven.

Figuur 18
Mate waarin doelstellingen van bestuurlijke samenwerking zijn behaald per doelstelling (%)



Bron: Enquête 2012 KPMG

Samenwerken in de zorg is iets wat iedere bestuurder in het huidige speelveld bezighoudt. Bestuurders gaven ons dan ook ruim 100 succes- en faalfactoren, die zich laten zich categoriseren in interne processen, onderhandelingen tussen de partners en externe factoren.

Bij de onderhandelingen tussen de partners wordt als belangrijkste succesfactor 'vertrouwen' gegeven. Een hogere kwaliteit van zorg en een gemeenschappelijke visie komen op de tweede en derde plaats. Juist het ontbreken van vertrouwen, machtsspelletjes en het elkaar 'niet gunnen', worden genoemd als redenen tot mislukken van samenwerking: *'Wisseling in (strategische) opstelling samenwerkingspartners gedurende de rit'*.

Succes komt uiteindelijk met een gedeelde visie en vertrouwen tussen de raden van bestuur en hun eigen specialisten, met oog op de relatie tussen kwaliteit en volume en het belang van patiënt boven dat van de instelling. *‘Vertrouwen dat enerzijds voldoende voordelen verbonden zijn aan start en uitwerking van vormen van samenwerking - voor beide partijen, op middellange en korte termijn; en anderzijds dat er voor beide partijen ‘iets te halen valt’.*

[illegible]

Figuur 20

Faalfactoren



Tien voorzichtige conclusies

Het eerste wat opvalt bij het bestuderen van de resultaten van ons onderzoek naar samenwerking tussen ziekenhuizen, is hoe ontzettend veel er de afgelopen jaren is gebeurd en nog steeds gebeurt.

Dat blijkt allereerst uit de voortgaande bestuurlijke indikking van het Nederlandse ziekenhuislandschap. We kennen in Nederland nog altijd 267 ziekenhuislocaties behorend bij 106 ziekenhuizen. Dit waren er begin 2009 nog 111. Indien de aangekondigde fusies ook daadwerkelijk uitgevoerd (mogen) worden, resulteert een aantal van 97 ziekenhuisbesturen. Daarmee is in een aantal jaren sprake van een bestuurlijke indikking van 13% ten opzichte van 2009. Daarnaast zijn een aantal ziekenhuizen verwikkeld in besprekingen of vormen van samenwerking waarbij de definitieve bestuursvorm nog niet vaststaat. Zouden ook die samenwerkingsvormen tot nieuwe bestuurlijke eenheden leiden, dan ligt zelfs een vermindering tot 90 ziekenhuisbesturen in het verschiet en dus een bestuurlijke indikking van 19% ten opzichte van 2009.

Het is overigens minstens zo interessant om te constateren dat deze bestuurlijke indikking niet per sé samen gaat met een vermindering van het aantal zorg- of zelfs ziekenhuislocaties. Het is eerder zo dat een locatie van functie verandert dan dat een locatie gesloten wordt. Dit is een niet onbelangrijke constatering in een discussie waarin vaak een tegenstelling wordt gecreëerd tussen fusie en bereikbaarheid. De bestuursvorm – en daarmee de discussie over fusies in de zorg – lijkt minder relevant te zijn voor bereikbaarheid dan de concrete zorginhoudelijke profielen van individuele locaties.

Een tweede conclusie die zich opdringt naar aanleiding van ons onderzoek is dat de bestuurlijke fusie maar één van de vele manieren is waarop ziekenhuizen samenwerking onderzoeken of aan gaan. Soms zijn er losse afspraken tussen ziekenhuisbesturen, soms zijn er regionale afspraken, soms doet men inkoop samen, soms wordt er een coöperatie gevormd, soms wil men bepaalde vormen van zorg samen

kunnen leveren. Een veelheid van samenwerkingsvormen is zichtbaar zonder dat er één vorm is die als onverbiddelijke *best practice* naar boven komt. Verschillende situaties vragen kennelijk om verschillende oplossingen.

Wel verbaasde het ons, en misschien is dat een derde conclusie, dat er relatief weinig wordt samengewerkt op het gebied van de medische en niet medische ondersteunende diensten. Inkoopcombinaties komen voor en ook wordt her en der ervaring opgedaan met samenwerking op het gebied van laboratoriumdiensten. Bijna al deze samenwerkingen zijn nog in een pril stadium en moeten veelal hun waarde nog bewijzen. Maar daar staat tegenover dat een concept als een *shared service centre*, in menige industrie met goede resultaten uitgeprobeerd en zonder meer ook toepasbaar bij ziekenhuizen, tot nu toe nog nergens is aangetroffen.

Een vierde conclusie moet zijn dat veel samenwerking op dit moment vooralsnog meer een kwestie van woorden is dan van daden. Er wordt heel veel gepraat maar er zijn eigenlijk nog maar weinig samenwerkingsvormen zo ver dat er resultaten geboekt zijn. Dat heeft in ieder geval te maken met het feit dat veel samenwerkingsgesprekken van relatief recente datum zijn, dus wellicht is het ook niet realistisch nu al spectaculaire resultaten te verwachten. Vooral op het gebied van veranderende zorgprofielen per locatie, zijn niettemin nog weinig concrete veranderingen waar te nemen. Het wordt interessant om te zien of dat beeld de komende jaren verandert.

De grote uitzondering op voorgaande conclusie wordt gevormd door die samenwerkingsverbanden die ontstaan omdat anders niet voldaan wordt aan kwaliteits- en volumenormen of omdat één van de partners (financieel) op omvallen staat. Dat is dan ook meteen onze vijfde conclusie. In Nederland worden op dit moment een aantal samenwerkingen in elkaar gezet die voortkomen uit de onfortuinlijke situatie dat de levensvatbaarheid van tenminste één van de

partners onvoldoende is of omdat het volume verrichtingen bij een individuele aanbieder onvoldoende is in het licht van (stijgende) kwaliteitsnormen. Kennelijk is alleen in die situatie de urgentie zo breed gevoeld dat ook snel resultaten kunnen worden geboekt, inclusief serieuze veranderingen aan het zorgprofiel van ziekenhuislocaties.

Dit is te meer een interessante conclusie omdat – conclusie zes – juist bij ziekenhuizen die aan de rand van de afgrond staan ook het wel of niet continueren van een Spoed Eisende Hulp snel aan de orde komt. Bij de meeste andere samenwerkingsverbanden is de SEH juist het onderdeel van het zorgprofiel dat het minst makkelijk wordt opgegeven. Het lijkt makkelijker hoogcomplexere zorg op te geven dan een SEH op te geven, mede omdat er op het gebied van de hoogcomplexere zorg steeds meer onomstreden kwaliteitsnormen ontstaan en rond acute zorg niet of veel minder. Gevraagd naar wat factoren zijn die het falen van samenwerking veroorzaken, was één van de meest gegeven antwoorden dan ook dat er te snel uitspraken gedaan of gevraagd werden over veranderingen in zorgprofiel, met name met betrekking tot het wel of niet voortbestaan van een SEH.

Een zevende conclusie betreft de buitengewoon bescheiden rol van verzekeraars. Regierol of niet, we komen maar weinig situaties tegen waar de verzekeraars de leiding hebben over het organiseren van samenwerking. De meest voorkomende rol voor verzekeraars lijkt dat men op de hoogte gehouden wordt maar dat ziekenhuizen vooral zelf aan de knoppen willen zitten.

Dit is opvallend omdat het vanuit het oogpunt van mededinging juist verstandig kan zijn niet slechts zaken te doen tussen ziekenhuizen maar de verzekeraar nadrukkelijk te betrekken. De toezichthouders NZa en NMa die zich moeten buigen over de voorwaarden waaronder samenwerking is toegestaan, en dat is conclusie acht, zijn niet populair. Het zou jammer en onverstandig zijn als dat de reden is waarom

hun advies met betrekking tot het betrekken van de verzekerders, zo weinig lijkt te worden opgevolgd. Tegelijk moeten we die impopulariteit van de toezichthouders ook niet overdrijven. Zelfs bij de ziekenhuizen die met een bestuurlijke fusie bezig zijn, ziet de meerderheid de NMa en NZa niet als belemmerend.

Niettemin, en dat zou onze negende conclusie zijn, het is niet voor niets dat sommige bestuurders juist op dit punt de enquête alleen maar geanonimiseerd wilden invullen. En ook waren er bestuurders die de enquête helemaal niet invulden omdat men het te vroeg vond om via ons rapport de toezichthouders in kennis te stellen van mogelijke samenwerking met andere ziekenhuizen.

Dat brengt ons bij een tiende en laatste conclusie. Er waren ook bestuurders die de enquête niet in wilden vullen uit concurrentie-overwegingen: concurrenten mochten (nog) geen lucht krijgen van mogelijke samenwerking. Het blijft intrigerend om ons af te vragen of dit is hoe het ooit allemaal bedoeld was. Gaat het hier om een gezonde spanning tussen samenwerking en concurrentie of om een zorgelijke? Gaat de alom gevoelde noodzaak om meer samen te werken stranden op de binnen het stelsel beoogde concurrentie of zien we hier tijdelijke transformatieproblemen die nu eenmaal bij deze fase horen, waarin ieder nog aan zijn rol moet wennen?

Met het oog op de toekomst

Laten wij tenslotte voorzichtig, op basis van het hier gepresenteerde materiaal, een paar inschattingen maken voor wat we de komende jaren rond het thema samenwerking in de zorg zullen zien.

Allereerst zal het accent verschuiven van bestuurlijke samenwerking en fusies naar zorginhoudelijke samenwerking. Er heeft al een forse bestuurlijke indikking plaats gevonden en er liggen verdere ambitieuze plannen op tafel.

Maar juist op het gebied van portfoliokeuzes en nieuwe locatieprofielen moeten de grote resultaten nog komen. Juist daar kan kwaliteits- en kostenwinst geboekt worden. En juist daar kan het helpen als eerst de bestuurlijke context in orde is.

Daarnaast lijkt ons de verwachting gerechtvaardigd dat naarmate de ziekenhuizen hun eigen zaakjes beter op orde krijgen en hebben, de behoefte aan samenwerking zich meer en meer richting andere ketenpartners (anderen dan ziekenhuizen) zal uitstrekken. Daar zien we natuurlijk ook al de eerste tekenen van maar belangrijker is dat ook hier een slim vormgegeven samenwerking zowel op het gebied van kwaliteit als van kosten, winst op kan leveren.

Een derde verwachting is dat de diversiteit aan samenwerkingsverbanden verder zal toenemen. 'Het' ziekenhuis zal niet meer bestaan; 'de' keten zal niet meer bestaan; 'de' maatschap zal niet meer bestaan. Regiospecifieke en aandoeningspecifieke samenwerkingsvormen zullen de toon aangeven. En omdat het aantal private (commerciële) partijen in de zorg verder zal toenemen en een steeds groter deel van de totale zorgconsumptie zal accommoderen, zal ook het aantal publiek-private samenwerkingsverbanden verder toenemen.

Hoe het er over een paar jaar precies uit zal zien, weten zelfs wij niet. Maar dat we u van jaar tot jaar zullen laten zien wat er verandert, waarom het verandert en hoe u te midden van die veranderingen uw werk kunt blijven doen, dat weten we wel.

Wouter Bos

Voorzitter KPMG Gezondheidszorg

Partner KPMG Plexus

Anna van Poucke

Director KPMG Plexus

Verantwoording

Dit rapport wordt uitgebracht onder verantwoordelijkheid van KPMG Advisory N.V. Bij de totstandkoming van deze rapportage zijn verschillende typen bronnen geraadpleegd.

Op basis van openbare bronnen is een lijst samengesteld van de Nederlandse ziekenhuizen en ziekenhuislocaties. Voor het opstellen van deze lijst hebben we gebruik gemaakt van de gegevens uit de DigiMV 2008-2010 (www.jaarverslagenzorg.nl) en het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM, via www.zorgatlas.nl). Op basis van het RIVM zijn de ziekenhuizen ingedeeld in academische, algemene en categorale ziekenhuizen en buitenpoliklinieken. Binnen de algemene ziekenhuizen hebben we een aanvullend onderscheid aangebracht tussen topklinische ziekenhuizen¹³, SAZ-ziekenhuizen¹⁴ en overige algemene ziekenhuizen. Zelfstandige Behandel Centra (ZBC's) zijn niet meegeteld.

KPMG heeft een online vragenlijst uitgezet onder de voorzitters van de Raden van Bestuur van de ziekenhuizen in Nederland. De vragenlijst is door 41 bestuurders volledig ingevuld (37% respons). Waar verwezen wordt naar de uitkomsten van deze vragenlijst, is de exacte vraagstelling in deze rapportage opgenomen in cursieve tekst.

Vervolgens is ter verbreding en verdieping op de respons een aantal interviews afgenomen. De weerslag hiervan is over de publicatie verspreid te vinden en de interviews zijn als achtergrondinformatie gebruikt. De interviews zijn in duo afgenomen, zoals ze zijn weergegeven, met uitzondering de interviews met de heren Hemrika en Kingma, die apart geïnterviewd zijn. De interviews zijn telefonisch afgenomen, behalve het interview met dhr. Janssen. De inzichten en meningen van de geïnterviewden in deze rapportage geven niet noodzakelijkerwijs de inzichten en meningen van KPMG Advisory N.V. weer.

De interviews zijn afgenomen door het team dat deze publicatie heeft voorbereid en geproduceerd: Wouter Bos, Anna van Poucke, Daniël Waagmeester, Emmeline Kunst en Aline Stolk-Vos. Daarnaast hebben aan deze rapportage meegewerkt: Jelco van der Avoort, Julia de Borst, Sabine Brans, Dirk Faber, David Ikkersheim, Huibert Koevoets, Gerald Kuipers, Jolanda van Schaik en Joyce Westerveld.

Tot slot is gebruik gemaakt van openbare bronnen om het overzicht van samenwerkingverbanden in de afgelopen 3 jaar compleet te maken. We hebben daarbij gestructureerd de pagina's van SKIPR (www.skipr.nl) en de websites van de ziekenhuizen gezocht naar de termen fusie en samenwerking en op de website van de Nederlandse Mededingingsautoriteit de meldingen van voorgenomen concentraties in de zorg bestudeerd. Indien relevant hebben we ook de jaarverslagen van ziekenhuizen bekeken. Ook hebben we geput uit openbare publicaties over samenwerking in de zorg, onder andere het rapport *Samenwerkingsmonitor Jaaroverzicht 2011* van JBR Management Consultants bv.

Correcties en aanvullingen?

Wij kunnen niet uitsluiten dat wij, ondanks onze uitgebreide research, toch nog bepaalde ontwikkelingen gemist hebben of fouten hebben gemaakt bij de beschrijving van de situatie rond specifieke ziekenhuizen. We vernemen dit graag. U kunt uw eventuele commentaar daaromtrent sturen naar samenwerkenindezorg@kpmg.nl. We zullen in de volgende versie van het rapport de correcties verwerken.

¹³ Conform de lijst van de Vereniging Samenwerkende Topklinische opleidingsZiekenhuizen (STZ).

¹⁴ Conform een opgave van de Vereniging van Samenwerkende Algemene Ziekenhuizen.

Bijlage

Zorgaanbod per ziekenhuis



	Ziekenhuizen		Aantal SEH 2011	Verdwenen SEH (2008-2011)	Aantal Acute geboortezorg	Anesthesiologie	Algemene heekunde	Cardiochirurgie	Cardiologie	Dermatologie	Gynaecologie	Hematologie	Interne geneeskunde	Kaakchirurgie	Keel-, Neus en Oorheelkunde	Kindergeneeskunde	Klinische chemie
1	Academisch Medisch Centrum (AMC)	UMC	1		1												
2	Academisch Ziekenhuis Maastricht	UMC	1		1												
3	Erasmus MC	UMC	2		1												
4	Leids Universitair Medisch Centrum (LUMC)	UMC	1		1												
5	Universitair Medisch Centrum Groningen (UMCG)	UMC	1		1												
6	Universitair Medisch Centrum St Radboud (UMCN)	UMC	1		1												
7	Universitair Medisch Centrum Utrecht	UMC	1														
8	VU Medisch Centrum	UMC	1		1												
9	Albert Schweitzer Ziekenhuis	STZ	2		2												
10	Alg. Christelijk Ziekenhuis Groningen (Martini)	STZ	1		1												
11	Atrium Medisch Centrum Parkstad	STZ	1		1												
12	Catharina Ziekenhuis	STZ	1		1												
13	Deventer Ziekenhuis	STZ	1		1												
14	Interconfessioneel Spaarne Ziekenhuis	STZ	1		1												
15	Isala Klinieken	STZ	1		1												
16	Maxima Medisch Centrum	STZ	1	1	1												
17	Meander Medisch Centrum	STZ	1		1												
18	Medisch Centrum Haaglanden	STZ	2		1												
19	Canisius-Wilhelmina	STZ	1		1												
20	Onze Lieve Vrouwe Gasthuis	STZ	1		1												
21	Reinier de Graaf Groep	STZ	1		1												
22	Sint Franciscus Gasthuis	STZ	1		1												
23	Sint Lucas Andreas Ziekenhuis	STZ	1		1												
24	Stichting Amphibia	STZ	1	1	1												

[illegible]

	Ziekenhuizen		Aantal SEH 2011	Verdwenen SEH (2008-2011)	Aantal Acute geboortezorg	Anesthesiologie	Algemene heekunde	Cardiochirurgie	Cardiologie	Dermatologie	Gynaecologie	Hematologie	Interne geneeskunde	Kaakchirurgie	Keel-, Neus en Oorheelkunde	Kindergeneeskunde	Klinische chemie
25	Stichting Antonius Zorggroep	STZ	1		1												
26	Stichting Gelre ziekenhuizen	STZ	2		2												
27	Stichting HagaZiekenhuis	STZ	2		1												
28	Stichting Jeroen Bosch Ziekenhuis	STZ	1	1	1												
29	Stichting Kennemer Gasthuis	STZ	1		1												
30	Stichting Medisch Centrum Alkmaar	STZ	1		1												
31	Stichting Medisch Spectrum Twente	STZ	1		1												
32	Stichting Rijnstate (voorheen Alysis)	STZ	2		2												
33	Stichting St. Elisabeth Ziekenhuis Tilburg	STZ	1		1												
34	Viecuri, Medisch Centrum voor Noord-Limburg	STZ	1		1												
35	Zorggroep Noorderbreedte	STZ	1		1												
36	Chr. Alg. Ziekenh. Noordwest-Veluwe St. Jansdal	SAZ	1		1												
37	Christelijk Ziekenhuis Refaja	SAZ	1		1												
38	Ommelander Ziekenhuis Groep	SAZ	2	1	1												
39	Diaconessenhuis (Leiden)	SAZ	1		1												
40	Gemini Ziekenhuis	SAZ	1		1												
41	Havenziekenhuis	SAZ															
42	IJsselland Ziekenhuis	SAZ	1		1												
43	IJsselmeerziekenhuizen	SAZ	1														
44	Ziekenhuis Rivierenland	SAZ	1		1												
45	Lange Land Ziekenhuis	SAZ	1		1												
46	Laurentius Ziekenhuis Roermond	SAZ	1		1												
47	R.K. Ziekenhuis St. Franciscus	SAZ	1		1												
48	Rivas Zorggroep	SAZ	1		1												

© 2012 KPMG Advisory N.V. Alle rechten voorbehouden

	Ziekenhuizen		Aantal SEH 2011	Verdwenen SEH (2008-2011)	Aantal Acute geboortezorg	Anesthesiologie	Algemene heekunde	Cardiochirurgie	Cardiologie	Dermatologie	Gynaecologie	Hematologie	Interne geneeskunde	Kaakchirurgie	Keel-, Neus en Oorheelkunde	Kindergeneeskunde	Klinische chemie
49	Ruwaard van Puttenziekenhuis	SAZ	1		1												
50	Sint Antonius Ziekenhuis	SAZ	2		1												
51	Slingeland Ziekenhuis	SAZ	1		1												
52	St. Anna Zorggroep	SAZ	1		1												
53	Stichting Bovenij ziekenhuis	SAZ	1		1												
54	Stichting Bronovo-NEBO	SAZ	1		1												
55	Stichting CuraMare (Bethesda / Van Weel)	SAZ	2		2												
56	Stichting Elkerliek Ziekenhuis	SAZ	1		1												
57	Stichting Lievensberg ziekenhuis	SAZ	1		1												
58	St. Jans Gasthuis	SAZ	1		1												
59	stichting Pantein	SAZ	1		1												
60	Stichting Rode Kruis Ziekenhuis	SAZ	1		1												
61	Stichting Saxenburgh Groep	SAZ	1		1												
62	Stichting Waterlandziekenhuis	SAZ	1		1												
63	Stichting Zaans Medisch Centrum	SAZ	1		1												
64	Streekziekenhuis Koningin Beatrix	SAZ	1		1												
65	Stichting Zuwe Hofpoort Ziekenhuis	SAZ	1		1												
66	Wilhelmina Ziekenhuis Assen	SAZ	1		1												
67	Ziekenhuis Amstelland	SAZ			1												
68	Ziekenhuis Bernhoven	SAZ	1		2												
69	Ziekenhuis De Tjongerschans	SAZ	1		1												
70	Ziekenhuis Nij Smellinghe	SAZ	1		1												
71	Zorgcombinatie Noorderboog	SAZ	1		1												
72	Zorggroep Leveste Middenveld (Suydevelt)	SAZ	1		1												

	Ziekenhuizen		Aantal SEH 2011	Verdwenen SEH (2008-2011)	Aantal Acute geboortezorg	Anesthesiologie	Algemene heekunde	Cardiochirurgie	Cardiologie	Dermatologie	Gynaecologie	Hematologie	Interne geneeskunde	Kaakchirurgie	Keel-, Neus en Oorheelkunde	Kindergeneeskunde	Klinische chemie
73	Zorggroep Pasana	SAZ	1	1	1												
74	Zorgsaam Zeeuws-Vlaanderen	SAZ	1		1												
75	Laboratorium voor Pathologie	OB															
76	Adm. de Ruyter Ziekenhuis (Oosterschelde zkh.)	OAZ	1		1												
77	Diakonessenhuis (Utrecht, Zeist, Doorn)	OAZ	1		1												
78	Groene Hart Ziekenhuis	OAZ	1		1												
79	Maasstad Ziekenhuis	OAZ	1		1												
80	Orbis Medisch en Zorgconcern	OAZ	1		1												
81	Protestants Christelijk Ziekenhuis Ikaia	OAZ	1		1												
82	Slotervaartziekenhuis B.V.	OAZ	1														
83	Westfries Gasthuis	OAZ	1		1												
84	Stichting Flevoziekenhuis	OAZ	1		1												
85	Stichting Rijnland Zorggroep	OAZ	1		1												
86	Vlietland Ziekenhuis	OAZ	1	1	1												
87	Stichting Tergooiziekenhuizen	OAZ	2		1												
88	Tweesteden Ziekenhuis	OAZ	1		1												
89	Ziekenhuis Gelderse Vallei	OAZ	1		1												
90	Ziekenhuisgroep Twente	OAZ	2		2												
91	Arnhems Radiotherapeutisch Instituut (Arti)	CZ															
92	CIRO+ B.V.	CZ															
93	Dialyse Centrum Groningen	CZ															
94	Dialysecentrum 't Gooi	CZ															
95	Dianet Dialysecentra	CZ															
96	Dr. Bernard Verbeeten Instituut	CZ															

[illegible]

	Ziekenhuizen		Aantal SEH 2011	Verdwenen SEH (2008-2011)	Aantal Acute geboortezorg	Anesthesiologie	Algemene heekunde	Cardiochirurgie	Cardiologie	Dermatologie	Gynaecologie	Hematologie	Interne geneeskunde	Kaakchirurgie	Keel-, Neus en Oorheelkunde	Kindergeneeskunde	Klinische chemie
97	Kempenhaeghe	CZ															
98	MAASTRO clinic	CZ															
99	NKI/AVL	CZ															
100	Oogziekenhuis Rotterdam	CZ															
101	Pento	CZ															
102	Radiotherapeutisch Instituut Friesland	CZ															
103	Radiotherapeutisch Instituut Stedendriehoek	CZ															
104	Stichting Epilepsie Instellingen Nederland	CZ															
105	Stichting Merem Behandelcentra	CZ															
106	Stichting Reade	CZ															
107	Zeeuws Radiotherapeutisch Instituut	CZ															
Totaal			98	6	91	90	89	18	89	89	89	65	94	84	89	89	87

Bronnen:

DigiMV, RIVM (www.zorgatlas.nl en Bereikbaarheidsanalyse 2011, bijlage bij Kamerbrief van Minister van VWS; SEH's 2008 en 2011), KPMG Plexus, 2012, 24/7; acute verloskunde in het ziekenhuis (acute geboortezorg).

Noten:

- Stand eind 2011 conform de opgave in de jaarverslagen (via DigiMV).
- Groene vlakken betekent dat het desbetreffende ziekenhuis dat specialisme aanbiedt; rood dat dit niet het geval is.
- OAZ: Overig Algemene ziekenhuizen; CZ: Categoriele ziekenhuizen.

Klinische genetica	Klinische oncologie	Klinische pathologie	Maag-, Darm- en Leverziekten	Medische microbiologie	Mondziekten	Neurologie	Neurochirurgie	Nierziekten	Nucleaire geneeskunde	Oogheelkunde	Orthopedie	Plastische chirurgie	Pulmonologie	Psychiatrie	Radiagnostiek	Radiotherapie	Reumatologie	Revalidatie	Thoraxchirurgie	Urologie	Vaatchirurgie	Verloskunde
26	74	75	84	81	66	91	69	64	66	87	89	79	82	68	89	33	83	80	27	89	81	87

Auteurs

Wouter Bos

Anna van Poucke

Daniël Waagmeester

Emmeline Kunst

Aline Stolk-Vos

Voor vragen over de inhoud van deze rapportage:

T +31 (0)20 301 0800

E samenwerkenindezorg@kpmg.nl

Contact over de dienstverlening van KPMG

Advisory, KPMG Plexus

Anna van Poucke

Director

E vanPoucke.Ann@kpmg.nl

T 020 - 656 8595

Tax, KPMG Meijburg & Co

Vincent Dielwart

Director

E Dielwart.Vincent@kpmg.nl

T 070 - 338 2663


Audit

Mariska van de Luur

Partner

E VandeLuur.Mariska@kpmg.nl

T 020 - 656 7750



De in dit document vervatte informatie is van algemene aard en is niet toegespitst op de specifieke omstandigheden van een bepaalde persoon of entiteit. Wij streven ernaar juiste en tijdige informatie te verstrekken. Wij kunnen echter geen garantie geven dat dergelijke informatie op de datum waarop zij wordt ontvangen nog juist is of in de toekomst blijft. Daarom adviseren wij u op grond van deze informatie geen beslissingen te nemen behoudens op grond van advies van deskundigen na een grondig onderzoek van de desbetreffende situatie.

© 2012 KPMG Advisory N.V., ingeschreven bij het handelsregister in Nederland onder nummer 33263682, is een dochtermaatschappij van KPMG Europe LLP en lid van het KPMG-netwerk van zelfstandige ondernemingen die verbonden zijn aan KPMG International Cooperative ("KPMG International"), een Zwitserse entiteit. Alle rechten voorbehouden. Gedrukt in Nederland. De naam KPMG, logo en 'cutting through complexity' zijn geregistreerde merken van KPMG International.