

Wie doet het met wie in de zorg?

Het jaarlijkse overzicht van
bestuurlijke samenwerking
tussen Nederlandse ziekenhuizen

Editie 2013

kpmg.nl
kpmgplexus.nl
kpmgmeijburg.nl

Capita selecta:

samenwerking en uitbesteding
van (medisch) ondersteunende diensten





Inhoudsopgave

1	Inleiding	4
2	Trends in bestuurlijke samenwerking tussen ziekenhuizen	6
	Bestuurlijke samenwerking onverminderd hoog op de agenda	7
	Indikkingsslag zet door	9
	Samenwerking vaker in fusie dan in coöperatie	11
	Zorg wordt niet aangeboden op minder locaties	11
	Verzekeraars zijn actiever betrokken	12
	ACM en NZa zijn minder vaak een 'belemmerende factor'	12
3	Trends in locatieprofielen	14
	Optimalisatie van de zorgportfolio is een belangrijker motief voor samenwerking	15
	- 'Van voortmodderen naar verbinden': Anton Westerlaken, Raad van Bestuur Maasstad Ziekenhuis	16
	- Kwaliteit inzichtelijk in de jaarrapportage	17
	Portfolio's en locatieprofielen differentiëren steeds verder	18
	- IT en zorg in de regio	23
	Kleine vis in grote vijver of grote vis in kleine vijver? Het dilemma van de UMC's	24
	- 'Het UMC als hoeder van de regio': Jos Aartsen, Raad van Bestuur Universitair Medisch Centrum Groningen	25
	Samenwerking gaat verder dan alleen tussen ziekenhuizen	26
	- 'De herontdekking van de regio': Wouter van der Kam, Raad van Bestuur Antonius Zorggroep	27
4	Capita selecta: samenwerking en uitbesteding van (medisch) ondersteunende diensten	28
	Terughoudendheid in samenwerking en uitbesteding van (medisch) ondersteunende activiteiten	29
	- Btw-aspecten van sourcing	31
	- Zorgservice XL	34
	- Ervaringen met outsourcing in het Verenigd Koninkrijk	36
	Het buitenland als gids?	36
	Laten Nederlandse ziekenhuizen kansen liggen?	37
	(Medisch) ondersteunende diensten verdienen meer bestuurlijke aandacht	38
5	Tien conclusies	40
	Met het oog op de toekomst	44
6	Verantwoording	46

Bijlagen

A photograph of two hands, one from a person in a white shirt, reaching up to form a heart shape against a bright blue sky with soft white clouds. The hands are positioned centrally, with the fingers interlaced to create the heart's outline. A semi-transparent blue horizontal band is overlaid across the middle of the image, serving as a background for the text.

01

Inleiding

Wie doet het met wie in de zorg?

Toen wij vorig jaar begonnen met het uitvragen van informatie bij ziekenhuisbestuurders over allerlei zaken aangaande de samenwerking met andere zorgaanbieders, kostte het ons nog knap veel moeite de vereiste informatie boven tafel te krijgen. Dat lag dit jaar gelukkig anders. We kregen een hogere respons dan vorig jaar en ook uit openbare bronnen was meer relevante informatie beschikbaar.

Dat zegt allereerst iets over het belang en de actualiteit van het onderwerp. Samenwerking tussen ziekenhuizen, het waarom en het hoe, is een onderwerp dat velen bezighoudt, waar veel over vergaderd en gecongresseerd wordt en voor de kwaliteit en de toegankelijkheid van de zorg van groot belang is; een onderwerp dat dus ook van bestuurders – terecht – steeds meer tijd en aandacht vraagt.

Het toegenomen belang hiervan betekent ook dat deze bij tijd en wijle gevoelige discussie gebaat is bij feiten, cijfers en – waar zinnig – ontmythologisering. Wij hopen met deze jaarlijks terugkerende publicatie met name daarin te kunnen voorzien. En dus laten we ook dit jaar weer zien dat de toename van het aantal bestuurlijke fusies in ziekenhuisland betrekkelijk weinig zegt over het aantal locaties waar ziekenhuiszorg in Nederland wordt aangeboden. We laten zien dat in verschillende omstandigheden en verschillende regio's verschillende oplossingen worden gekozen. En we laten zien hoe in andere landen andere keuzen gemaakt worden, bijvoorbeeld als het gaat om uitbesteding van of samenwerking bij (medisch) ondersteunende diensten.

Aan dit laatste onderwerp besteden we in deze rapportage bijzondere aandacht. Nederlandse ziekenhuizen blijken nog altijd tamelijk terughoudend in wat wij de sourcing-beslissing inzake (medisch) ondersteunende diensten noemen: de vraag of je iets beter zelf kunt doen, of je het beter door een ander kunt laten doen of dat je er beter in kunt samenwerken, lijkt nauwelijks op de agenda van ziekenhuisbestuurders te staan. Ondertussen zijn er tal van buitenlandse ervaringen die suggereren dat hier grote voordelen te behalen zijn.

De observaties en conclusies in deze rapportage zijn voor een groot deel gebaseerd op openbare bronnen en ervaringen in onze audit-, belasting- en adviespraktijk. Daarnaast zijn de resultaten van een enquête onder ziekenhuisbestuurders verwerkt. Zonder hun medewerking en de bereidheid van enkelen van hen om in interviews nog eens dieper op de zaken in te gaan, zou deze rapportage niet mogelijk zijn geweest.

Wij zien ernaar uit om ons onderzoek ook dit jaar weer met u in brede kring te mogen delen. Vooruitlopend op onze volgende versie van deze publicatie, hopen wij ook het komend jaar weer op uw medewerking te mogen rekenen. Uiteindelijk zijn wij er allemaal bij gebaat om ons denken over een nieuwe inrichting van het Nederlandse zorglandschap zo veel mogelijk te baseren op relevante ervaringen en harde feiten.



Wouter Bos

Voorzitter KPMG Gezondheidszorg
Partner KPMG Plexus



Anna van Poucke

Sectorleider Ziekenhuizen KPMG Plexus
Director KPMG Plexus

A background image showing several hands of different skin tones stacking blue square blocks into a vertical column. The hands are wearing white shirts, suggesting a professional or collaborative environment. The image is used as a background for a presentation slide.

02

Trends in bestuurlijke samenwerking tussen ziekenhuizen

Bestuurlijke samenwerking onverminderd hoog op de agenda

In Nederland is op 297 plaatsen ziekenhuiszorg beschikbaar¹. Dit omvat het totale aantal buitenpoliklinieken, categorale, academische, topklinische en algemene ziekenhuizen (zie figuur 2). In deze publicatie richten we ons op de samenwerkingsvormen die besturen van deze ziekenhuizen met elkaar aangaan. We hebben de vragenlijst die we in 2012 aan ziekenhuisbestuurders voorlegden in 2013 herzien en herhaald.

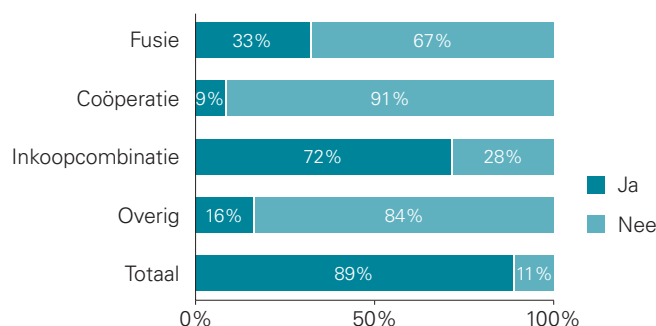
De eerste conclusie uit ons onderzoek is dat samenwerking onverminderd hoog op de agenda staat. We stelden bestuurders de vraag of ze sinds 1 januari 2012 tot en met begin 2013 een samenwerkingsverband waren aangegaan, of voornemens waren aan te gaan. Maar liefst 89% van de bestuurders geeft aan betrokken te zijn geweest bij (een vorm van) samenwerking. In 2012 was dit nog 80%. Een derde (33%) van de bestuurders heeft in 2012 te maken gehad met een bestuurlijke fusie, generaliseerd dan wel aangekondigd. Een relatief klein aantal (9%) is bezig met een samenwerking in de vorm van een coöperatie.

Niet elke vorm van bestuurlijke samenwerking hoeft te leiden tot een andere bestuursvorm. De inkoopcombinatie is onverminderd populair: 72% van de bestuurders geeft aan in 2012 te maken te hebben gehad met een nieuwe vorm van samenwerking op inkoop. De overige

samenwerkingsvormen waar bestuurders mee te maken hebben zijn eveneens weergegeven in figuur 1. Hieronder vallen onder andere samenwerking op het gebied van nieuwbouw en/of beheer van vastgoed, behandel- of diagnosecentrum, beheer en/of ontwikkeling van ondersteunende diensten en gedeelde maatschappen.

In dit hoofdstuk gaan we verder in op de bestuurlijke samenwerking tussen zelfstandige ziekenhuizen, in hoofdstuk 3 zoomen we in op locatieprofielen en portfolio-keuzen en laten we bestuurders aan het woord. In hoofdstuk 4 geven we een verdieping op 'sourcing' van (medisch) ondersteunende diensten: de afweging tussen het zelf doen, samen doen of uitbesteden, waarna we in hoofdstuk 5 enkele voorzichtige conclusies trekken.

Figuur 1
Percentage ziekenhuisconcerns dat sinds 2012 betrokken is (geweest) in een vorm van samenwerking

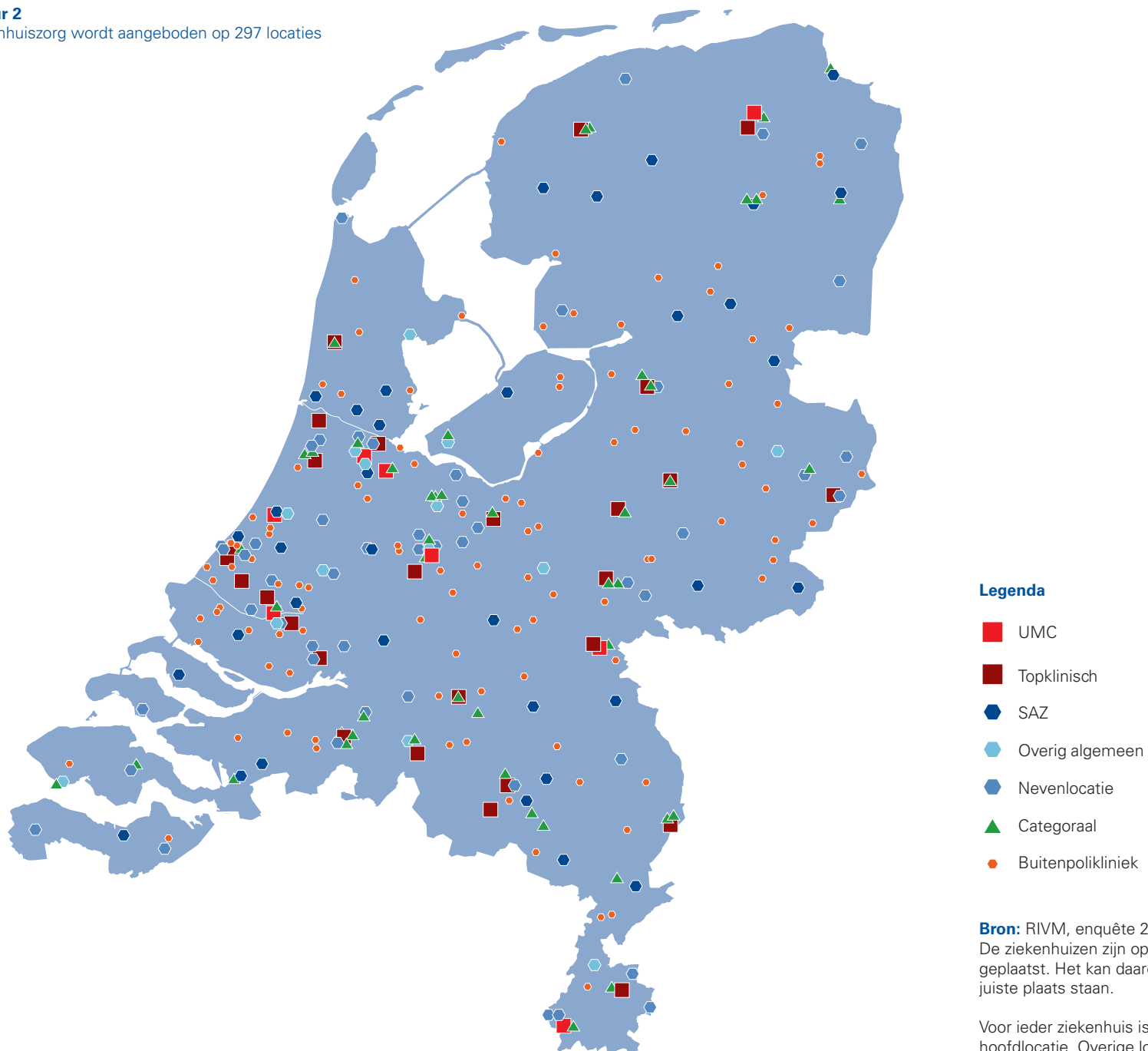


“ 89% van de bestuurders is betrokken bij een vorm van samenwerking ”

¹ Exclusief Zelfstandige Behandel Centra, zie hoofdstuk 6 (Verantwoording) voor de afbakening.

Figuur 2

Ziekenhuiszorg wordt aangeboden op 297 locaties



Bron: RIVM, enquête 2013 en openbare bronnen.
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.

Voor ieder ziekenhuis is het type ziekenhuis gebaseerd op de hoofdlocatie. Overige locaties binnen hetzelfde concern zijn aangeduid als nevenlocatie of buitenpolikliniek.

Indikkingsslag zet door

Het aantal zelfstandige ziekenhuizen neemt verder af. We kijken in deze rapportage terug op 2012 en begin 2013. In deze periode hebben we in totaal zestien gerealiseerde of voorgenomen fusies geïdentificeerd².

In ons onderzoek van vorig jaar zagen we al dat er tussen 2009 en 2012 vijf zelfstandige ziekenhuisbesturen verdwenen door het samengaan van het Scheper en Bethesda Ziekenhuis (Zorggroep Leveste), Oosterschelde Ziekenhuizen en Ziekenhuis Walcheren (Admiraal de Ruijter Ziekenhuis), de Tjongerschans en Medisch Centrum Leeuwarden (Zorgpartners Friesland) en het Medisch Centrum Alkmaar en Gemini Den Helder (MCA Gemini Groep).

Waar we in 2009 nog 116 ziekenhuisbesturen hadden, waren dit er begin 2012 maar 111³. Sindsdien zijn vier fusies gerealiseerd, waarbij acht ziekenhuizen zijn betrokken. Welke dit zijn, is zichtbaar op de kaart 'fusies en coöperatieve verenigingen 2012-2013' (figuur 3). Per saldo heeft dit geleid tot het indikken van het aantal zelfstandige ziekenhuisbesturen van 111 naar 107. Dit is het aantal zelfstandige ziekenhuizen anno nu. Nemen we tevens het aantal op dit moment voorgenomen fusies in ogenschouw, dan gaan we richting de 95 ziekenhuisbesturen. Daarnaast is er een aantal hechte vormen van bestuurlijke samenwerking te onderscheiden waarbij de definitieve

bestuurlijke eindvorm nog niet vaststaat. Een voorbeeld van een dergelijke samenwerking is de intentieverklaring tussen het Zuwe Hofpoort Ziekenhuis en het St. Antonius Ziekenhuis, waar mogelijke vormen van samenwerking (waaronder een fusie) worden verkend en de aankondiging van het Diaconessenhuis Leiden en Rijnland Zorggroep tot onderzoek voor bestuurlijke samenwerking half mei 2013. Op het moment van schrijven tellen we tweeëntwintig ziekenhuizen in deze categorie (dus een potentiële afname van elf zelfstandige besturen). We beseffen dat het niet waarschijnlijk is dat al deze samenwerkingen resulteren in een fusie. Uitgaande van

een voorzichtige schatting passen we de rekenregel toe dat van de laatste categorie de helft daadwerkelijk in de executiefase belandt, waardoor we rekening houden met een extra afname van zes (naar boven afgerond) zelfstandige ziekenhuizen. Het mogelijk aantal ziekenhuisbesturen na consolidatie komt hiermee uit op 89.

Tabel 1: (Verwachte) afname aantal zelfstandige ziekenhuizen

Aantal ziekenhuislocaties (2013)	297
Aantal zelfstandige ziekenhuizen, begin 2009	116
Afname aantal zelfstandige ziekenhuizen als gevolg van gerealiseerde fusies 2009-2012	5
Aantal zelfstandige ziekenhuizen, begin 2012	111
Afname aantal zelfstandige ziekenhuizen als gevolg van gerealiseerde fusies 2012-2013	4
Aantal zelfstandige ziekenhuizen, anno nu (mei 2013)	107
Mogelijke afname aantal zelfstandige ziekenhuizen als gevolg van voorgenomen fusies	12
Aantal zelfstandige ziekenhuizen, in de toekomst op korte termijn	95
Mogelijke afname aantal zelfstandige ziekenhuizen waarvan precieze eindvorm nog niet vast staat	6
Mogelijk aantal zelfstandige ziekenhuizen na verdere consolidatie	89

² 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.

³ Bij het aantal zelfstandige ziekenhuisbesturen begin 2009 is een correctie (#5) gemaakt op de data van de publicatie 'Wie doet het met wie in de zorg?' 2012. Het Medisch Centrum Amstelveen is toegevoegd als nieuw ziekenhuis, alsmede zes categorale instellingen; twee eerder meegetelde zelfstandige ziekenhuizen zijn komen te vervallen.

Figuur 3

Fusies en Coöperatieve verenigingen 2012-2013



In percentages is de indikking als volgt weer te geven:

- Sinds 2009 is het aantal zelfstandige ziekenhuisbesturen met bijna 8% afgenomen. Opvallend daaraan is dat bijna de helft van de indikking in het afgelopen jaar plaatsvond.
- Tellen we de mogelijke afname van ziekenhuisbesturen daarbij op, dat wil zeggen de in onze enquête door bestuurders aangegeven of publiekelijk aangekondigde fusies, dan is er ten opzichte van vorig jaar een indikking van 14% en ten opzichte van 2009 een indikking van 18% van zelfstandige ziekenhuisbesturen.
- Als we de voorzichtige schatting van de zes samenwerkingen als mogelijke voorloper op een fusie meenemen, komen we tot de conclusie dat het aantal zelfstandige ziekenhuisbesturen ten opzichte van 2009 met ruim 23% daalt.

Op basis van deze cijfers kunnen we concluderen dat de indikkingsslag onverminderd doorzet. Vorig jaar voorzagen we nog een indikking van 116 naar 95 ziekenhuisbesturen, inmiddels gaan we ervan uit dat 89 realistischer is. Opvallend is dat bij het merendeel van de gerealiseerde en voorgenomen fusies een topklinisch ziekenhuis betrokken is (60%). Daarvan is tweederde een fusiecombinatie van een topklinisch met één (of meerdere) basisziekenhuizen. In een vijfde van alle gevallen gaat het om twee basisziekenhuizen die (willen) fuseren.

Samenwerking vaker in fusie dan in coöperatie

Naast fusies heeft een aantal ziekenhuizen concrete plannen gemaakt of gerealiseerd voor de oprichting van een coöperatie, de rechtsvorm waarbij een vereniging wordt opgericht van zelfstandige, maar samenwerkende ziekenhuizen.

De Ziekenhuisgroep Twente en het Medisch Spectrum Twente hebben een Letter of Intent getekend voor coöperatievorming. Ook het Wilhelmina Ziekenhuis, Nij-Smellinghe/Sionsberg en Martini Ziekenhuis hebben een intentie tot coöperatie kenbaar gemaakt. De coöperatie 'De Ziekenhuispartners XL' tussen het HagaZiekenhuis, Reinier de Graaf Groep, het Vlietland Ziekenhuis en het Sint Franciscus Gasthuis is gerealiseerd.

Het is duidelijk dat met 9% van de bestuurders die het afgelopen jaar te maken hebben gehad met coöperaties ten opzichte van 33% van de bestuurders die betrokken waren bij een fusie, de coöperatie minder vaak voorkomt. Een mogelijke reden hiervoor is dat de mededingingswetgeving rondom fusies eenduidiger en de facto minder complex is dan bij coöperatievorming. Onder de 'hoed' van de fusie hebben bestuurders mededingingsrechtelijk de vrije hand om de samenwerking vorm te geven. Bij coöperaties zijn voor elk samenwerkingsinitiatief weer nieuwe toetsingen nodig.

Daarnaast zien we dat de coöperatie ook een voorbode kan zijn voor een fusie. De A12-ziekenhuizen zijn hier een mooi voorbeeld van. Willem Geerlings (lid Raad van

Bestuur Medisch Centrum Haaglanden) en Joop Hendriks (voorzitter Raad van Bestuur Bronovo-Nebo) koesterden vorig jaar in een interview voor deze jaarpublicatie nog hun unieke positie: "Uit concurrentieoverweging hoop ik niet dat veel van onze concurrenten voor de coöperatie kiezen," aldus Joop Hendriks. Anno 2013 worden er voorbereidingen voor een bestuurlijke fusie getroffen.

Zorg wordt niet aangeboden op minder locaties

Een vierde conclusie verdient wederom, net als vorig jaar, een aparte vermelding: het aantal locaties waar ziekenhuiszorg wordt verleend, vermindert niet. Daar waar sprake is van bestuurlijke samenwerking worden de verschillende ziekenhuislocaties meestal aangehouden, zij het dat de profielen van de locaties wel veranderen. Daar gaan we in hoofdstuk 3 dieper op in. De stelling dat een fusie zou leiden tot een verminderde beschikbaarheid van de zorg lijkt daarmee gelogenstraft.

Locaties waar ook ziekenhuiszorg wordt aangeboden maar die we niet hebben meegenomen in onze analyses zijn ZBC's. Het aantal ZBC's en de totale omzet daarvan neemt nog steeds toe⁴, al lijkt de snelheid in 2012 afgenomen. Dit gebeurt mede door onzekere wet- en regelgeving en hiermee samenhangende terughoudendheid tot financiering door investeerders en contractering door zorgverzekeraars. Ruim de helft van de ziekenhuisbestuurders geeft aan samen te werken, dan wel aandeelhouder te zijn van een ZBC, eenzelfde percentage als vorig jaar.

⁴ Bron: Monitor ZBC's, NZa 2012

Tot slot houden ziekenhuizen buitenpoliklinieken aan en werken meer samen met eerstelijns-centra. Ook deze ontwikkeling sterkt ons in onze observatie dat bestuurlijke indikking niet zozeer leidt tot minder ziekenhuislocaties maar wel tot andere locatieprofielen.

Verzekeraars zijn actiever betrokken

De vraag is of zorgverzekeraars de rol die hen is toebedeeld in deze evolutie kunnen waarmaken. Op het gebied van bestuurlijke samenwerking lijken verzekeraars door te pakken, al gebiedt de eerlijkheid te zeggen dat de aantallen in het onderzoek in absolute zin laag zijn. Werd tijdens het vorige onderzoek nog in 25% (n=4) van de gevallen een bestuurlijke samenwerking in de vorm van een fusie of coöperatie in gezamenlijk overleg met de zorgverzekeraar uitgevoerd, in 2013 is dit 36% (n=8). In 59% van de gevallen wordt de verzekeraar op de hoogte

gesteld. Het komt zelden voor dat een verzekeraar in het geheel niet wordt betrokken bij het proces.

Vooraf bij de rationalisatie van de zorgportfolio, waarop we dieper ingaan in hoofdstuk 3, is er in de praktijk van samenwerking nog lang niet altijd een sturende rol voor de zorgverzekeraar weggelegd. Dat wil zeggen: in zijn algemeenheid is er van zo'n rol nog geen sprake, in specifieke gevallen zeker wel. De redenen hiervoor kunnen verschillen. Zeker bij situaties als dreigende faillissementen is bemoeienis van de zorgverzekeraar bij portfoliokeuzen noodzakelijk. In andere gevallen sluit de verzekeraar meer volgend aan bij initiatieven die de ziekenhuizen zelf nemen of ligt de prioriteitsstelling bij verzekeraars (die ook nog andere belangrijke transitie te managen hebben), elders. Ook het gegeven dat op basis van de mededingingswetgeving niet altijd even duidelijk is of

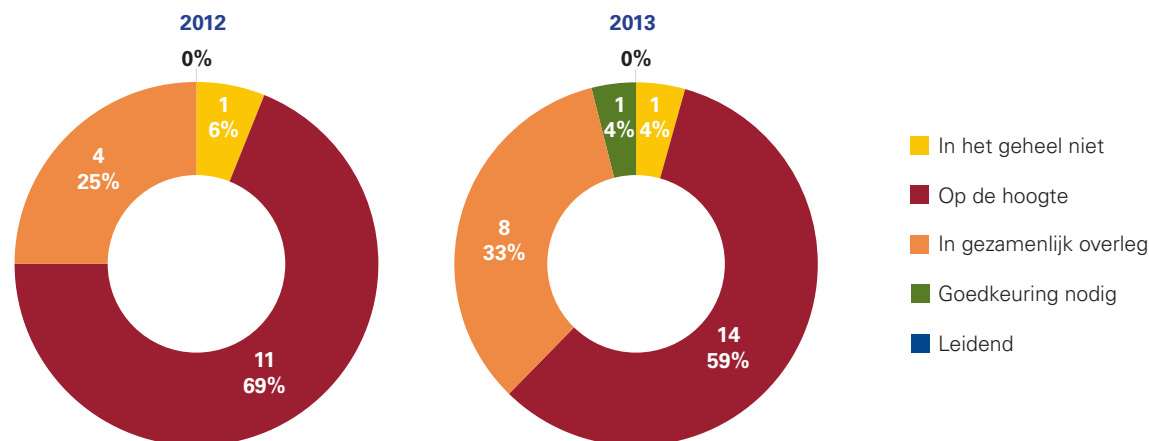
een afspraak wel of niet is toegestaan, kan een reden zijn dat verzekeraars zich terughoudend opstellen.

Een sterkere regierol van de verzekeraars in de besprekingen over samenwerking zal naar onze verwachting leiden tot een snellere en meer consistente rationalisatie van het zorglandschap waarbij de nodige kwalitatieve en financiële winsten te behalen zijn.

De toenemende betrokkenheid die we bij de zorgverzekeraars zien, zien we bij banken niet. Banken zijn wel de financier maar niet de regisseur van de veranderingen in het zorglandschap. Ondertussen zien we de financieringsproblemen in de sector toenemen en de financieringsvoorwaarden ongunstiger worden. Er ligt dus ruimte – en er zijn wellicht voor alle partijen goede redenen – om banken actiever te betrekken bij de samenwerkingsgesprekken in de (ziekenhuis)zorg.

Figuur 4

Betrokkenheid van zorgverzekeraars bij fusies en coöperaties (in aantal en percentage)



ACM en NZa zijn minder vaak een 'belemmerende factor'

In vergelijking met vorig jaar zien bestuurders de ACM en de NZa minder als belemmering voor samenwerking. Het percentage bestuurders dat dit wél vond, daalde van 22% naar 7%. Opvallend daarin is dat bestuurders vorig jaar bij elke vorm van samenwerking nog belemmering zagen. Dit jaar beperkt dat zich tot de fusie en samenwerking op het gebied van maatschappen. De vraag is of bestuurders het proces beter in de vingers hebben gekregen of dat de ACM en NZa milder zijn geworden. In onze interviews met bestuurders (zie hoofdstuk 3) krijgen we daarop antwoord. We vroegen ook de ACM zelf om een reactie. Chris Fonteijn, bestuursvoorzitter ACM, verklaart:

“Of wij met ons optreden wel of niet als belemmerend worden ervaren, is geen doel op zich. Of het nu om een samenwerking gaat of een fusie, de beoordeling door ACM is hetzelfde. Als zorgaanbieders twijfelen over het oordeel van ACM over hun samenwerking, dan nodigen wij hen uit bij ons langs te komen. Wij kijken vervolgens nauwkeurig of de patiënt/verzekerde geen nadelen ondervindt van de samenwerking/fusie. Daarom hechten wij veel belang aan de input van patiënten(organisaties) en verzekeraars.”

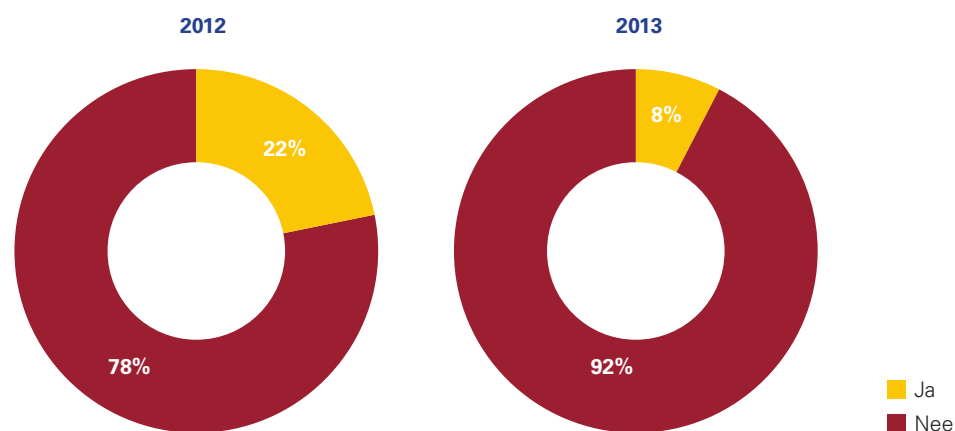
De aangegeven belemmering die men ervaren heeft op het gebied van samenwerken van maatschappen heeft waarschijnlijk als achtergrond dat de ACM in recente

fusie-besluiten over ziekenhuizen stelt dat een maatschap en een ziekenhuis onderdeel zijn van één en dezelfde onderneming, een zogenaemde economische eenheid. Dit standpunt leidt er onder meer toe dat ziekenhuizen voor (gedragingen van) samenwerkingen tussen maatschappen kunnen worden beboet, tot 10% van de jaarlijkse omzet.

Dat de angst van ziekenhuizen voor boetes niet ongegrond is, blijkt wel uit het aantal fusies dat momenteel tussen maatschappen plaatsvindt. Medisch specialisten fuseren in hoog tempo tot ziekenhuisoverschrijdende maatschappen. Ruim zeven van de tien ziekenhuizen heeft inmiddels te maken met instellingsoverstijgende

maatschappen. Dit blijkt uit een nog niet gepubliceerde telling van de NZa⁵. “De getallen wijzen erop dat regionalisering momenteel meer regel dan uitzondering is,” reageert bestuursvoorzitter Theo Langejan van de NZa op de bevindingen in SKIPR. Als reden voor samenwerking tussen maatschappen wordt door deze maatschappen aangegeven dat specialisten tegemoetkomen aan de nieuwe kwaliteits- en volume-eisen die politiek, zorgverzekeraars en wetenschappelijke verenigingen stellen. Ze willen het heft meer in eigen hand nemen. De relatie met de veranderende financiering in 2015 is in deze context niet genoemd.

Figuur 5
Is/was de ACM/NZa een belemmering voor de (beoogde) samenwerking? – totaal samenwerkingsverbanden



“ Wij hechten veel belang aan de input van patiënten (organisaties) en verzekeraars ”

Chris Fonteijn, bestuursvoorzitter ACM

⁵ SKIPR, April 2013

03

Trends in locatieprofielen

Optimalisatie van de zorgportfolio is een belangrijker motief voor samenwerking

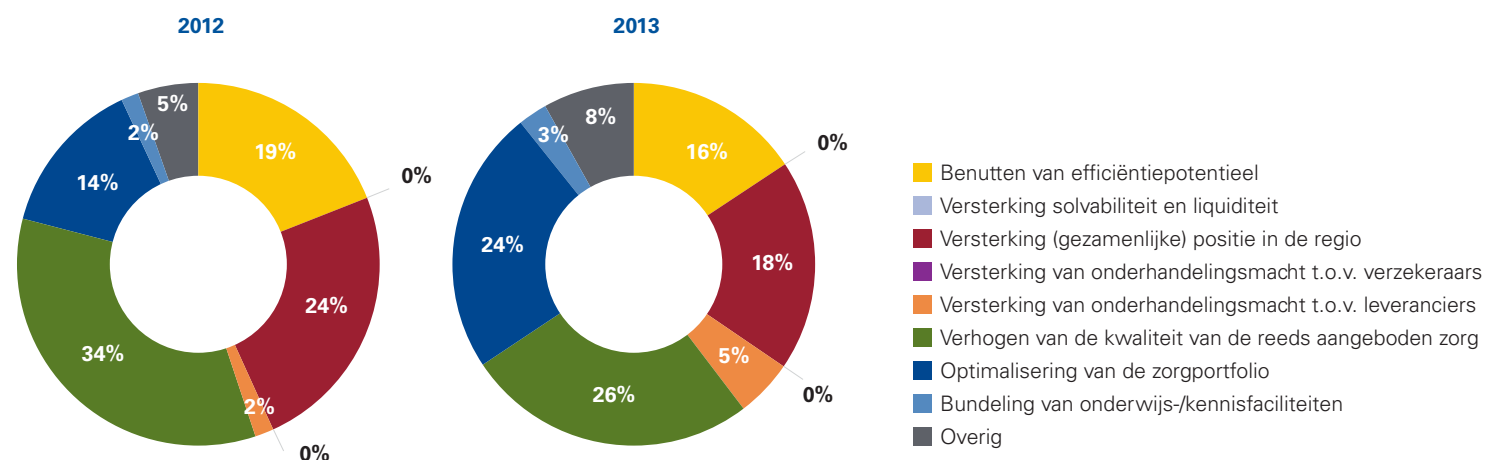
De belangrijkste reden waarom ziekenhuizen samenwerken is net als vorig jaar het verhogen van de kwaliteit van de aangeboden zorg. Opvallende stijger dit jaar is de optimalisering van de zorgportfolio, die is gestegen van 14% naar 24%.

Daarmee is een beweging in gang gezet richting acceptatie dat ziekenhuizen niet allemaal hetzelfde kunnen blijven doen. Daar waar vorig jaar samenwerking vooral geduid werd in termen van kwaliteit en nu ook in hoge mate in termen van portfoliokeuzen, kan geconcludeerd worden dat samenwerking niet alleen maar medisch maar ook steeds meer strategisch en bedrijfsmatig gemotiveerd

wordt. Als deze lijn zich doorzet en het in toenemende mate lukt om naar een goede medische en bedrijfsmatige balans per ziekenhuislocatie te komen – kortom een goede balans tussen kwaliteit en betaalbaarheid van zorg – kan de noodzakelijke rationaliseringsslag van het Nederlandse zorglandschap worden gemaakt.

“Er is een beweging in gang gezet richting acceptatie dat ziekenhuizen niet allemaal hetzelfde kunnen blijven doen”

Figuur 6
Reden van samenwerking





'Van voortmodderen naar verbinden'

Anton Westerlaken was voorheen bestuurder bij onder andere het Erasmus MC, sinds 2012 is hij voorzitter van de Raad van Bestuur van het Maasstad Ziekenhuis in Rotterdam. In samenwerking met het Ikazia en Van Weel Bethesda heeft het Maasstad Ziekenhuis als ambitie het overnemen van het noodlijdende Ruwaard van Putten in Spijkenisse.

Het zorglandschap in de regio Rotterdam verandert, portfolio's lijken te verschuiven. Wat is jouw visie daarop?

Daadwerkelijke verschuivingen in portfolio's beginnen nu op gang te komen. De afgelopen jaren richtte iedereen zich op hetzelfde brede aanbod met een accent op de hoogvolume-laagcomplex zorg. In een setting van concurrentie leek het alsof iedereen op dezelfde stek aan het vissen was. Daarmee zijn we op een modderpad – gecreëerd door concurrentie – terechtgekomen. Naast dat modderpad ligt een verharde weg van kansen. In plaats van je allemaal op hetzelfde te richten, moet je een stap opzij durven doen, een gedifferentieerd aanbod bieden om kwalitatief de patiëntenzorg verder te verbeteren. De groei ruimte van ziekenhuizen is beperkt, het ondernemerschap van specialisten wordt ontmoedigd, wetenschappelijke verenigingen scherp kwaliteitscriteria aan, verzekeraars ontwikkelen zich van ordinare prijsorganisaties naar kritische regievoerders. Het grote zorgverdelingsspel gaat nu pas echt beginnen.

Wat is jullie rol als topklinisch ziekenhuis in het veranderende zorglandschap?

Je moet samenwerken, wij willen ook niet anders! Ook wij als topklinisch ziekenhuis hebben voldoende verwijzingen en afspraken met andere huizen nodig om aan de kwaliteitscriteria te kunnen blijven voldoen. Je wilt samenwerken vanuit de overtuiging dat dit het beste is voor de patiënt.

In deze regio zijn wij met andere ziekenhuizen in gesprek over wat we waar doen. We zitten nu middenin de heroriëntatie op het totaalplaatje.

Verbinding tussen ziekenhuizen is dus de meest logische weg?

Dat niet alleen: wat we nog veel te weinig doen in de zorg is de verbinding zoeken met de voor- en achterkant. Dus samenwerken op het gebied van welzijn, jeugdzorg, GGZ, noem maar op. Dat moet anders. Hier ligt een grote zorgpauze. Ik ben voorstander van zorgpaden, tot op bepaalde hoogte. We moeten niet te ver doorschieten in alles om aandoeningen heen te organiseren. Zo zijn categorale ziekenhuizen vaak te duur gebleken in het buitenland. Dus op zoek naar de juiste balans tussen differentiatie en een brede aanpak.

Voor de inrichting van het zorglandschap spreekt men in het buitenland over het 'hub & spokes'-model. Past dat model ook in Nederland?

Meestal wel, het enige verschil zit in de geografische spreiding, Nederland is veel compacter. Maar het idee is hetzelfde: snelle anamnese en diagnostiek dichtbij huis – in de toekomst door de huisarts met nieuwe technologie, de beoordeling op afstand – waarna triage van patiënten plaatsvindt naar de 'hub' of een van de 'spokes'. De kunst is om zo veel mogelijk patiënten in de buitenste ring van de spokes te houden. Gezondheidszorg is veel meer dan alleen het ziekenhuis; welzijn, preventie en netwerken worden steeds belangrijker. De rol van het ziekenhuis in het zorgsysteem zal daardoor bescheidener worden.

Met een universitair ziekenhuis en meerdere topklinische ziekenhuizen zijn er nogal wat potentiële hubs in deze regio. Hoe ga je daarmee om?

Er zijn van nature accentverschillen; de Noordoever van Rotterdam heeft bijvoorbeeld een andere cultuur en zorgbehoefte dan de Zuidoever. De hubs zullen zich van elkaar gaan onderscheiden op hun sterke punten. Dus naast een differentiatie tussen hubs en spokes, zullen ook hubs zich van elkaar differentiëren. Voor de opleidingen kan en wil je niet zonder UMC's, daarom moet je samenwerken. In de verbinding UMC - topklinisch ziekenhuis zie je ook de accentverschillen. De UMC's gaan zich meer richten op zeldzame hoogcomplex zorg, waar onderzoek en zorg dicht bij elkaar komen.

In Nederland hebben we patiënten verwend door ze op kleine afstand veel zorg te bieden. Je moet het wel aandurven om patiënten verder te laten reizen, omdat ze daar de best passende zorg kunnen krijgen. In de praktijk blijkt dit geen probleem zoals we zien in ons Brandwondencentrum.

Waar staan we over vijf jaar, en wat is daarvoor nodig?

Ik hoop dat het exponentieel snel gaat, dat niet alleen ziekenhuizen gaan schuiven, maar dat we juist ook verbindingen leggen met de wereld buiten het ziekenhuis. Wat daarvoor nodig is? Oprechte inhoudelijke samenwerkingsbereidheid en een meer aanjagende regierol van bestuurders en verzekeraars. Zowel op het gebied van de ziekenhuiscare als wat betreft de maatschappelijke kant van de gezondheidszorg.

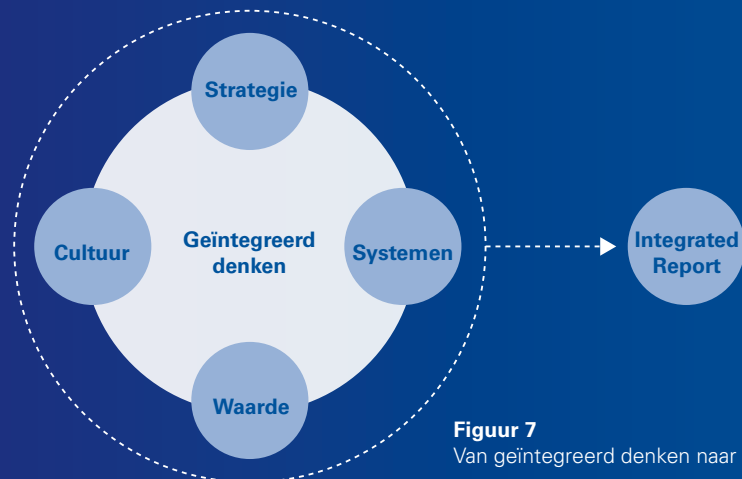
“ De rol van het ziekenhuis in het zorgsysteem wordt bescheidener ”

Kwaliteit inzichtelijk in de jaarrapportage

In een steeds kritischer wordende maatschappij is de roep om kostenbewuste kwaliteit in de ziekenhuissector de afgelopen jaren toegenomen. Daaruit vloeit een toenemende vraag voort van stakeholders naar verantwoording en transparantie, om zo inzage te geven in het gevoerde beleid en de geleverde prestaties, de onderkende risico's en de aanwezige beheersmaatregelen.

Ziekenhuizen leggen momenteel verantwoording af over het gevoerde beleid, onder andere in het jaarverslag. Tot en met het verantwoordingsjaar 2011 werd door het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn & Sport (VWS) een model Jaarverantwoording zorginstellingen opgesteld, waarin een handreiking werd gegeven voor het opstellen van het jaarverslag. Vanaf 2012 is deze verplichting vanuit VWS komen te vervallen.

Wat ons betreft is de waardecreatie van een ziekenhuis het vertrekpunt voor de verantwoordingsstrategie. De fase na een fusie of samenwerking is een perfecte gelegenheid om de waardecreatie vanuit het bestuur kritisch te beschouwen, te herzien en zo richting stakeholders meer duidelijkheid te geven over de resultaten en het succes van de samenwerking. In het bedrijfsleven wint de zogenaamde 'integrated reporting' aan terrein om deze waardecreatie duidelijk te maken.



Figuur 7
Van geïntegreerd denken naar integrated reporting

Integrated reporting

Waar gaat het bij integrated reporting om? Onderzoek van OceanTomo wijst uit dat de waarde van ondernemingen nog maar voor 20% uit 'financials' bestaat. Dat betekent dat 80% van de waarde voortkomt uit immateriële factoren, zoals reputatie en innovatie⁶. Onderwerpen waar de maatschappij ziekenhuizen ook op aanspreekt. De kern van integrated reporting is het formuleren van wat het belangrijkste is voor het ziekenhuis en wat het ziekenhuis in zich heeft om waarde te creëren. Instellingen benutten daarbij verschillende vormen van kapitaal (menselijk, natuurlijk, financieel, intellectueel, sociaal en geproduceerd kapitaal). Het is vooral de samenhang tussen deze kapitalen – de manier waarop deze elkaar beïnvloeden – die in een integrated report naar voren zou moeten komen. Dit vereist geïntegreerd denken.

Clinical governance

Waarde kan bij zorginstellingen worden gedefinieerd in de vorm van een combinatie van kosten en kwaliteit. Daarbij ligt het ook voor de hand dat wordt vastgesteld op welke manier de kwaliteit wordt bewaakt, de zogenaamde 'clinical governance'. In Nederland is geen normenkader gesteld ten aanzien van de verantwoording van kwaliteitsgegevens. Internationaal is er een aantal succesvolle voorbeelden waaruit blijkt dat een objectief en helder normenkader kan bijdragen aan het eenduidig afleggen van verantwoording over kwaliteitsgegevens. Zo bestaat in het Verenigd Koninkrijk de verplichting voor ziekenhuizen om jaarlijks de zogenaamde 'Quality Accounts' te publiceren. Hierbij dienen specifieke onderdelen van deze publicatie door de externe accountant op juistheid te worden gecontroleerd. Bij een dergelijke controle wordt gekeken naar de opzet, het bestaan en de werking van de (kwaliteits)systemen. De juistheid van de uitkomsten van de systemen wordt gecontroleerd aan de hand van detailwerkzaamheden zoals steekproeven en deelwaarnemingen.

Uiteraard is het mogelijk te wachten op nieuwe regelgeving vanuit VWS, maar het is voor ziekenhuizen wellicht een idee om proactief de waardecreatie te toetsen en de strategie ten aanzien van hun verantwoording ten aanzien van kwaliteit te bepalen. Een aantal Nederlandse ziekenhuizen, verenigd in Santeon, zet inmiddels de eerste stappen op dit terrein.

⁶ OceanTomo's Intangible Asset Market Value Study 2010

Portfolio's en locatieprofielen differentiëren steeds verder

Uit ons onderzoek en onze eigen ervaringen in het veld blijkt dat er niet alleen een bestuurlijke indikking plaatsvindt, maar ook dat het zorglandschap inhoudelijk aan het veranderen is. Door de veranderende omgeving is de noodzaak tot aanpassing hoog; een beperking van de groeirimte, prestatiebekostiging en opgelegde volume- en kwaliteitseisen zijn krachten die bestuurders dwingen tot keuzen.

In het vorige hoofdstuk zagen we dat optimalisering van de zorgportfolio een belangrijke reden is voor samenwerking. Ziekenhuisbestuurders zijn zich steeds bewuster van het zorgaanbod waarop ze willen excelleren en durven zich ook de vraag te stellen welke zorg ze niet meer aanbieden. Onze ervaringen in het veld wijzen uit dat de portfoliokeuze vaak plaatsvindt op basis van de indeling in acute, complexe, chronische en electieve zorg. Die indeling maakt een onderscheid naar verschillende typen zorgvragen die leiden tot onderscheidende zorgprocessen en bijbehorende infrastructuur (denk aan 24-uurs beschikbaarheid, aantal en aard van de diagnostische en OK-faciliteiten, benodigde sub-specialisaties). Het maken van een keuze voor een ziekenhuisprofiel langs die vierdeling heeft meerdere voordelen – zowel in termen van optimalisatie van de infrastructuur, als in termen van kwaliteit van zorg en helderheid van het profiel ten opzichte van andere aanbieders.

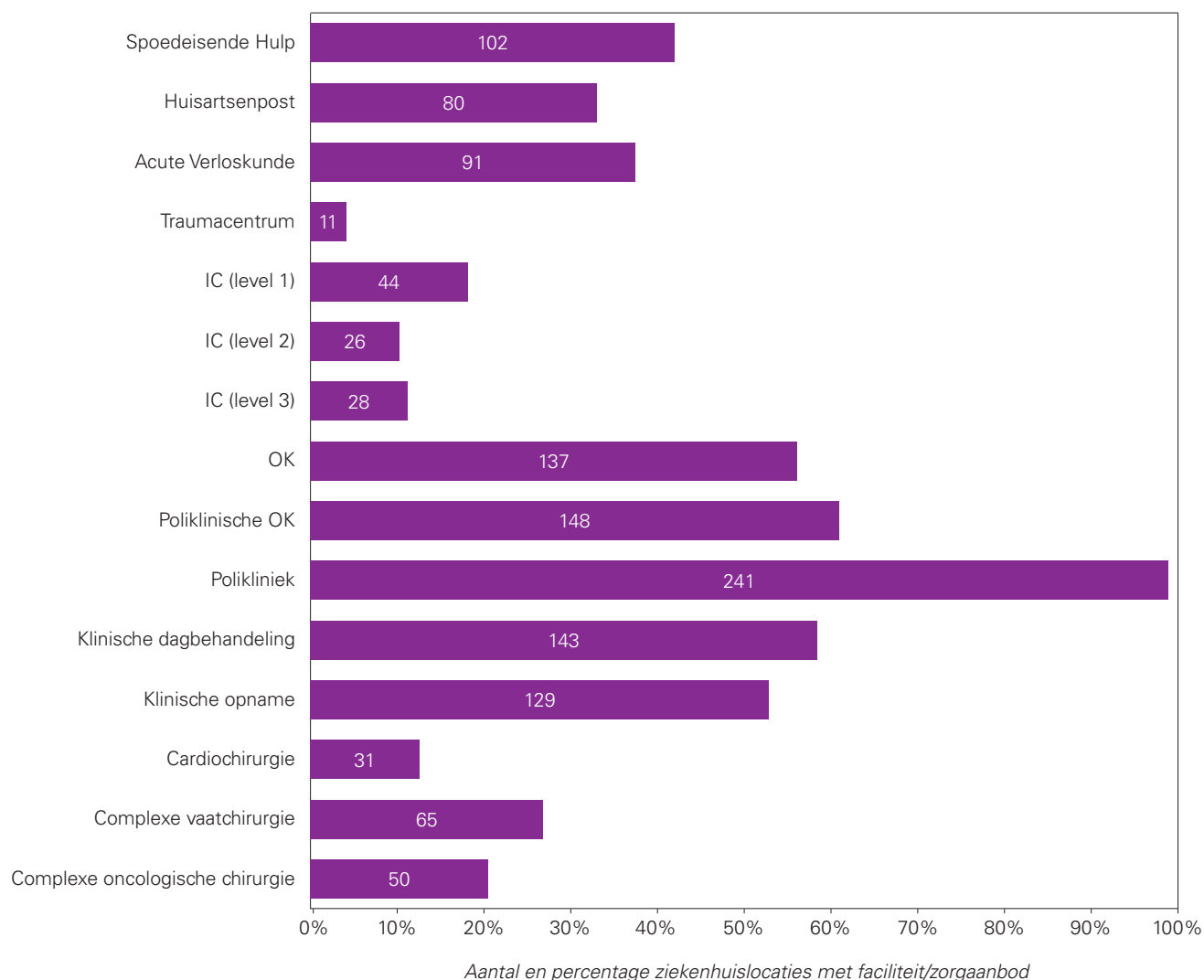
Juist in deze beweging is het belangrijk om goed overleg te voeren en de juiste samenwerkingspartners te hebben, om zo afspraken te maken over de verdeling van de zorg, bijvoorbeeld in de regio. Dat kan zijn tussen ziekenhuizen onderling, maar ook met de eerste lijn. In algemene zin concluderen wij dat de tendens van bestuurlijke samenwerking steeds meer gepaard gaat met een tendens tot rationalisatie van de zorgportfolio's en differentiatie in locatieprofielen. Hiermee worden de eerste stappen gezet op een route waarbij de verzilvering van samenwerking ook gebaseerd is op de durf om passende keuzen te maken over de verschillende locatieprofielen van de samenwerkende ziekenhuizen (zie ook figuur 8 op bladzijde 19).

In ons onderzoek dit jaar hebben we inzichtelijk gemaakt welke zorg op welke locatie wordt aangeboden, zowel van hoofd- als nevenlocaties van ziekenhuizen. Voor iedere locatie hebben we de aanwezigheid van twaalf faciliteiten/zorgtypen⁷ geïnventariseerd. De categorale ziekenhuizen zijn hierbij buiten beschouwing gelaten. In eerste instantie hebben we ons gebaseerd op openbare bronnen om tot een totaaloverzicht per locatie te komen. Vervolgens hebben alle bestuurders van de ziekenhuizen de mogelijkheid gehad om – als onderdeel van een bredere vragenlijst – de door ons verzamelde informatie te controleren en waar nodig te corrigeren of aan te vullen.

“Ziekenhuisbestuurders durven zich de vraag te stellen welke zorg ze niet meer aanbieden”

⁷ Het betreft de aanwezigheid van een spoedeisende hulp, een huisartsenpost, acute verloskunde, traumacentrum, (poliklinische) operatiekamer, polikliniek, klinische dagbehandeling, klinische opname, cardiochirurgie, complexe vaatchirurgie en complexe oncologische chirurgie. Chirurgische ingrepen bij mammacarcinoom en colorectaal carcinoom worden niet gerekend onder complexe oncologische ingrepen.

Figuur 8
Aanwezigheid van faciliteiten/zorgaanbod bij alle ziekenhuislocaties (exclusief categorale instellingen) in aantal en percentage



Figuur 8 laat zien hoeveel ziekenhuislocaties de desbetreffende faciliteit of zorgaanbod hebben. Uit de figuur blijkt bijvoorbeeld dat 102 locaties een SEH hebben en 137 (ruim de helft) van de locaties een operatiecomplex.

Dit is het eerste jaar dat we de zorg per locatie op deze manier inzichtelijk maken. Ons doel is deze exercitie de volgende jaren opnieuw uit te voeren en zo verschuivingen in profielen te identificeren. Uitgaande van de Kwaliteitsvisie Spoedeisende Zorg (ZN, 2013) verwachten wij bijvoorbeeld dat het percentage locaties dat medisch-specialistische acute zorg aanbiedt (zowel spoedeisende hulp als acute verloskunde) de komende jaren (verder) zal afnemen en het aantal locaties waar een HAP aanwezig is zal toenemen. Tevens zal het percentage locaties dat complexe ingrepen (cardio-, vaat- of oncologische chirurgie) uitvoert ook afnemen als gevolg van de steeds strengere kwaliteitsnormen waaraan de ziekenhuizen moeten voldoen, waaronder ook de volumennormen.

Op basis van de aanwezige faciliteiten en zorgtypen hebben we vervolgens de locaties ingedeeld in locatieprofielen. Voor deze indeling hebben we de reguliere indeling van ziekenhuizen in bijvoorbeeld academische centra of STZ losgelaten. Bijlage A bevat een overzicht van alle gehanteerde definities bij de benamingen van de ziekenhuisprofielen. Binnen de locatieprofielen onderscheiden we:




- Ziekenhuislocaties met een acute functie, waaronder:
 - Traumacentrum
 - Complex Interventie Centrum (CIC)
 - Basisziekenhuis⁸
- Ziekenhuislocaties zonder een acute functie, waaronder:
 - Electief centrum
 - Kliniek
 - Buitenpolikliniek
 - 1,5^e-lijnscentrum

Tabel 2 laat zien hoe de verdeling eruit ziet na indeling van alle ziekenhuislocaties in de bovengenoemde profielen. Ruim 40% van de locaties heeft momenteel een acute functie, waarvan het merendeel kan worden geclassificeerd als een basisziekenhuis. Bij de ziekenhuislocatie zonder een acute functie zijn poliklinieken veruit de grootste groep. Klinieken en 1,5^e-lijnscentra bestaan (nog?) niet of nauwelijks volgens onze definitie.

Ook hier is het interessant om de verschuivingen in profielen te gaan volgen gedurende de komende jaren. Bestuurlijke samenwerkingen tussen ziekenhuizen bieden mogelijkheden tot herprofilering en zijn zoals blijkt uit ons onderzoek zelfs steeds meer de reden tot samenwer-

king. Juist omdat ziekenhuizen steeds bewuster omgaan met de zorg die zij als concern aanbieden en daarnaast ook met het aantal locaties binnen het concern waarop die zorg wordt geboden, is het aannemelijk dat locatieprofielen steeds verder differentiëren.

Tabel 2: Indeling ziekenhuislocaties in locatieprofielen (exclusief categorale instellingen)⁹

Ziekenhuislocaties met een acute functie		109	Trend
Traumacentrum		11	 <p>Het aantal ziekenhuislocaties met een acute functie zal naar verwachting de komende jaren dalen, met name de CIC en het basisziekenhuis</p>
Complex Interventie Centrum		34	
Basisziekenhuis		64	
	Basisziekenhuis +	13	
	Basisziekenhuis 0	39	 <p>Het aantal ziekenhuislocaties zonder een acute functie zal naar verwachting de komende jaren stijgen, met name de buitenpoliklinieken en het 1,5^e-lijnscentrum</p>
	Basisziekenhuis -	12	
Ziekenhuislocaties zonder een acute functie		138	
Electief centrum		27	
	Electief centrum met klinische opname	18	
	Electief centrum met alleen dagbehandeling	9	
Kliniek		2	
Buitenpolikliniek		109	
	Buitenpolikliniek met dagbehandeling	1	 <p>Het aantal ziekenhuislocaties zonder een acute functie zal naar verwachting de komende jaren stijgen, met name de buitenpoliklinieken en het 1,5^e-lijnscentrum</p>
	Buitenpolikliniek zonder dagbehandeling	108	
1,5 ^e -lijnscentrum		0	
Totaal		247	

⁸ We maken onderscheid tussen een basisziekenhuis (0), een basisziekenhuis min (-) en een basisziekenhuis plus (+). Een basisziekenhuis plus is een basisziekenhuis dat een IC level >1 en/of >1 specialistische chirurgie heeft. Een basisziekenhuis min is een basisziekenhuis dat geen IC heeft, maximaal één acute functie en geen specialistische chirurgie.

⁹ De definities van de benamingen en de profielen per ziekenhuis zijn opgenomen in bijlage A.

Onder andere als gevolg van eerdergenoemde kwaliteitseisen die in toenemende mate worden opgelegd aan de Nederlandse ziekenhuizen, verwachten wij dat steeds meer basisziekenhuizen transformeren richting een electief centrum, waarbij de acute functie(s) wordt/(worden) geconcentreerd op een andere locatie. Tegelijkertijd zal het aantal buitenpoliklinieken gelijk blijven of toenemen om de bereikbaarheid van bepaalde (niet-complexe) zorg te kunnen blijven garanderen. Het aantal locaties dat fungeert als kliniek of 1,5°-lijnscentrum neemt naar verwachting toe de komende jaren.

De MCA Gemini Groep

Het MCA en het Gemini Ziekenhuis zijn in mei 2008 bestuurlijk gefuseerd tot de MCA Gemini Groep. In september 2010 is de huidige Raad van Bestuur aangetreden. Direct na het aantreden heeft deze een gezamenlijke visie voor de MCA Gemini Groep opgesteld. De complexe interventies zijn geconcentreerd in Alkmaar. Den Helder heeft de functie van basisziekenhuis en in Schagen is een electief centrum gevestigd. In het gezamenlijk interventiecentrum Noord-West worden in samenwerking tussen het MCA en het Rode Kruis Ziekenhuis Beverwijk cardiologische interventies aangeboden. De chirurgen van het MCA en het Rode Kruis Ziekenhuis Beverwijk werken verder samen in de maatschap Chirurgen Noordwest.

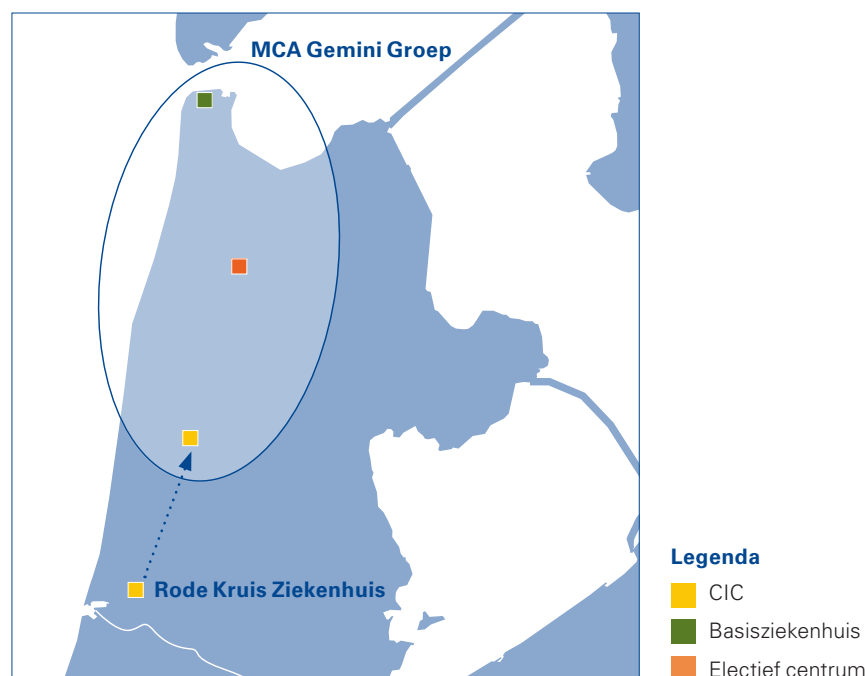
Regio Rotterdam¹⁰

Niet alleen binnen de kaders van de bestuurlijke samenwerking tussen ziekenhuizen zien we een differentiatie

in profielen. Als we uitzoomen en de regio Rotterdam bekijken zien we dat de verdeling van de zorg zich beweegt naar een 'hub & 'spokes'-model, waarin één traumacentrum gevestigd is en drie complexe interventiecentra. De basisziekenhuizen en buitenpoliklinieken zijn verdeeld over de regio. Door de samenwerkingsverbanden lijken er, rondom de 'hub' van het traumacentrum

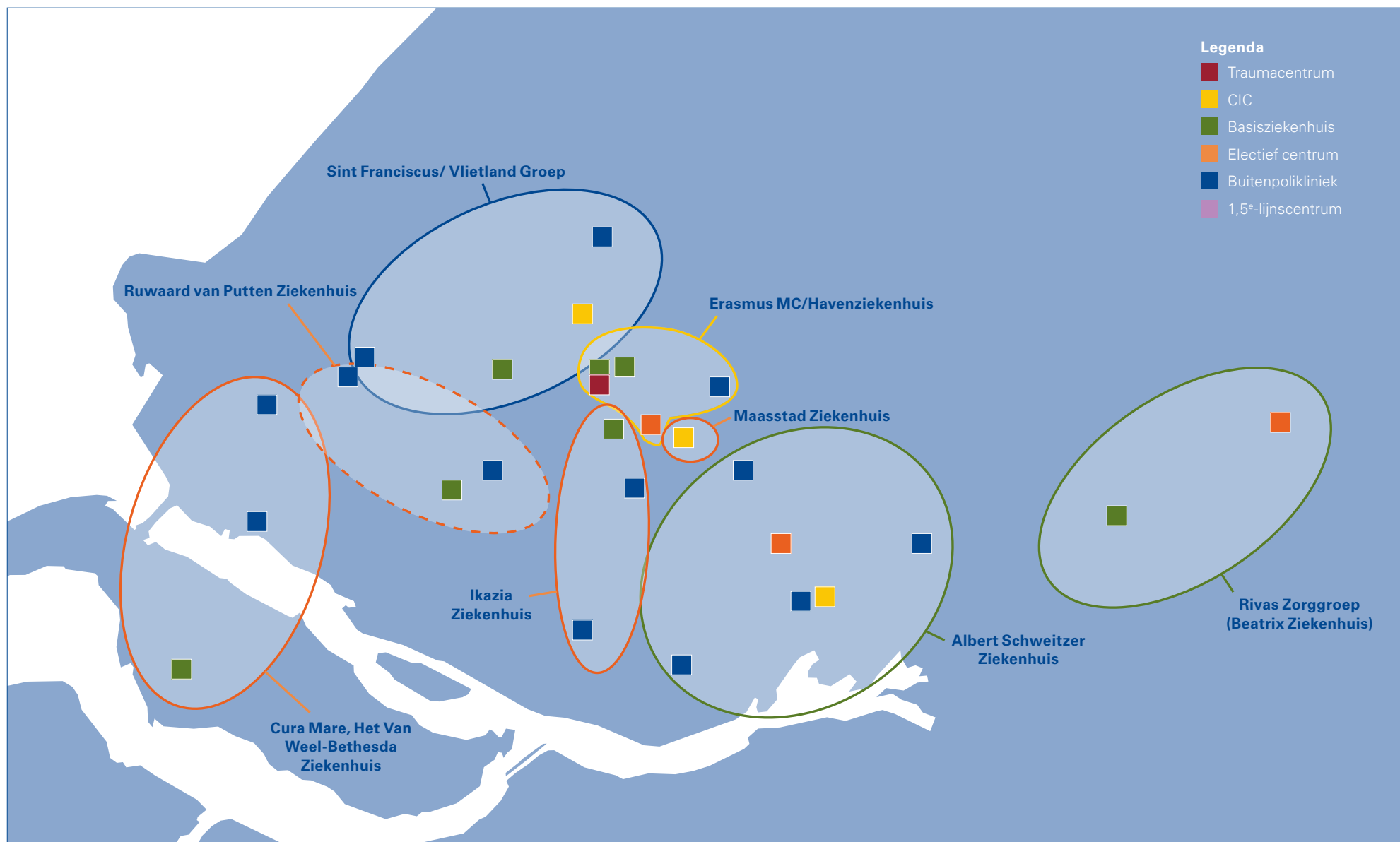
en de complexe interventiecentra, 'spokes' (spaken) van basisziekenhuizen, electieve centra en buitenpoliklinieken te ontstaan. Die ontwikkelen zich in drie verschillende regionale netwerken (Noordoevers, Zuidoever en regio Dordrecht). De gekleurde cirkels geven aan welke verschillende combinaties zich ontwikkelen naar het 'hub & spokes'-model.

Figuur 9
MCA Gemini Groep: indeling in locatieprofielen



¹⁰ Albert Schweitzer Ziekenhuis, Cura Mare, Het Van Weel-Bethesda Ziekenhuis, Erasmus MC, Groene Hart Ziekenhuis, Havenziekenhuis en Instituut voor Tropische Ziekten B.V., IJsselland Ziekenhuis, Ikazia Ziekenhuis, Maasstad Ziekenhuis, Oogziekenhuis Rotterdam, Rivas Zorggroep (Beatrixziekenhuis), Ruwaard Van Putten Ziekenhuis en de Sint Franciscus/Vlietland Groep.

Figuur 10
Regio Rotterdam: indeling in locatieprofielen



Noten: de punten in de kaart geven de verschillende ziekenhuislocaties weer van het desbetreffende type (zie legenda). De cirkel om de locaties geeft de samenhang van de locaties binnen één ziekenhuisconcern weer. Tevens laat de kleur van de cirkel zien welke ziekenhuizen met elkaar – op enige manier – in de regio samenwerken. Een stippellijn geeft samenwerkingsverbanden aan die gaande zijn, of zijn geweest. De ziekenhuizen zijn op basis van viercijferige postcodes in kaart gebracht. Het kan daarom zijn dat de ziekenhuizen niet exact op de juiste plaats staan.

IT en zorg in de regio

Samenwerking in de regio is een belangrijke ontwikkeling die is ingezet om zorg toegankelijk, kwalitatief goed en betaalbaar te houden. Dat betreft zowel de samenwerking tussen ziekenhuizen als de samenwerking in de keten. Een adequaat functionerende IT is een randvoorwaarde om die samenwerking ook werkelijk het beoogde effect te laten hebben. De Nederlandse situatie is er helaas nog steeds één waar patiënten vele malen hetzelfde verhaal vertellen. De eerste, tweede en derde lijn beschikken vaker niet dan wel over eenduidige medische gegevens. Medewerkers in ziekenhuizen zijn elke dag veel tijd kwijt om te achterhalen welke medicijnen een patiënt gebruikt. De huisarts heeft geen inzicht in de labgegevens en medische (digitale) beelden worden op een veel te beperkte schaal gedeeld in een regio. Het ontbreken van een eenduidige set kerngegevens zorgt voor onveilige situaties en is bovendien geldverslindend.

Het succes van de regio

IT is een randvoorwaarde bij het inrichten van passende (en organisatieoverstijgende) zorgpaden in de regio. Opvallend is dat de ontwikkeling in regionale samenwerking, zo blijkt uit onze ervaring, in lijn ligt met de beste inrichting van EPD-systemen. De regio is een uitstekende basis om een betrouwbare uitwisseling van medische gegevens mogelijk te maken. Het in 2012 uitgevoerde internationaal EPD-onderzoek van KPMG laat zien dat landen als Denemarken en Spanje een regionale aanpak verkiezen boven een landelijke aanpak¹. Deze trend is het afgelopen jaar ook opgepakt in Nederland. Momenteel zijn de regionale structuren sterk aan het opkomen als het gaat om IT. Voorbeelden daarvan zijn ontwikkelingen in Friesland, Twente en de regio Eindhoven.

Lessons learned

Er zijn belangrijke nationale en internationale lessen te trekken om in het hier en nu IT succesvol in een regio door te voeren:

- In plaats van het opstellen van 'grootse' plannen die gedoemd zijn te mislukken, is de slagingskans veel hoger als de IT-infrastructuur wordt ingericht op basis van kleinere en concrete doelen. Denk aan het gezamenlijke doel om met de ondersteuning van IT het aantal 'onnodige' bezoeken van patiënten aan zorginstellingen in de regio terug te brengen.
- Het inrichten van een separate IT-programmaorganisatie is cruciaal. Te vaak wordt IT

in de regio er 'even bijgedaan', terwijl zorgaanbieders zelf al een overvolle IT-agenda hebben. IT is zo'n belangrijke ruggengraat voor regionale samenwerking dat expliciete programmering nodig is.

- IT-investeringen zijn een onlosmakelijk onderdeel van de regionale samenwerkingsplannen.
- Pas op voor versnippering. Er worden te veel kleinschalige pilots gestart, met onvolgende meetbare resultaten. Beter is te werken met een zogenaamde 'Proof of Concept' waarin IT-leveranciers worden uitgedaagd te komen met werkende en schaalbare oplossingen.
- Hou eveneens rekening met de huidige ontwikkelingen, zoals de implementatieagenda van de Vereniging van Zorgaanbieders voor Zorgcommunicatie (VZVZ). Daar wordt onder andere onder druk van de zorgverzekeraars veel in geïnvesteerd.
- Sluit vooral aan bij lokale bestaande systemen in de verschillende onderdelen van de keten en koppel deze op basis van de zorgpaden en de benodigde afstemming over patiënten.

Tot slot is wellicht de belangrijkste factor voor succes dat bij bestuurders in de regio de echte wil aanwezig is om samen te werken op het gebied van IT en dat hierin initiatief wordt genomen. De stand van de techniek is inmiddels zover dat deze geen belemmering meer vormt. Het is niet noodzakelijk om binnen de regio op eenzelfde IT-systeem te werken, maar de gegevens moeten wel uitwisselbaar zijn. Een schil op de bestaande systemen biedt daarvoor een passende oplossing. Haalbaarheid van regionale IT-koppeling is daarmee niet meer het issue dat samenwerking in de weg staat. Sterker nog, een goede IT-infrastructuur kan het proces van samenwerking verder versterken. Zeker als IT nog meer proactief wordt ingezet om ook de uitkomsten van samenwerking te monitoren, dan ontwikkelt IT zich van een randvoorwaarde naar een domein dat mede sturend wordt voor de ontwikkeling van samenwerking rondom patiënten.

Onze indicatie voor de toekomst is dat IT zelfs van randvoorwaarde naar een meer bepalende factor voor de vormgeving van het zorglandschap zal ontwikkelen. De ontwikkelingen op het gebied van 'big data', domotica en telehealth zullen hierin bepalend zijn.

¹ <http://www.rijksoverheid.nl/documenten-en-publicaties/rapporten/2012/02/08/rapport-onderzoek-internationaal-epd-van-kpmg.html>

Kleine vis in grote vijver of grote vis in kleine vijver? Het dilemma van de UMC's

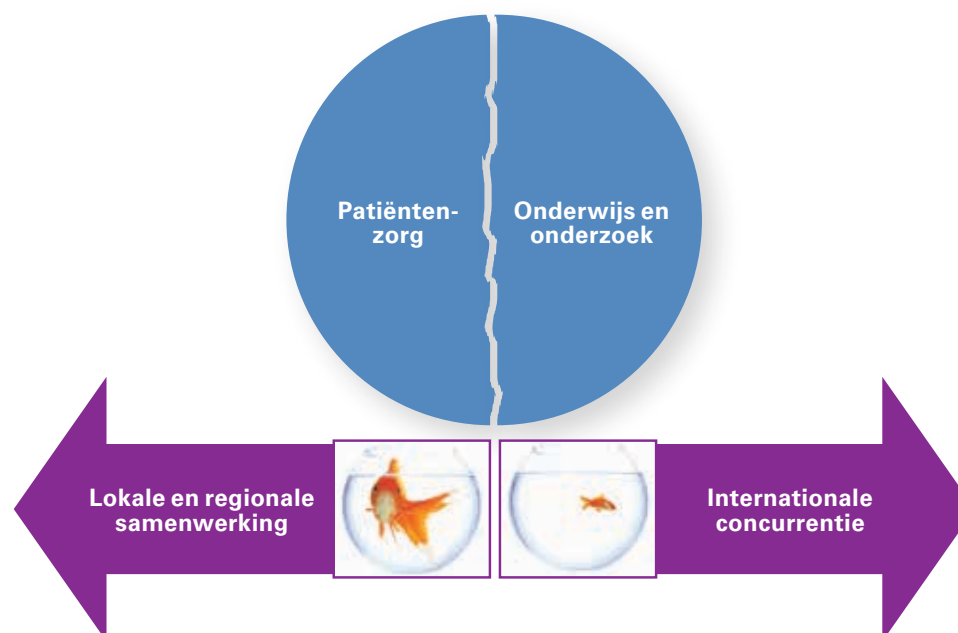
De Nederlandse Universitaire Medische Centra zijn trots op hun unieke organisatievorm. En terecht. De volkomen integratie van patiëntenzorg, onderzoek en onderwijs is uniek en wordt vanuit veel buitenland met interesse bestudeerd. Maar is het model ook toekomstbestendig?

Eén van de gevolgen van de integratie van patiëntenzorg, onderwijs en onderzoek (P&O&O) is dat UMC's een tamelijk breed en op elkaar aansluitend spectrum aan specialisaties verzorgen. Maar het toneel waarop UMC's hun onderzoekskracht moeten bewijzen wordt ondertussen steeds internationaler. Dan kan een te kleine schaal en onvoldoende focus juist tegen gaan werken. Ook de financiers en financieringsstromen voor onderzoek worden internationaler en commerciëler, waarbij bijvoorbeeld de farmaceutische en life sciences-industrie en 'Big Data-partijen' een deel van het speelveld claimen. Een onderzoeksinstituut dat te nationaal, te breed en te 'puur medisch' is georganiseerd, gaat het in die wedloop niet redden.

Tegelijkertijd worden (sommige) UMC's vanuit hun regio juist aangesproken om een regierol met betrekking tot de in de regio te leveren zorg op zich te nemen. Dan is een breed zorgaanbod juist een pre en zijn nationale financiers en geldstromen (denk aan verzekeraars) juist heel belangrijk. Het nationale/regionale/lokale speelveld is daarmee wel een heel ander speelveld aan het worden dan het internationale.

De vraag is hoe lang UMC's op deze twee borden tegelijk kunnen schaken en of het feit dat de krachten die met name op de onderzoeksfunctie werken, niet een heel andere kant op gaan dan de krachten die van invloed zijn op de patiëntenzorg. De vraag is ook of het klassieke geïntegreerde P&O&O-model daarin overeind blijft. Voor steeds meer UMC's zal zich de keuze aandienen of zij hun regionale functie vooropstellen of hun internationale ambitie. Of ze de grote vis in de kleine vijver willen zijn of de kleine vis in de grote vijver.

Figuur 11
Toekomstbeelden als extremen





'Het UMC als hoeder van de regio'

Het Universitair Medisch Centrum Groningen (UMCG) is één van de grootste ziekenhuizen in Nederland en de grootste werkgever van Noord-Nederland. Dat brengt verantwoordelijkheden met zich mee, vindt Jos Aartsen, voorzitter van de Raad van Bestuur.

Het zorglandschap in Nederland verandert, portfolio's lijken te verschuiven. Wat zie jij in dat opzicht gebeuren tussen de UMC's?

Er zal de komende jaren zeker een verdere taakverdeling tussen de academische ziekenhuizen plaatsvinden. Het is goed dat we verdergaan met concentratie, maar dat zal ook zijn beperkingen hebben. De kinderoncologie vind ik bijvoorbeeld doorgeslagen in termen van concentratie. Ik verwacht eerder dat we voor de verschillende specialisaties ten minste naar twee à drie centra in het land gaan. Je moet ervoor waken dat de zorg te kwetsbaar en onbereikbaar wordt. Bij het UMCG spreken we uit ervaring: wij draaiden destijds als enige centrum in Nederland een longtransplantatieprogramma. De kwetsbaarheid en bereikbaarheid hebben ertoe geleid dat twee andere UMC's ook een dergelijk programma zijn gaan draaien.

Tussen de UMC's vindt op dit moment al verdeling van specialisaties plaats. Denk bijvoorbeeld aan transplantaties, weesziekten, kindhartoperaties, etc. Naar de toekomst zal deze portfoliodiscussie en daarmee ook de verdeling naar de UMC's ongetwijfeld door worden gezet.

Welke rol heb je als UMC in de verdeling van zorg over de regio?

Een leidende rol. We zullen het met elkaar moeten klaar spelen in de regio. Samenwerken is het sleutelwoord daarin. Ik vind dat we als UMC een maatschappelijke en publieke functie hebben om hierin het voortouw te nemen en het overzicht te bewaren. Wij zien het UMCG in deze regio als 'hub'. De 'spokes'-ziekenhuizen blijven nodig: dichtbij waar het kan, verder weg waar het moet. Ook

STZ-ziekenhuizen spelen hierin een belangrijke rol. Iedere speler heeft zijn eigen plek en functie in het zorglandschap, maar dat gaat niet vanzelf.

Onze verantwoordelijkheid gaat verder dan alleen de portfolioverdeling van zorg tussen ziekenhuizen. Samenwerking met de eerste lijn is minstens zo belangrijk. Op het moment dat we bijvoorbeeld zien aankomen dat er in de toekomst te weinig huisartsen zijn in de regio, moeten we daar als UMC nu al op inspelen. Het gaat er uiteindelijk om dat je met elkaar de zorg op de juiste plek levert.

Er zijn ook topklinische ziekenhuizen die de regierol naar zich toe willen trekken. Hoe denk jij daarover?

UMC's hebben, zoals ik al eerder heb aangegeven, een maatschappelijke en publieke functie. Vanuit die optiek ligt er bij de UMC's dan ook primair de verantwoordelijkheid om die regierol te nemen. Temeer ook omdat wij als UMC's voor een groot gedeelte van de portfolio geen concurrerende positie innemen ten opzichte van de algemene ziekenhuizen.

Het UMCG werkt niet alleen samen op het gebied van bijvoorbeeld inkoop, opslag en distributie van medische middelen en IT (EPD), maar ook als het gaat om ondersteunende specialismen zoals pathologie, klinische chemie en infectieziekten. Uitgangspunt hierbij is verhoging van kwaliteit en efficiëntie.

In algemene zin denk ik overigens wel dat de samenwerking tussen ziekenhuizen zich de komende jaren vooral op het primaire proces zal richten. Daar is de samenwerking echt nodig en dat is onze core business.

“ UMC's hebben een maatschappelijke rol in de discussie over portfoliokeuzen in de regio ”

De ACM/NZa wordt dit jaar in onze enquête veel minder gezien als een belemmering in het aangaan van samenwerking tussen zorgaanbieders ten opzichte van vorig jaar. Hoe ervaar jij dat?

Ik heb het gevoel dat we het spel veel beter in de vingers hebben. We overleggen in een vroeg stadium met alle betrokken partijen. Daarnaast zien de ACM/NZa ook dat de samenwerkingen primair gaan over kwaliteit van zorg. Naar mijn mening hebben aanbieders van zorg en zorgverzekeraars inmiddels begrepen dat zij de ACM/NZa mee moeten nemen in dit soort processen. Dan hebben zij geen achterstand in kennis en kunnen zij veel beter overzien waarom deze vormen van samenwerking tot stand moeten komen.

Samenwerking gaat verder dan alleen tussen ziekenhuizen

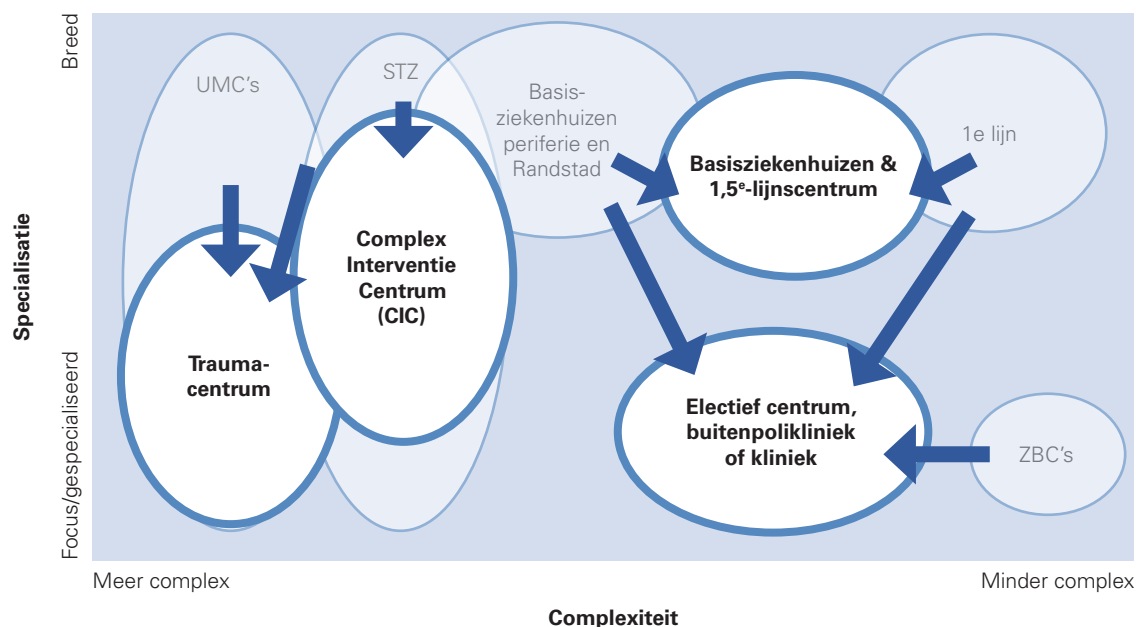
Ten opzichte van vorig jaar is door bestuurders het belang van samenwerking in de keten meer benadrukt. De portfoliodiscussie stopt niet bij de ziekenhuisgrenzen. De rationalisering van de strategie strekt zich in toenemende mate uit over het hele zorglandschap waardoor er meer aandacht wordt besteed aan samenwerking met partners uit de eerste lijn. Dit blijkt ook uit de gesprekken die we voerden in het kader van 'Bestuurders aan het woord' (zie pagina's 16, 25 en 27).

Vooral het aantal bestuurders dat aangeeft samen te werken met huisartsen stijgt fors, van 22% naar 40%. Samenwerking met verzorgingshuizen neemt met 7% toe (van 15% naar 22%) en samenwerking met verpleeghuizen blijft ongewijzigd staan op ruim 25%.

De andere kant van de medaille is dat er nog steeds meer ziekenhuizen niet dan wel samenwerken in de keten. De omslag van het historisch institutioneel denken naar strategisch denken over verdeling van zorg over het zorgsysteem heeft nog niet overal zijn uitwerking. Wanneer ziekenhuizen hun eigen portfoliostrategie meer uitgekristalliseerd hebben, verwachten we hierin nog een grotere stijging.

Als we alle bovenstaande ontwikkelingen bij elkaar optellen, dan zien we een zorglandschap ontstaan dat gestaag in beweging is, waarbij hét ziekenhuis aan het eind van zijn levenscyclus komt en zorg wordt geleverd in een variëteit aan settings waarin verschillende partijen met elkaar samenwerken.

Figuur 12
Verschuivingen in het zorglandschap





‘De herontdekking van de regio’

Wouter van der Kam, voorzitter van de Raad van Bestuur van de Antonius Zorggroep, ziet in het zorglandschap een hoofdrol voor de regio en de zorgnetwerken daarin: ‘het ziekenhuis bestaat niet meer’.

Wat zijn de samenwerkingsverbanden waar jullie als Antonius Zorggroep mee bezig zijn?

We hebben een ‘oriëntatie in Kans’; de Kwadrantgroep, de Antonius Zorggroep en NijSmellinge/Pasana. De intentieverklaring is op dit moment nog niet getekend, maar idealiter gaan we medio 2014 over tot een bestuurlijke fusie. De procedure met de ACM en de gesprekken met de zorgverzekeraar en andere stakeholders gaan daar nog aan vooraf. Met het UMCG hebben we een intentieverklaring op specifiek zorgaanbod zoals kinderoncologie, genetica en 1,5°-lijnszorg. Daarnaast hebben we ook samenwerking op (medisch) ondersteunende diensten, zoals de keuken met care-aanbieder Plantein, de facilitaire dienst, apotheek, het laboratorium en pathologie. Dan noem ik nog niet eens de samenwerking in de regionale keten. Het is nogal een netwerk aan het worden.

We zien dat de indikkingsslag van zelfstandige ziekenhuisbesturen niet samengaat met het afnemen van het aantal ziekenhuislocaties. Hoe zie jij de positie van het basisziekenhuis in de toekomst?

Dat zijn paradoxaal genoeg inderdaad tegenstrijdige bewegingen. De indikkingsslag is alleen op het niveau van zelfstandige besturen zoals je aangeeft, maar er is ook een ‘verdundingsslag’, ofwel we hebben te maken met concentratie én deconcentratie.

Ik zie vier bewegingen in het zorglandschap. De eerste is concentratie van complexe zorg. Dat hoeft overigens niet per se in een topklinische setting te zijn. Laterale samenwerking tussen twee basisziekenhuizen kan ook. Daarnaast (de tweede beweging) zie ik enige concentratie van electieve zorg. Het zal niet allemaal naar één zieken-

huis verplaatst worden, maar een aantal ziekenhuizen zal daarin toch een voorkeur voor een bepaalde behandeling laten zien. De derde beweging is dat niet ieder ziekenhuis zijn beschikbaarheidsfunctie overeind kan houden en de vierde en meest fundamentele beweging is deconcentratie van zorg naar huisartsen in de regio.

We gaan op in een netwerk. ‘Het ziekenhuis’ bestaat niet meer, ‘de huisarts’ en ‘de thuiszorg’ overigens ook niet. Zo creëren nu we een netwerk, ‘de Compagnons’, met ziekenhuizen, huisartsen en thuiszorg op het gebied van transmurale farmacie, kleine chirurgie, complexe diagnostiek en oncologie. Voor bijvoorbeeld het laatste onderdeel hebben dertien huisartsenpraktijken zich aangemeld in de regio Zuidwest Friesland. Daarmee verplaats je een deel van de zorg en het budget naar de regio. Maar door op die wijze ‘kleiner’ te worden krijg je een sterker marktaandeel, de Antonius Zorggroep is de afgelopen vijf jaar in marktaandeel met 30% gegroeid.

Niemand is ‘eigenaar’ van het netwerk, wat dat betreft is het anarchistisch, het netwerk zelf doet het werk. Binnen juridische, financiële, regionale en kwaliteitsgrenzen vraag je zorgaanbieders een bijdrage te leveren aan de regio. Iedereen kan daarop inschrijven, en zo krijg je een netwerkgevoel. Het is een geweldig experiment, waarbij de sturing zit op kwaliteit en kosten. We meten dan ook ‘zorgketenklanttevredenheid’.

Waar staan we volgens jou over vijf jaar? Wat is het eindbeeld?

Er is geen voorspelbaar eindbeeld meer. Mijn beeld op kortere termijn is een goed regionaal functionerend netwerk, dat minder geconcentreerd is dan wij nu denken.

“ Door kleiner te worden krijg je een sterker marktaandeel ”

De herontdekking van de regio door de burger wordt een nieuw thema. De bevolking roept de concentratie op een gegeven moment ook een halt toe. Het Medisch Centrum Leeuwarden koesteren we om juist ook de topklinische zorg in de regio te blijven aanbieden. Het is in mijn visie zelfs zo dat welvaart van een regio sterk afhankelijk is van hoe zorg georganiseerd is. Wie dat nu begrijpt en organiseert is de winnaar van morgen. Een sprekend voorbeeld daarvan is het ziekenhuis in Hardenberg, dat onderdeel is van de Saxenburg-groep. Pauline Terwijn heeft het concept van ‘verbinding met de regio’ goed begrepen.

Is de ACM een belemmering voor de netwerken? We zien in onze enquête dat er minder angst lijkt te zijn voor toezichthouders.

Ja, daar heb ik mee te maken gehad. Onze thuiszorg heeft een boete gekregen voor een vermeende gedraging op samenwerking in de thuiszorg. Die heb ik overigens – als een van de weinigen – meteen betaald om hogere advocaatkosten te voorkomen. Al met al denkt de ACM nu genuanceerder en wij zijn minder naïef geworden. Het is een leerproces aan beide kanten.

04



**Capita selecta: samenwerking en
uitbesteding van (medisch)
ondersteunende diensten**

Sourcing

Het organiseren van activiteiten wordt ook wel sourcing genoemd. In feite ligt een 'make, buy or ally'-beslissing ten grondslag aan de wijze waarop een activiteit of cluster van activiteiten wordt georganiseerd. Afhankelijk van de aard en kenmerken van de activiteit en andere bepalende criteria kan een weloverwogen keuze worden gemaakt tussen zelf doen, samen doen met een andere organisatie of uitbesteden aan een externe partij.

In ons onderzoek hebben wij speciale aandacht besteed aan de samenwerkingsvormen en positionering van de (medisch) ondersteunende diensten binnen ziekenhuizen. Dit omdat kansen op het realiseren van meerwaarde en kostenreductie als gevolg van schaalvoordelen bij samenwerkingsverbanden tussen ziekenhuizen vaak direct gerelateerd kunnen worden aan (medisch) ondersteunende diensten.

In dit hoofdstuk stellen we de vraag of ziekenhuizen kansen laten liggen in het samenwerken en uitbesteden van (medisch) ondersteunende diensten.

Terughoudendheid in samenwerking en uitbesteding van (medisch) ondersteunende activiteiten

In onze enquête hebben we de ontwikkeling van de samenwerking en positionering van medisch ondersteunende diensten gepeild. Er is in de afgelopen drie jaar een voorzichtige verschuiving naar samenwerking en uitbesteding waarneembaar. Eerste conclusie blijft dat Nederlandse ziekenhuizen terughoudend zijn in het

samenwerken op en uitbesteden van (medisch) ondersteunende activiteiten.

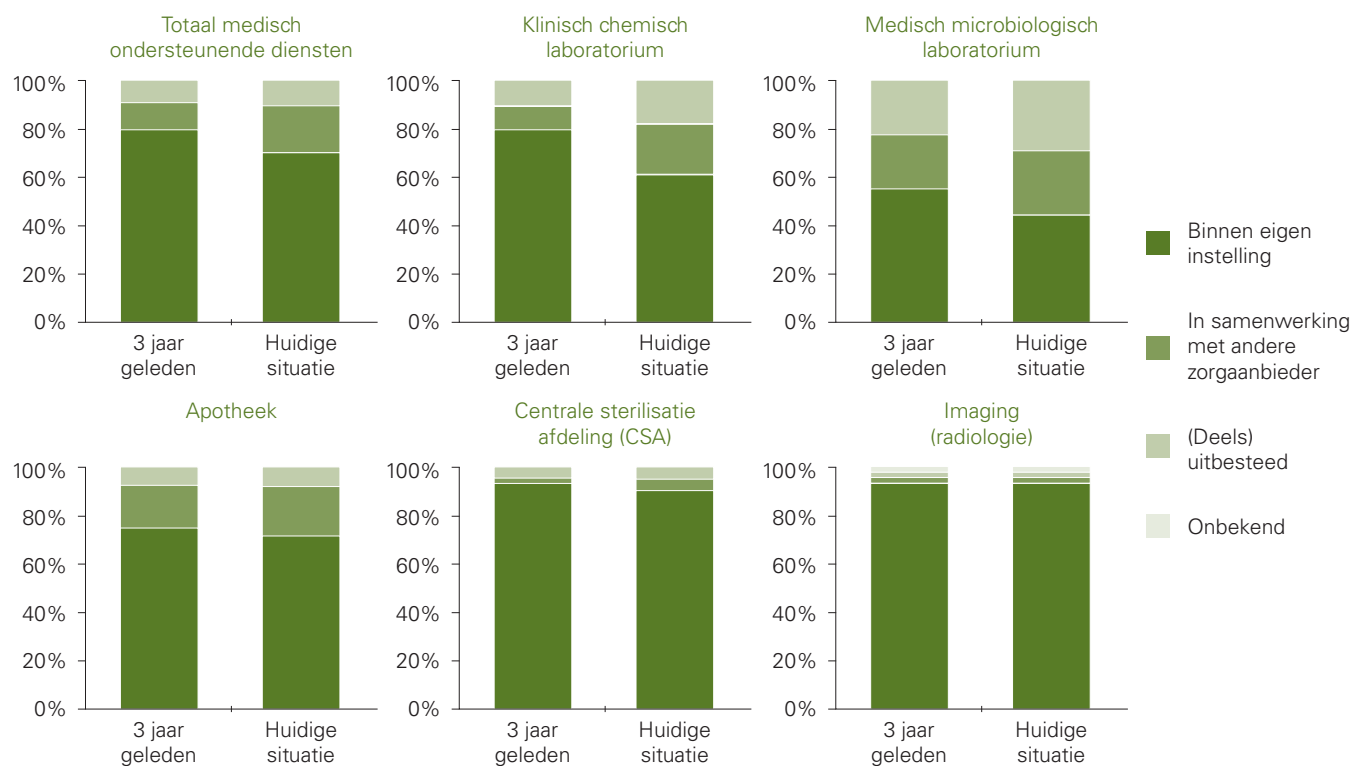
Uitbesteding van medisch ondersteunende diensten gebeurt maar mondjesmaat

Uit het onderzoek komt naar voren dat ziekenhuizen in slechts 1 op de 8 gevallen (12,5%) één of meerdere (on-

derdelen van) medisch ondersteunende diensten hebben uitbesteed. Toch is er een voorzichtige beweging naar samenwerking en uitbesteding te zien. Van alle respondenten heeft 25% aangegeven dat de samenwerking en positionering van ten minste één of meerdere van de medisch ondersteunende diensten in de afgelopen drie jaar is gewijzigd. Drie jaar geleden was nog 80% van de

Figuur 13

Ontwikkeling samenwerking en uitbesteding van medisch ondersteunende diensten



diensten georganiseerd binnen de eigen instelling; anno 2013 is dit 73%.

Van verandering en uitbesteding heeft het merendeel betrekking op medische laboratoria. Steeds minder ziekenhuizen organiseren de labs nog zelfstandig. Ruim 20% heeft een verandering doorgevoerd in de samenwerking en positionering van de medische laboratoria. Onder de respondenten van de enquête heeft nog 61% het klinisch chemisch lab in eigen beheer (drie jaar geleden 78%) en voor het lab medische microbiologie is dat 43% (was 55%). Opvallend is verder dat de samenwerking en po-

Uitbesteding van CSA

In tegenstelling tot het buitenland besteedt Nederland nog op zeer beperkte schaal CSA-activiteiten uit aan een private partij. Ziekenhuizen die kiezen voor uitbesteden doen dat om efficiency- en kwaliteitsverbetering te realiseren. De efficiencyverbetering zit in het vrijspelen van dure vierkante meters van het ziekenhuis en het profiteren van schaalvoordelen, zowel op de inzet van medewerkers als apparatuur. Ook wordt geprofiteerd van inkoopvoordeel en ontstaan voordelen op het terrein van (gezamenlijke) investeringen. Kwaliteitswinst wordt bereikt doordat de private partij beter in staat is om te investeren in moderne, state-of-the-art apparatuur en in goede opleidingsmogelijkheden voor het personeel dan het ziekenhuis zelf.

sitionering van Imaging en CSA vrijwel niet is gewijzigd. Meer dan 90% van de ziekenhuizen doet dit nog volledig in eigen beheer (zie kader).

Koudwatervrees en bezwaren

Bij het nadenken over uitbesteding hoort ook het in ogenschouw nemen en wegen van mogelijke risico's. Wij zien een viertal veelvoorkomende bezwaren:

- Verlies van eigen sturing.
- Afhankelijkheid voor continuïteit van zorg.
- Noodzaak tot forse extra investeringen.
- Btw-drempel.

Deze zorgen zijn volgens ons voorstelbaar, echter deels niet terecht en bovendien oplosbaar.

- De angst om grip kwijt te raken is feitelijk onjuist. De uitvoering wordt niet meer rechtstreeks aangestuurd maar door middel van een overeenkomst. Dat vraagt andere vaardigheden en een goed contract, maar daarmee kan grip geborgd worden. De contractuele relatie kan een resultaatgerichtheid en zakelijke sturingsmogelijkheid bieden die het verlies aan directe sturing meer dan compenseert.
- Het gevaar van discontinuïteit is niet anders dan wanneer het ziekenhuis zelf de CSA runt. De kans bij uitbesteding is erin gelegen het voordeel van specialisatie van de derde partij te benutten, waardoor je meer deskundigheid creëert en betere garanties op

continuïteit. Om de afhankelijkheid van het ziekenhuis te beperken heeft het baat bij meerdere aanbieders in de regio.

- Het belang van goede logistiek en planning is vanzelfsprekend groot. De noodzaak om meer operatienetten aan te schaffen omdat er sprake is van extra reistijd tussen OK en CSA-ruimte, valt echter goed door te rekenen. De ervaringen uit de praktijk zijn dat meer dan eens zicht op de daadwerkelijke omloopsnelheid van netten ontbreekt. In voorkomende gevallen kan een adequate logistiek gekoppeld aan een optimale OK-planning extra aanschaf beperken tot het echt noodzakelijke.
- De btw kan een mogelijke drempel zijn. De externe partij zal in haar aanbod dan ook duidelijk moeten maken dat het btw-effect kan worden goedge maakt. De praktijk laat zien dat dit niet onmogelijk is. En er zijn voorbeelden van samenwerkingsvormen waarin het btw-effect kan worden vermeden (zie volgende pagina).

Btw-aspecten van sourcing

Zorginstellingen hebben over het algemeen te maken met een beperkt recht op aftrek van voorbelasting. Ten opzichte van het 'in-house' verrichten van deze activiteiten, brengt sourcing in veel gevallen een btw-druk van (in de regel) 21% met zich mee. Hiervan dient men zich vooraf bewust te zijn, zodat men tijdig kan laten nagaan of er mogelijkheden zijn om deze btw-druk te beperken.

Btw-heffing kan – afhankelijk van de exacte feiten en omstandigheden – bijvoorbeeld voorkomen worden door toepassing van de volgende 'instrumenten':

- vorming van een fiscale eenheid btw met de entiteit die de prestaties verricht, zodat de prestaties voor de btw als het ware intern worden verricht;
- toepassing van het zogenaamde leerstuk voor kosten voor gemene rekening, op grond waarvan onder bepaalde (strikte) omstandigheden zonder btw-kosten mogen worden verdeeld;
- toepassing van een wettelijke btw-vrijstelling, zoals de zogenaamde btw-koepelvrijstelling, de medische vrijstelling of de btw-vrijstelling voor sociaal-culturele prestaties.

Per situatie zal moeten worden nagegaan of een instrument past bij de feitelijke omstandigheden en bij de afspraken tussen partijen. Zij hebben namelijk elk een verschillende werking en elk instrument geldt onder zeer specifieke formele en inhoudelijke voorwaarden. Het is van groot belang 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 nu de Belastingdienst een toenemende aandacht heeft voor de btw-aspecten bij sourcing en samenwerking.

Volledigheidshalve merken wij op dat ook het recht op aftrek bij degene die de prestaties verricht niet uit het oog moet worden verloren. Implementatie van een instrument om btw-druk te beperken, zal ook op dat niveau ingrijpende gevolgen hebben. Om de btw-handeling van outsourcing toe te lichten, nemen wij hieronder twee voorbeelden op.

Voorbeeld 1: Een zorginstelling heeft een interne afdeling HR, waaraan in totaal jaarlijks een bedrag van 350.000 euro aan loonkosten toe te rekenen is. Er worden beperkt diensten met btw-voorbelasting betrokken. Op enig moment besluit de instelling het HR-management uit te besteden aan een externe partij. De externe partij berekent een fee van 300.000 euro (exclusief btw) per jaar voor de verrichte diensten.

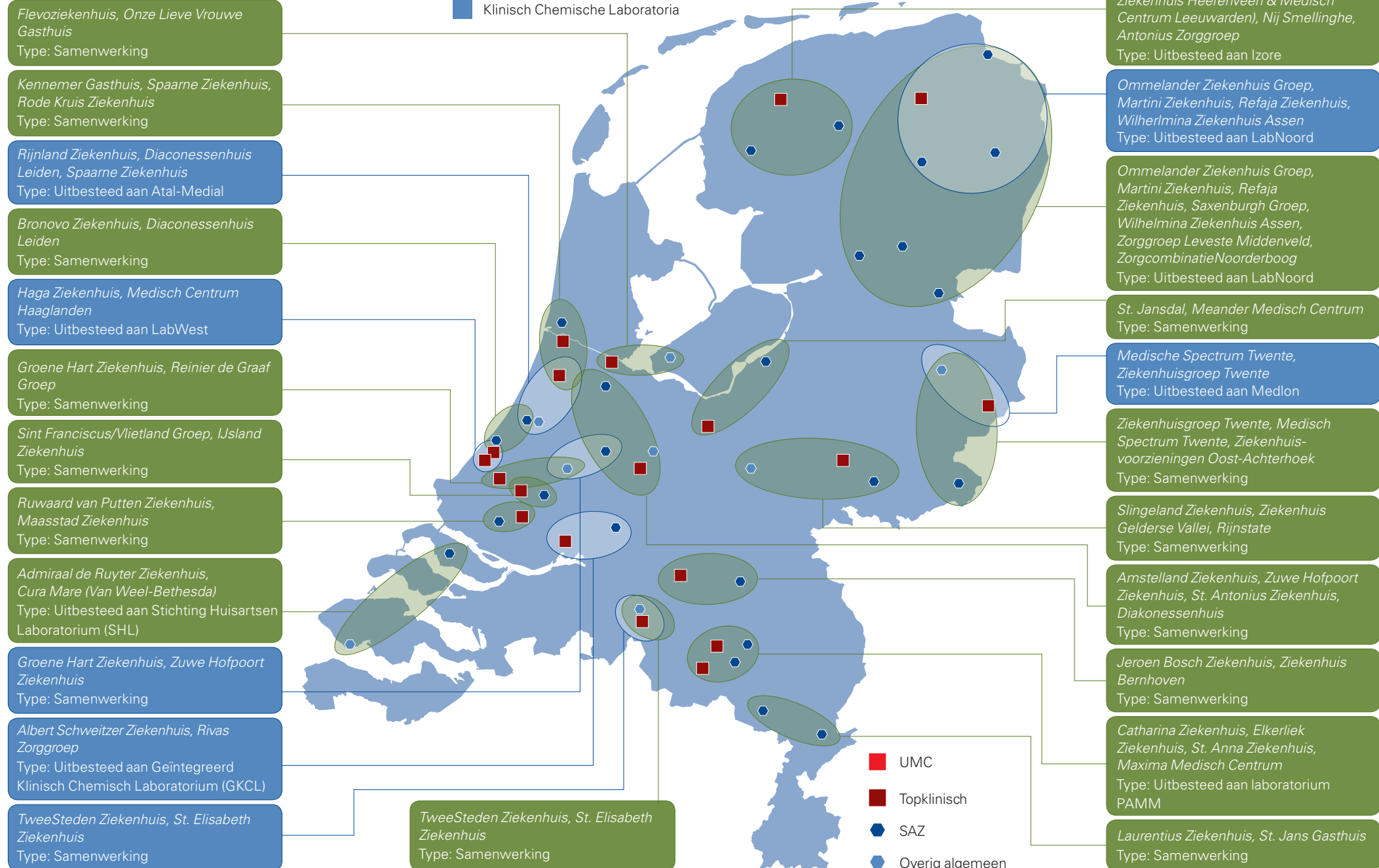
Het verrichten van HR-management is een btw-belastbare prestatie. Geen van de wettelijke btw-vrijstellingen kan op deze prestatie toepassing vinden. Aangezien de externe partij niet op enige wijze verbonden is aan de zorginstelling, kunnen zij geen fiscale eenheid voor de btw vormen. Toepassing van het leerstuk van kosten voor gemene rekening zal voor partijen in de praktijk niet werkbaar zijn, aangezien bij de verdeling een vaste verdeelsleutel moet worden gehanteerd. Ervan uitgaande dat de zorginstelling geen recht op aftrek van voorbelasting heeft, zullen de totale kosten (inclusief 21% niet-aftrekbare btw) voor de zorginstelling 363.000 euro bedragen. De outsourcing leidt dus niet tot een financieel voordeel voor de zorginstelling.

Voorbeeld 2: Een zorginstelling wil haar laboratorium verzelfstandigen. De vraag rijst, of ook deze outsourcingvariant tot een btw-druk van 21% leidt. De staatssecretaris heeft in een Besluit aangegeven, dat medische analyses met het oog op de preventieve observatie en preventief onderzoek kunnen worden gerekend tot de gezondheidskundige verzorging van de mens. Op medische analyses die een zelfstandig laboratorium in opdracht van een zorginstelling verricht, mag daarom de btw-vrijstelling toegepast worden voor zover het gaat om medische analyses met het oog op de preventieve observatie en preventief onderzoek van de patiënt.

Figuur 14

Landschap samenwerking en uitbesteding medische laboratoria

■ Laboratoria Medische Microbiologie
 ■ Klinisch Chemische Laboratoria



Bron: deskresearch openbare bronnen

Algemeen ondersteunende diensten worden grotendeels zelf uitgevoerd

Binnen de algemeen ondersteunende diensten is uitbesteding nog lang niet op alle domeinen aanwezig. Op basis van onze enquête zien we hierin een lichte verandering optreden. Van alle respondenten heeft 42% aangegeven dat de samenwerking en positionering van ten minste één van de algemeen ondersteunende diensten in de afgelopen drie jaar is gewijzigd. Er is een voorzichtige beweging naar samenwerking en uitbesteding. Was drie jaar geleden 90% van deze diensten georganiseerd binnen de eigen instelling, anno 2013 is dat gereduceerd naar 81%.

De grootste verandering ten opzichte van drie jaar geleden is te zien op de positionering van Facilitaire dienst en Inkoop. Zo is bij 20% van de respondenten de samenwerking en positionering van de Facilitaire dienst veranderd, met name naar meer uitbesteding. Het gaat traditioneel om zaken als linnen, schoonmaak en beveiliging. In toenemende mate komen daar ook voeding en techniek bij. Bij de IT-functie is zowel het aandeel van samenwerking (van 6% naar 8%) en uitbesteding (van 6% naar 13%) beperkt toegenomen. HR en Financiën blijven vrijwel onveranderd en zijn op een enkel ziekenhuis na allemaal binnen de eigen instelling georganiseerd.

In 25% van de ziekenhuizen is de positionering van de inkoopfunctie veranderd. Er wordt met name meer samengewerkt, uitbesteding gebeurt op zeer beperkte schaal.

In de enquête zien we dat 72% van de bestuurders aangeeft dat het ziekenhuis participeert in een inkoopcom-

binatie. Bijna 40% van de ziekenhuizen werkt met een gezamenlijke inkoopfunctie en een enkel ziekenhuis heeft de inkoopfunctie uitbesteed. In de gevoerde achtergrondgesprekken horen we terug dat samenwerking tussen ziekenhuizen op inkoop vooral gericht is op het creëren van volume om zo betere inkoopcondities te kunnen af-

dwingen. Veelal is nog wel sprake van individuele contracten en wordt het contractmanagement ingevuld door elk participierend ziekenhuis. Dat is een mogelijke verklaring waarom uit de enquête naar voren komt dat de meeste ziekenhuizen inkoop zelf doen, terwijl er landelijk een brede waaier van inkoop samenwerkingen te zien is.

Figuur 15
Ontwikkeling samenwerking en uitbesteding van algemeen ondersteunende diensten



Zorgservice XL: “Forse besparingen gerealiseerd door inkoop samenwerking, maar we zijn er nog niet”

In 2009 hebben drie ziekenhuizen – Sint Franciscus Gasthuis, Reinier de Graaf Groep en het Haga Ziekenhuis – de krachten op inkoopgebied gebundeld. In een separaat organisatieonderdeel, tegenwoordig een bv met de deelnemende ziekenhuizen als aandeelhouders, zijn de strategische en tactische inkoop en de logistiek ondergebracht. De voorraden van de drie ziekenhuizen zijn samengebracht in een gezamenlijk warehouse op een ten opzichte van de drie ziekenhuizen centraal gelegen locatie.

De samenwerking heeft sindsdien forse besparingen opgeleverd en de inkoopfunctie is verder geprofessionaliseerd. “Wij zijn nu ook klaar voor de echt omvangrijke en grote vraagstukken”, aldus Jan Akerboom, directeur Zorgservice XL en Conny Kelly, directeur Inkoop Zorgservice XL. “Intussen beschikken we over een gezamenlijke catalogus en zijn de systemen verbeterd. Afgelopen jaar is voor de ziekenhuizen ruim 7 miljoen euro aan besparingen gerealiseerd, dat smaakt naar meer. We hebben de afgelopen jaren een goede stap voorwaarts weten te zetten. Maar we zijn nog niet waar we willen zijn. Zo zijn we druk bezig om het portfolio van disposables te harmoniseren, te verminderen en hebben we een uitstekende deal met een leverancier weten te sluiten. Wij zijn ervan overtuigd dat we hier voor de ziekenhuizen nog veel kunnen besparen. Dat voordeel zullen we ook samen met de medisch specialisten moeten gaan delen. We

denken nu samen met de ziekenhuizen na over een vorm van incentives, waarmee we er samen in slagen om de kosten lager te krijgen en zorgpersoneel te behouden. Daar heeft iedereen belang bij.”

“Verder zijn we twee ziekenhuizen, IJsselland en Vlieland, aan het integreren binnen Zorgservice XL. Een intensief traject, want door te werken voor vijf ziekenhuizen wordt van ZXL een meer gestandaardiseerde dienstverlening verwacht. Maar omdat de inkoopbasis staat, kunnen we snel alle partijen laten profiteren van de grotere schaal. Daarmee zitten we wel direct aan de grens van wat met de huidige bezetting haalbaar is. Als we door willen groeien kan dat prima op dezelfde basis, maar we zullen een nieuwe ‘cel’ moeten creëren met inkoopcapaciteit. Zo’n nieuwe cel zou best ook eens in een ander deel van het land kunnen ontstaan. Wij denken dat ons concept veel waarde biedt voor de BV Nederland. Als je ziet dat 40% van het ziekenhuisbudget inkoopgerelateerd is, hebben we het in Nederland al snel over een kleine 9 miljard euro. Als we daar maar een fractie van kunnen besparen, maakt dat echt een verschil. Als we dat potentieel zelf niet aanboren, dan gaan de zorgverzekeraars dat op termijn wel afdwingen via de zorginkoop. Wij pakken liever zelf de handschoen op.”

Admiraal de Ruyter Ziekenhuis: Joint Venture facilitaire dienst

Begin 2013 heeft het Admiraal De Ruyter Ziekenhuis (ADRZ) zijn facilitaire diensten ondergebracht bij twee particuliere bedrijven, Facicom en Strukton Worksphere. Daartoe is als joint venture gezamenlijk een nieuw werkbedrijf opgericht: Bestevaer. De meer dan 350 facilitaire medewerkers van het ziekenhuis worden ondergebracht binnen deze joint venture. Het gaat om schoonmakers, technische dienst, huisvesting, voedingsassistenten en logistieke medewerkers.

De verwachting is dat zo een forse kostenreductie mogelijk is en een hogere kwaliteit van dienstverlening. Daarnaast is een belangrijk argument voor ADRZ dat door deze samenwerking een impuls wordt gegeven aan het doorvoeren van innovaties waardoor meerwaarde voor het primaire proces wordt gecreëerd. Samenwerking biedt hierbij het platform om kennis te verdiepen en de schaal om meer te investeren in innovaties en deze sneller door te voeren.

Bron: Interview Friedo de Valk,
Sectormanager Facilitair Bedrijf ADRZ

Figuur 16
Landschap samenwerking inkoopcombinaties



Bron: Enquête 2013 en openbare bronnen.

Ervaringen met outsourcing in het Verenigd Koninkrijk

Het University College London Hospital (UCLH) is een van de grootste ziekenhuizen in het Verenigd Koninkrijk. UCLH heeft een omzet van circa 840 miljoen pond en 7.600 medewerkers. Het UCLH bestaat uit twee hoofdziekenhuizen en drie satellietziekenhuizen die een specifiek specialisme hebben, zoals hartgerelateerde zorg. Wij spraken met de plaatsvervangend financieel directeur Jason Dorsett over de ervaringen met uitbesteding.

“UCLH heeft veel ervaring met uitbesteding. Uitbesteden draagt bij aan kwaliteitsverhoging en kostenbeheersing. En soms wordt het opgelegd door de overheid. Zo verplichtte de overheid afgelopen decennium dat vastgoed werd ontwikkeld met privaat kapitaal. Daarom is het ziekenhuiscomplex in handen van een private partij en UCLH betaalt huur. Maar daar stopt het niet. De private partij zorgt ook voor gebouwbeheer en -onderhoud en zaken als schoonmaak en wasserij. Dat hebben we dus allemaal uitbesteed. Alles wat IT-gerelateerd is heeft UCLH naar tevredenheid uitbesteed aan een derde partij. En voor de Radiologie is een joint venture opgericht met een private partij.

Wij hebben als uitgangspunt dat activiteiten waar het ziekenhuis weinig kennis van heeft, in principe worden uitbesteed. Voor activiteiten waar het ziekenhuis

zelf wel veel kennis van heeft en deze ook niet kwijt wil, kiest UCLH voor een joint venture, zoals bij Radiologie. Die joint venture doet nu ook werkzaamheden voor andere ziekenhuizen, zogenaamde ‘insourcing’. Hierdoor ontstaat een groter volume en daardoor kan de joint venture ook voor UCLH goedkoper werken. Daarnaast vindt UCLH het ook een van zijn taken om kleinere ziekenhuizen met kennis te helpen om de kwaliteit van zorg te waarborgen. Een volgend traject is een joint venture op het gebied van pathologie.

Ik zie drie belangrijke barrières bij uitbesteding. Ten eerste hebben ziekenhuizen vaak onvoldoende kennis van contracten en contractmanagement. Gezien de omvang van UCLH kunnen wij hierin investeren maar kleinere ziekenhuizen hebben daar minder gelegenheid voor. Ten tweede zijn uitbestedingsdeals vaak langetermijnafspraken en hebben ze vaste prijzen voor de looptijd. Nu de vergoedingen die ziekenhuizen ontvangen lager worden, kan de lange termijn van de uitbestedingsafspraken gaan knellen omdat een disbalans ontstaat tussen kosten en opbrengsten. Ik zie dat de termijn korter aan het worden is. Ten derde is er maar een beperkt aantal aanbieders op de markt, dat maakt uitbesteding kwetsbaar. Voor ons een reden om in dat geval eerder voor een joint venture te kiezen.”

Het buitenland als gids?

In het buitenland is de situatie anders. In landen als Duitsland, Frankrijk en Spanje wordt bijvoorbeeld op het terrein van medische laboratoria fors samengewerkt en uitbesteed. De medische laboratoria kennen in die landen omzetten van meer dan 200 miljoen euro. In vrijwel alle gevallen is ook privaat kapitaal betrokken bij de laboratoria. Ter vergelijking: in Nederland zijn Atal Medial en LabNoord veruit de grootste met elk circa 50 miljoen euro omzet. Buitenlandse partijen loeren naar de Nederlandse markt maar durven door onder meer het complexe zorgstelsel, de grote fragmentatie van het laboratoriumlandschap en de regelgeving rondom winstuitkering vooralsnog niet toe te treden.

In het Verenigd Koninkrijk blijkt uit de ervaring van onze adviespraktijk dat 40% van de (medisch) ondersteunende diensten nog door ziekenhuizen zelf wordt uitgevoerd, 30% in samenwerking met een of meer andere ziekenhuizen en 30% wordt uitbesteed aan een private partij. In het laatste geval wordt ervaring opgedaan met het ‘shared savings’-concept, waarbij extra besparingen niet enkel naar de private partijen toevloeien maar juist ook terug de zorg in gaan.

Ook op de backoffice, de algemeen ondersteunende diensten, wordt in het Verenigd Koninkrijk op grote schaal tussen ziekenhuizen samengewerkt en daarmee kosten gereduceerd. Benchmarkonderzoek in 2010 binnen de NHS toonde een besparingspotentieel aan van 616 miljoen pond, 22% van de totale backoffice-gerelateerde kosten.¹¹ Juist door samenwerking kunnen majeure reducties worden bereikt, zo blijkt uit het onderzoek.

¹¹ www.gov.uk, “QIPP national workstream: Back office efficiency and management optimization”

Laten Nederlandse ziekenhuizen kansen liggen?

Bestuurders richten zich in (bestuurlijke) samenwerkings-trajecten met name op portfolio- en locatieprofielen en nog niet zozeer op (medisch) ondersteunende diensten. Uit ons onderzoek blijkt dat daar waar op dit moment een fusie- of samenwerkingsproces loopt tussen ziekenhuizen, twee op de drie respondenten geen verandering in samenwerking of positionering van (medisch) ondersteunende diensten verwacht, en dat is opvallend laag.

Een breed aanwezige focus op het slimmer, beter en goedkoper organiseren van de (medisch) ondersteunende diensten lijkt in Nederland nog te ontbreken. Op basis van de gevoerde achtergrondgesprekken en onze adviespraktijk kunnen we daar ook mogelijke verklaringen voor vinden. We noemen er drie:

- Ondersteunende diensten hebben van nature niet de aandacht van de zorgprofessional en het ziekenhuisbestuur. De diensten worden veelal beschouwd als een hygiënefactor ('is op orde, als ik er maar geen last van heb') waar men het liefst zo min mogelijk tijd aan kwijt wil zijn. De 'make, buy or ally'-vraag krijgt daarmee niet de bestuurlijke aandacht om uitgewerkt te worden.
- Er is tot voor kort vanuit kostenoptiek meestal niet een werkelijke noodzaak geweest tot kritische reflectie op de organisatie van (medisch) ondersteunende diensten. Immers, kostenstijgingen in de overhead konden altijd opgevangen worden door extra groei. De druk dat het anders moest is dus lange tijd afwezig geweest.

- Uitbesteding is een beladen woord binnen Nederlandse ziekenhuizen. De mythe dat het ziekenhuis de verantwoordelijkheid kwijtraakt bij uitbesteding regeert. Uit gesprekken met ziekenhuizen en toeleverende partijen horen we terug dat ziekenhuizen kennis en ervaringen missen om op een zakelijke manier samen te werken met partners. Het gedrag en de competenties om het goed te organiseren zijn dus onvoldoende voorhanden.

Nederlandse ziekenhuizen zijn daarmee terughoudend in het samenwerken op en uitbesteden van (medisch) ondersteunende activiteiten en in vergelijking tot het buitenland lopen we er zelfs in achter. De vraag is of dat erg is.

De vergelijking met het buitenland is immers niet één-op-één te trekken. Wij hebben te maken met een ander zorgstelsel en een andere governance binnen instellingen. Er zijn ook verschillen in omvang van instellingen en bijvoorbeeld te overbruggen transportafstanden. En de btw speelt in Nederland een belangrijke rol in het afwegingsproces (zie kader 'Btw-aspecten van sourcing', bladzijde 31).

Toch leert een voorzichtige berekening dat de beperkte samenwerking en uitbesteding leidt tot een beperking van het verzilveren van stevige besparingsmogelijkheden.

We geven een voorbeeld:

Nederlandse ziekenhuizen laten potentieel voor 133 miljoen euro aan samenwerkingswinst liggen

Een rekensom naar de Nederlandse situatie leert ons dat ziekenhuizen een fors besparingspotentieel laten liggen. Onze inschatting is dat de huidige 107 ziekenhuizen ieder jaarlijks gemiddeld zo'n 25 miljoen euro uitgeven aan (medisch) ondersteunende diensten (exclusief huur, inkoop en omvangrijke investeringen). Er gaat daarmee jaarlijks in totaal 2,7 miljard euro om aan deze diensten.

Het eerder aangehaalde onderzoek in de UK laat een besparingspercentage van 22% zien op de ondersteunende diensten. Als we daar maar een deel (stel post: 5%) van zouden kunnen verzilveren in de Nederlandse situatie, dan zou door meer samenwerking en uitbesteding gezamenlijk structureel een besparingspotentieel van ruim 133 miljoen euro kunnen worden gerealiseerd. Dat potentieel wordt nu slechts beperkt benut. En daarmee is de te bereiken kwaliteitswinst en de impact op de rest van het ziekenhuis nog buiten beschouwing gelaten.

Onze voorzichtige conclusie is dat er in de Nederlandse ziekenhuiswereld te weinig aandacht wordt besteed aan de mogelijke baten van uitbesteding en/of samenwerking bij (medisch) ondersteunende diensten. Iets minder voorzichtig: we laten geld liggen!

(Medisch) ondersteunende diensten verdienen meer bestuurlijke aandacht

Het lijkt, kortom, raadzaam meer bestuurlijke aandacht te geven aan de mogelijkheden rond samenwerking en/of uitbesteding bij (medisch) ondersteunende diensten. De (medisch) ondersteunende diensten zijn een belangrijke bron voor de realisatie van de potentiële meerwaarde van bestuurlijke samenwerkingen en fusies. Waar er sprake is van concurrentie tussen de Nederlandse ziekenhuizen, vindt die met name op het primaire proces plaats. Op de kwaliteit en doelmatigheid daarvan onderscheiden de ziekenhuizen zich en profileren ze zich richting patiënten, verwijzers en financiers. De ondersteunende diensten van het ziekenhuis zijn geen beeldbepalend element in die concurrentiepositie en hebben daarmee hele andere waardedrijvers dan het primaire proces. De dynamiek en veranderbaarheid zijn groot, zonder dat deze een fundamenteel effect hebben op de positionering van het ziekenhuis. Dat geeft meer speelruimte; op kosten, kwaliteit en innovatie.

De noodzaak voor realisatie van kostenbeheersing door de benutting van schaalvoordelen wordt steeds groter door financiële druk op ziekenhuizen. Ondersteunende diensten kunnen hier een belangrijke bijdrage aan leveren. Door activiteiten meer in samenwerking of door een derde partij te laten uitvoeren, is het mogelijk – mits adequaat ingericht – om hierop aanzienlijke kosten te besparen zoals op bladzijde 37 toegelicht.

De toenemende nadruk op patiëntveiligheid maakt de noodzaak om te gaan samenwerken met gespecialiseerde partijen groter. De kwaliteit van medisch en algemeen ondersteunende diensten, zoals de schoonmaak, medische techniek en infectieziektepreventie, is in sterke mate bepalend voor de patiëntveiligheid. Het is daarom gerechtvaardigd om kritisch na te gaan of de huidige positionering wel de beste mogelijkheid biedt voor het gewenste niveau van kwaliteit. Door samen te werken met gespecialiseerde partijen, waarbij service level agreements worden afgesproken, kan kwaliteit beter gewaarborgd worden.

Tot slot is het solistisch organiseren van (medisch) ondersteunende diensten binnen de ziekenhuismuren op onderdelen kwetsbaar en niet toekomstbestendig. Het betekent een enorme uitdaging om alle vakmatige ontwikkelingen bij te houden en innovaties tijdig te kunnen implementeren en bekostigen. Juist nu medisch specialisten zich steeds verder specialiseren en de (technologische) ontwikkelingen bijzonder snel gaan, moet de ondersteuning daarin actief kunnen meebewegen. In de gevoerde achtergrondgesprekken horen wij terug dat samenwerking met andere ziekenhuizen of private partijen bovenop het kosten- en kwaliteitsvoordeel positief bijdraagt aan professionaliteit en innovatiekracht. En daarmee wordt weer meerwaarde gecreëerd voor het primair proces.



05

Tien conclusies

Een jaar geleden voerden wij ons eerste onderzoek uit naar samenwerking tussen de Nederlandse ziekenhuizen. Toen was één van onze belangrijkste conclusies dat samenwerking hoog op de bestuurlijke agenda stond. Dit jaar trekken we een gelijkloiden-

de conclusie. In het afgelopen jaar hadden zelfs nog meer bestuurders dan voorheen te maken met (een vorm van) samenwerking. Er is veel op het gebied van samenwerking gebeurd. Soms voortbordurend op eerder ingezette trends, soms de voorbode van

een – aanstaande – koerswijziging in het Nederlandse zorglandschap. Hieronder de tien belangrijkste conclusies – en trends – die we graag met u delen.

Indikkingsslag met kracht doorgezet

1 Dat de aandacht voor samenwerking blijvend is, blijkt als eerste uit de indikkingsslag in het ziekenhuislandschap die zich met nog meer kracht dan voorheen voortzet. Waar in de jaren 2009 tot 2012 het aantal zelfstandige ziekenhuizen door fusies van 116 naar 111 daalde, met een reële verwachting van een verdere daling naar 102 en mogelijk zelfs 95 ziekenhuizen, zien we dat veel van de voorgenomen samenwerkingsverbanden het afgelopen jaar daadwerkelijk zijn gerealiseerd of verregaand in gang gezet. Het aantal ziekenhuisorganisaties is verminderd naar 107. Als ook de samenwerkingen die nu nog in de fase van (vergevoerd) vooronderzoek of bespreking zijn tot nieuwe bestuurlijke eenheden leiden, dan krimpt het ziekenhuislandschap verder in naar 95 en misschien zelfs naar 89 bestuurlijke eenheden. **Het aantal zelfstandige ziekenhuisbesturen daalt dan met ruim 23% ten opzichte van 2009.**

2 De bestuurlijke indikking leidt niet tot minder locaties waar zorg wordt verleend. Ondanks, of wellicht zelfs dankzij samenwerking en fusies, wordt er op 297 locaties ziekenhuiszorg geboden. Daarmee zijn fusie en bereikbaarheid van zorg nog steeds geen tegengestelde bewegingen. Blijkbaar gaat de bestuurlijke indikkingsslag gepaard met een fysieke spreidingsbeweging, waarbij groter wordende ziekenhuizen dichterbij de bewoners basiszorg bieden. Ook de fusies en samenwerkingen die voortkwamen uit dreigende faillissementen of kwaliteitproblemen hebben niet geleid tot sluiting van locaties. Wel zijn de zorginhoudelijke profielen van die locaties vaak veranderd.

3 In lijn met de ontwikkelingen in de voorgaande jaren zien we dat er vele bestuurlijke vormen zijn voor samenwerking tussen ziekenhuizen. Vaak is er sprake van samenwerking op de inkoopfunctie, soms van fusie, soms van coöperatievorming. **Afgelopen jaar richtten beduidend meer bestuurders zich op fusies dan op coöperatievorming.** De oorzaak kan liggen in de mededingingswetgeving die voor samenwerking in coöperatieverband nou eenmaal veel meer bestuurlijke drukte geeft dan voor fusie. Maar waarschijnlijker is het dat de grote vrijblijvendheid van de coöperatie voor een aantal bestuurders een reden is om door te pakken naar een fusie. De sturingsstructuur van een fusie heeft meer slagkracht dan de overlegstructuur van de coöperatie.

Naar verdergaande differentiatie in het zorglandschap

4 De eerste contouren van een kentering in het Nederlandse zorglandschap beginnen zich af te tekenen in de betrokkenheid van de zorgverzekeraars bij samenwerking. In tegenstelling tot het verleden komt het zelden voor dat verzekeraars helemaal niet betrokken zijn bij samenwerking. Hoewel de aantallen nog laag zijn en we ook gevallen zien waarbij de betrokkenheid van verzekeraars klein is, zien we dat de betrokkenheid van verzekeraars in het algemeen toeneemt en intensiever wordt. Ze zijn steeds vaker niet alleen meer de luisterende partij, maar zitten zelf mede aan de knoppen. **Conclusie is dan ook dat zorgverzekeraars langzaam maar zeker hun regierol in het Nederlandse zorglandschap op de kaart zetten.** De sturing op realisatie van nieuwe zorgportfolios zou vanuit die rol nog verder aan kracht kunnen winnen.

Misschien heeft die toenemende rol van de zorgverzekeraars ook te maken met het feit dat bestuurders het spel met de ACM en NZa steeds beter leren spelen. We constateren dat óf het spel beter gespeeld wordt, óf de ACM milder is geworden. **Een opvallend verschil met de voorgaande jaren is in ieder geval dat nog maar een klein aantal bestuurders de ACM als een belemmering voor samenwerking ziet.** Daarmee ligt de route naar verdere fusies open. Een kanttekening die bij deze ontwikkeling kan worden geplaatst is dat door de recente uitspraken van de ACM (toen nog NMa) de autoriteit vooral het hek naar fusies openzet. Andere samenwerkingsvormen zijn mededingingstechnisch complexer en minder eenduidig te regelen. Daarmee sorteert de ACM, wellicht onbedoeld, voor op fusie als dé vorm van samenwerking. Meer dynamische vormen zoals coöperaties, joint ventures of deelnemingen zullen hierdoor minder preferent zijn, terwijl die gezien het doel van de samenwerking wellicht wel proportioneler zijn.

5 In de samenwerking tussen ziekenhuizen zien we de contouren ontstaan van een omslag van denken waarin het voortbestaan van het ziekenhuis met alle functies centraal staat, naar denken waarbij het accent ligt op een regionaal gebaseerde herverdeling van zorgstromen over aanbieders. Strategische, kwalitatieve en bedrijfsmatige redenen zijn daarvoor de grondslag. **Er is een opvallende stijging waar te nemen in het aantal ziekenhuizen dat gaat samenwerken om de zorgportfolio te optimaliseren.** Ook in de interviews met zorgbestuurders komt de strategische verdeling van zorg in de regio expliciet naar voren als een belangrijke drijfveer voor samenwerking. Daarmee is onze vijfde en misschien wel meest belangrijke conclusie dat **samenwerking in de zorg langzaamaan lijkt te gaan leiden tot een nieuwe inrichting van het Nederlandse zorglandschap.**

6 Die verandering wordt zichtbaar in een aantal bewegingen die uit ons onderzoek naar voren komen. De rationalisatie van de zorgportfolio in combinatie met samenwerking vanwege de kwaliteit van zorg, komt sterk terug als motivatie voor het type samenwerkingsverbanden dat ontstaat. Alleen op de as van de hoogcomplexiteit is er sprake van landelijke samenwerkingsverbanden (bijvoorbeeld UMCU en AvL en de Santeon-keten). In essentie speelt samenwerking in de zorg in Nederland zich echter op regionaal niveau af. Daarmee verschilt Nederland bijvoorbeeld van Duitsland, waar zich sterke landelijke ketens ontwikkeld hebben.

Onze conclusie is dan ook dat de actuele keuze voor samenwerkingspartners leidt tot de regio als belangrijkste samenwerkingsas voor de zorginfrastructuur.

De samenwerkingsbeweging die het meest voorkomt is de regionale samenwerking van één of meerdere topklinische ziekenhuizen met kleinere basisziekenhuizen in de omgeving. In de interviews wordt daaraan gerefereerd als het ontstaan van regionale 'hub & spokes'-netwerken. Kleinere basisziekenhuizen zoeken samenwerking met topklinische centra om voor de eigen bevolking complexe zorg te kunnen blijven bieden. Topklinische centra hebben de kleinere ziekenhuizen nodig om in de toekomst aan de verder stijgende volume-eisen en eventuele IC-ontwikkelingen te blijven voldoen. Samenwerken is daarmee voor beide partijen lijfsbehoud in een dynamisch zorglandschap. Voor UMC's brengt dit een aantal strategische dilemma's met zich mee, bijvoorbeeld rond de vraag of ze in dit regionale speelveld mee gaan spelen of dat ze zich gaan richten op het internationale speelveld – waar heel andere eisen gelden.

Ondersteunende diensten: onbenutte kansen

7 Om de komende jaren na te gaan of er inderdaad een 'hub & spokes'-beweging ontstaat, hebben we dit jaar ook de zorgprofielen van alle ziekenhuislocaties geanalyseerd. Ziekenhuizen hebben gemiddeld bijna drie locaties, met sterk gedifferentieerde profielen. Die variëren van complexe interventiecentra en/of basisziekenhuizen tot locaties zonder acute functies, buitenpoli's en soms electieve centra. De oude indeling van ziekenhuisorganisaties naar UMC's, topklinische centra en basisziekenhuizen lijkt daarmee minder relevant te worden. **De conclusie is dat er in toenemende mate sprake is van een functionele en meer dynamische indeling van het Nederlandse zorglandschap, langs de assen van enerzijds complexe en basiszorg en anderzijds acute en electieve zorg.** De komende jaren zullen uitwijzen of die ontwikkeling doorzet en of er een nieuw patroon in het zorglandschap ontstaat.

8 In lijn met die toenemende differentiatie van het zorglandschap zien we dat de samenwerking tussen ziekenhuizen en de eerste lijn een boost krijgt. Met name de samenwerking met huisartsen is verdubbeld. **Samenwerking vindt in toenemende mate plaats over de muren van het ziekenhuis heen.** Er ontstaan zorgbrede regionale samenwerkingsverbanden waarbij het hele zorgsysteem wordt heringericht.

9 De bestuurlijke aandacht voor samenwerking richt zich weinig op de ondersteunende diensten. **Samenwerking op het gebied van zowel medisch ondersteunende als algemene ondersteunende diensten komt nog maar mondjesmaat tot stand.** Die samenwerking, of het nu tussen ziekenhuizen is of in de vorm van uitbesteding, beperkt zich daarnaast vooral tot de laboratoria en de facilitaire diensten. Met die ontwikkeling loopt Nederland achter op de directe omgeving. Zowel in het Verenigd Koninkrijk als in Duitsland is er veel vaker sprake van samenwerking of uitbesteding. De praktijk leert dat dit in de regel leidt tot forse kostenbesparingen en kwaliteitswinsten. Ook de beperkte Nederlandse ervaringen die er zijn laten op dit gebied goede mogelijkheden zien.

10 Daarmee komen we tot de laatste conclusie van ons onderzoek. **Op het gebied van de ondersteunende diensten lijkt er een stevig winstpotentieel te behalen.** De kansen om die te realiseren laten we vooralsnog nog onbenut. Aandacht voor de verzilvering van die kansen zal de komende jaren een belangrijk punt op de agenda van de bestuurder worden.



06

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, ziekenhuislocaties en locatieprofielen. Voor het opstellen van deze lijst hebben we gebruikgemaakt van de gegevens van 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 ziekenhuizen, SAZ-ziekenhuizen en overige algemene ziekenhuizen. We hebben de revalidatie-instellingen en Zelfstandige Behandel Centra (ZBC's) niet meegenomen.

KPMG heeft een online vragenlijst uitgezet onder de voorzitters van de Raden van Bestuur van de ziekenhuizen in Nederland. Iedere bestuurder kreeg een specifieke op het ziekenhuis aangepaste vragenlijst. De vragenlijst is door 48 bestuurders volledig ingevuld (53% respons).

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 inzichten en meningen van de geïnterviewden in deze rapportage geven niet noodzakelijkerwijs de inzichten en meningen van KPMG Advisory N.V. weer.

Er is gebruikgemaakt van openbare bronnen om het overzicht van samenwerkingsverbanden in het afgelopen jaar en de locatieprofielen compleet te maken. We hebben daarbij gestructureerd de pagina's van SKIPR (www.skipr.nl) en de websites van de ziekenhuizen doorzocht op de termen fusie en samenwerking en op de website van de Nederlandse Mededingingsautoriteit (ACM) 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 2012 van JBR Management Consultants bv. Tot slot zijn ziekenhuizen gebeld en gemaïld voor aanvullende informatie over hun locatieprofielen. Het ziekenhuislandschap blijft in beweging. Dit jaar zijn bekende samenwerkingen tot 14 mei 2013 verwerkt.

Het team dat deze publicatie heeft voorbereid en geproduceerd bestaat uit: Anna van Poucke, Wouter Bos, Emmeline Kunst, Linde Jacobs, Huibert Koevoets en Karin Vernooij. Daarnaast hebben aan deze rapportage meegewerkt: Redmer Greveling, Simone Roos, Joyce Westerveld, Rudolf Liefers en Jan de Boer.

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.

Bijlagen

A Definities benamingen ziekenhuisprofielen

Titel: Indeling van de ziekenhuislocaties in profielen

Peildatum: April 2012

Definitie van categorieën	
Traumacentrum	De locatie is een traumacentrum zoals aangewezen door de minister van VWS in 1997
Complex Interventie Centrum	De locatie heeft een IC level >1, minimaal 1 acute functie en minimaal 1 specialistische chirurgie, OK en klinische functie en is geen traumacentrum
Basisziekenhuis Basisziekenhuis + Basisziekenhuis -	De locatie heeft minimaal 1 acute functie, OK en klinische functie De locatie heeft minimaal 1 acute functie, OK en klinische functie, plus IC >1 en/of minimaal 1 specialistische chirurgie De locatie heeft geen IC en/of maximaal 1 acute functie en geen complexe functie. Wel OK, klinische functie en dagbehandeling
Electief Centrum Electief centrum met klinische opname Electief centrum met alleen dagbehandeling	Locatie zonder acute functie, met OK en klinische en/of dagbehandeling Locatie zonder acute functie, met OK en klinische functie Locatie zonder acute functie, met OK en dagbehandeling
Buitenpolikliniek	Locatie met polikliniek, zonder acute functie, zonder OK, zonder klinische functie
Kliniek Buitenpolikliniek met dagbehandeling	Locatie met klinische functie, zonder polikliniek en andere faciliteiten Locatie met polikliniek en dagbehandeling, zonder acute functie, zonder OK, zonder klinische functie
1,5°-lijnscentrum	Locatie met polikliniek en huisartsenpost, zonder andere faciliteiten

B Overzichtstabel profielen ziekenhuislocaties

Concern	Locaties	Type ziekenhuislocatie	Spoedeisende hulp	Huisartsen-post	Acute Verloskunde	IC-level	Trauma-centrum	OK	Poliklinische OK	Polikliniek	Klinische dagbelandeling	Klinische opname	Cardio-chirurgie	Complexe vaatchirurgie	Complexe oncologische chirurgie
Academisch Medisch Centrum (AMC)	AMC	UMC	Ja	Ja	Ja	3	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Academisch Ziekenhuis Maastricht	Academisch Ziekenhuis Maastricht	UMC	Ja	Ja	Ja	3	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Academisch Ziekenhuis Maastricht	Academisch Ziekenhuis Maastricht - azM Herstelzorg Maastricht	Nevenlocatie	Nee	Nee	Nee	0	Nee	Nee	Nee	Nee	Ja	Ja	Nee	Nee	Nee
Academisch Ziekenhuis Maastricht	Academisch Ziekenhuis Maastricht - Medisch Centrum Annadal Maastricht	Nevenlocatie	Nee	Nee	Nee	0	Nee	Ja	Nee	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee
Admiraal De Ruyter Ziekenhuis	Admiraal De Ruyter Ziekenhuis - locatie Vlissingen	Overig Algemeen	Ja	Ja	Nee	0	Nee	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee	Nee	Ja
Admiraal De Ruyter Ziekenhuis	Admiraal De Ruyter Ziekenhuis - locatie Goes	Nevenlocatie	Ja	Ja	Ja	1	Nee	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee	Ja	Nee
Admiraal De Ruyter Ziekenhuis	Admiraal De Ruyter Ziekenhuis - buitenpolikliniek Middelburg	Buitenpolikliniek	Nee	Nee	Nee	0	Nee	Nee	Nee	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee
Admiraal De Ruyter Ziekenhuis	Admiraal De Ruyter Ziekenhuis - locatie Zierikzee	Nevenlocatie	Nee	Nee	Nee	0	Nee	Nee	Ja	Ja	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee
Albert Schweitzer Ziekenhuis	Albert Schweitzer Ziekenhuis - locatie Dordwijk	Topklinisch	Ja	Ja	Ja	3	Nee	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Albert Schweitzer Ziekenhuis	Albert Schweitzer Ziekenhuis - buitenpolikliniek Strijen	Buitenpolikliniek	Nee	Nee	Nee	0	Nee	Nee	Nee	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee
Albert Schweitzer Ziekenhuis	Albert Schweitzer Ziekenhuis - GOED Ridderkerk	Buitenpolikliniek	Nee	Nee	Nee	0	Nee	Nee	Nee	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee
Albert Schweitzer Ziekenhuis	Albert Schweitzer Ziekenhuis - locatie Amstelveen	Nevenlocatie	Nee	Nee	Nee	0	Nee	Nee	Ja	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee
Albert Schweitzer Ziekenhuis	Albert Schweitzer Ziekenhuis - locatie Sliedrecht	Nevenlocatie	Nee	Nee	Nee	0	Nee	Nee	Ja	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee
Albert Schweitzer Ziekenhuis	Albert Schweitzer Ziekenhuis - locatie Zwijndrecht	Nevenlocatie	Nee	Ja	Nee	1	Nee	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee	Nee	Nee
Amphia	Amphia - locatie Molengracht	Topklinisch	Ja	Ja	Nee	3	Nee	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Amphia	Amphia - locatie Langendijk	Nevenlocatie	Nee	Nee	Ja	1	Nee	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee	Nee	Nee
Amphia	Amphia - locatie Pasteurlaan	Nevenlocatie	Nee	Nee	Nee	0	Nee	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee	Nee	Nee
Amphia	Amphia - buitenpolikliniek Trivium Etten-Leur	Buitenpolikliniek	Nee	Nee	Nee	0	Nee	Nee	Nee	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee
Antoni van Leeuwenhoek (NKI/AVL)	Antoni van Leeuwenhoek (NKI/AVL)	Categoriaal	Nee	Nee	Nee	1	Nee	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee	Nee	Nee
Antonius Zorggroep	Antonius Zorggroep - locatie Sneek	SAZ	Ja	Ja	Ja	1	Nee	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee	Ja	Ja
Antonius Zorggroep	Antonius Zorggroep - buitenpolikliniek Emmeloord	Buitenpolikliniek	Nee	Nee	Nee	0	Nee	Nee	Nee	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee
Atrium MC Parkstad	Atrium MC Parkstad - locatie Heerlen	Topklinisch	Ja	Nee	Ja	3	Nee	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee	Ja	Ja
Atrium MC Parkstad	Atrium MC Parkstad - locatie Brunssum	Nevenlocatie	Nee	Nee	Nee	0	Nee	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee	Nee	Nee
Atrium MC Parkstad	Atrium MC Parkstad - locatie Kerkrade	Nevenlocatie	Nee	Nee	Nee	0	Nee	Nee	Nee	Ja	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee
BovenIJ Ziekenhuis	BovenIJ Ziekenhuis	SAZ	Ja	Ja	Ja	1	Nee	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee	Nee	Nee
Bronovo-Nebo	Bronovo-Nebo - Ziekenhuis Bronovo	SAZ	Ja	Nee	Ja	1	Nee	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee	Ja	Ja
Bronovo-Nebo	Bronovo-Nebo - buitenpolikliniek Kennedylaan	Buitenpolikliniek	Nee	Nee	Nee	0	Nee	Nee	Ja	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee
Bronovo-Nebo	Bronovo-Nebo - buitenpolikliniek Wassenaar	Buitenpolikliniek	Nee	Nee	Nee	0	Nee	Nee	Nee	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee
Bronovo-Nebo	Bronovo-Nebo - buitenpolikliniek Voorschoten	Buitenpolikliniek	Nee	Nee	Nee	0	Nee	Nee	Nee	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee
Canisius-Wilhelmina Ziekenhuis	Canisius-Wilhelmina Ziekenhuis	Topklinisch	Ja	Ja	Ja	2	Nee	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee	Ja	Ja
Canisius-Wilhelmina Ziekenhuis	Canisius-Wilhelmina Ziekenhuis - buitenpolikliniek Druten	Buitenpolikliniek	Nee	Nee	Nee	0	Nee	Nee	Nee	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee
Canisius-Wilhelmina Ziekenhuis	Canisius-Wilhelmina Ziekenhuis - buitenpolikliniek Waalsprong	Buitenpolikliniek	Nee	Nee	Nee	0	Nee	Nee	Nee	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee

Concern	Locaties	Type zieken- huislocatie	Spoedeisende hulp	Huisartsen- post	Acute Verloskunde	IC-level	Trauma- centrum	OK	Poliklinische OK	Polikliniek	Klinische dagbehandeling	Klinische opname	Cardio- chirurgie	Complexe vaatchirurgie	Complexe oncologische chirurgie
Catharina Ziekenhuis	Catharina Ziekenhuis	Topklinisch	Ja	Ja	Ja	3	Nee	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Cura Mare, Het Van Weel-Bethesda Ziekenhuis	Cura Mare, Het Van Weel-Bethesda Ziekenhuis	SAZ	Ja	Ja	Ja	1	Nee	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee	Nee	Nee
Cura Mare, Het Van Weel-Bethesda Ziekenhuis	Cura Mare, Het Van Weel-Bethesda Ziekenhuis - buitenpolikliniek Brielle	Buitenpolikliniek	Nee	Nee	Nee	0	Nee	Nee	Nee	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee
Cura Mare, Het Van Weel-Bethesda Ziekenhuis	Cura Mare, Het Van Weel-Bethesda Ziekenhuis - buitenpolikliniek Hellevoetsluis	Buitenpolikliniek	Nee	Nee	Nee	0	Nee	Nee	Nee	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee
Deventer Ziekenhuis	Deventer Ziekenhuis	Topklinisch	Ja	Ja	Ja	2	Nee	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee	Ja	Ja
Deventer Ziekenhuis	Deventer Ziekenhuis - buitenpolikliniek Raalte	Buitenpolikliniek	Nee	Nee	Nee	0	Nee	Nee	Nee	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee
Deventer Ziekenhuis	Deventer Ziekenhuis - buitenpolikliniek Rijssen	Buitenpolikliniek	Nee	Nee	Nee	0	Nee	Ja	Ja	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee
Diaconessenhuis Leiden	Diaconessenhuis Leiden	SAZ	Nee	Nee	Ja	1	Nee	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee	Ja	Ja
Diakonessenhuis (Utrecht)	Diakonessenhuis (Utrecht)	Overig Algemeen	Ja	Ja	Ja	2	Nee	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee	Ja	Ja
Diakonessenhuis (Utrecht)	Diakonessenhuis (Utrecht) - buitenpolikliniek Doorn	Buitenpolikliniek	Nee	Nee	Nee	0	Nee	Nee	Ja	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee
Diakonessenhuis (Utrecht)	Diakonessenhuis (Utrecht) - locatie Zeist	Nevenlocatie	Ja	Ja	Nee	0	Nee	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee	Nee	Nee
Elkerliek Ziekenhuis	Elkerliek Ziekenhuis - locatie Helmond	SAZ	Ja	Ja	Ja	1	Nee	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee	Ja	Nee
Elkerliek Ziekenhuis	Elkerliek Ziekenhuis - buitenpolikliniek Deurne	Buitenpolikliniek	Nee	Nee	Nee	0	Nee	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee
Elkerliek Ziekenhuis	Elkerliek Ziekenhuis - buitenpolikliniek Gemert	Buitenpolikliniek	Nee	Nee	Nee	0	Nee	Nee	Nee	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee
Erasmus MC	Erasmus MC	UMC	Ja	Nee	Nee	3	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Erasmus MC	Erasmus MC - locatie Daniel den Hoed	Nevenlocatie	Nee	Nee	Nee	0	Nee	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee	Nee	Ja
Erasmus MC	Erasmus MC - locatie Sophia	Nevenlocatie	Ja	Nee	Ja	0	Nee	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee	Nee	Nee
Flevoziekenhuis	Flevoziekenhuis	Overig Algemeen	Ja	Ja	Ja	2	Nee	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee	Nee	Nee
Franciscus Ziekenhuis Roosendaal	Franciscus Ziekenhuis Roosendaal	SAZ	Ja	Ja	Ja	1	Nee	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee	Nee	Nee
Franciscus Ziekenhuis Roosendaal	Franciscus Ziekenhuis Roosendaal - buitenpolikliniek Oudenbosch Medisch Centrum	Buitenpolikliniek	Nee	Nee	Nee	0	Nee	Nee	Ja	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee
Franciscus Ziekenhuis Roosendaal	Franciscus Ziekenhuis Roosendaal - buitenpolikliniek Etten-Leur	Buitenpolikliniek	Nee	Nee	Nee	0	Nee	Nee	Nee	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee
Gelre Ziekenhuizen	Gelre Ziekenhuizen - locatie Apeldoorn	Topklinisch	Ja	Ja	Ja	2	Nee	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee	Nee
Gelre Ziekenhuizen	Gelre Ziekenhuizen - buitenpolikliniek Lochem	Buitenpolikliniek	Nee	Nee	Nee	0	Nee	Nee	Nee	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee
Gelre Ziekenhuizen	Gelre Ziekenhuizen - buitenpolikliniek Epe	Buitenpolikliniek	Nee	Nee	Nee	0	Nee	Nee	Nee	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee
Gelre Ziekenhuizen	Gelre Ziekenhuizen - buitenpolikliniek Dieren	Buitenpolikliniek	Nee	Nee	Nee	0	Nee	Nee	Nee	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee
Gelre Ziekenhuizen	Gelre Ziekenhuizen - locatie Zutphen	Nevenlocatie	Ja	Ja	Ja	2	Nee	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee	Nee	Nee
Groene Hart Ziekenhuis	Groene Hart Ziekenhuis - Bluelandlocatie	Overig Algemeen	Ja	Ja	Ja	2	Nee	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee	Nee	Nee
Groene Hart Ziekenhuis	Groene Hart Ziekenhuis - Jozeflocatie	Nevenlocatie	Nee	Nee	Nee	0	Nee	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee	Nee	Nee
Groene Hart Ziekenhuis	Groene Hart Ziekenhuis - buitenpolikliniek Nieuwerkerk aan den IJssel	Buitenpolikliniek	Nee	Nee	Nee	0	Nee	Nee	Nee	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee

Concern	Locaties	Type ziekenhuislocatie	Spoedeisende hulp	Huisartsenpost	Acute Verloskunde	IC-level	Trauma-centrum	OK	Poliklinische OK	Polikliniek	Klinische dagbehandeling	Klinische opname	Cardio-chirurgie	Complexe vaatchirurgie	Complexe oncologische chirurgie
HagaZiekenhuis	HagaZiekenhuis - locatie Leyweg	Topklinisch	Ja	Ja	Ja	3	Nee	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
HagaZiekenhuis	HagaZiekenhuis - locatie Juliana	Nevenlocatie	Ja	Nee	Nee	0	Nee	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee	Nee	Nee
HagaZiekenhuis	HagaZiekenhuis - locatie Sportlaan	Nevenlocatie	Nee	Nee	Ja	0	Nee	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee	Nee	Nee
HagaZiekenhuis	HagaZiekenhuis - buitenpolikliniek Wateringse Veld	Buitenpolikliniek	Nee	Nee	Nee	0	Nee	Nee	Nee	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee
Havenziekenhuis en Instituut voor Tropische Ziekten B.V.	Havenziekenhuis	SAZ	Ja	Nee	Nee	1	Nee	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee	Nee	Nee
Havenziekenhuis en Instituut voor Tropische Ziekten B.V.	Havenziekenhuis - buitenpolikliniek Buitenhaven	Buitenpolikliniek	Nee	Nee	Nee	0	Nee	Nee	nee	Ja	nee	nee	Nee	Nee	Nee
IJsselland Ziekenhuis	IJsselland Ziekenhuis	SAZ	Ja	Ja	Ja	2	Nee	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee	Nee	Nee
IJsselland Ziekenhuis	IJsselland Ziekenhuis - buitenpolikliniek Krimpen	Buitenpolikliniek	Nee	Nee	Nee	0	Nee	Nee	Ja	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee
IJsselland Ziekenhuis	IJsselland Ziekenhuis - buitenpolikliniek Nesselande	Buitenpolikliniek	Nee	Nee	Nee	0	Nee	Nee	Nee	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee
Ikazia Ziekenhuis	Ikazia Ziekenhuis	Overig Algemeen	Ja	Nee	Ja	1	Nee	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee	Ja	Ja
Ikazia Ziekenhuis	Ikazia Ziekenhuis - buitenpolikliniek Barendrecht	Buitenpolikliniek	Nee	Nee	Nee	0	Nee	Nee	Ja	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee
Ikazia Ziekenhuis	Ikazia Ziekenhuis - buitenpolikliniek Klaaswaal	Buitenpolikliniek	Nee	Nee	Nee	0	Nee	Nee	Nee	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee
Isala Klinieken	Isala Klinieken - locatie Weezenlanden	Topklinisch	Ja	Nee	Nee	3	Nee	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee	Ja
Isala Klinieken	Isala Klinieken - buitenpolikliniek Heerde	Buitenpolikliniek	Nee	Nee	Nee	0	Nee	Nee	Nee	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee
Isala Klinieken	Isala Klinieken - buitenpolikliniek Kampen	Buitenpolikliniek	Nee	Nee	Nee	0	Nee	Nee	Nee	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee
Isala Klinieken	Isala Klinieken - locatie Sophia	Nevenlocatie	Ja	Ja	Ja	3	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee	Ja	Ja
Jeroen Bosch Ziekenhuis	Jeroen Bosch Ziekenhuis	Topklinisch	Ja	Nee	Ja	3	Nee	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee	Ja	Ja
Jeroen Bosch Ziekenhuis	Jeroen Bosch Ziekenhuis - buitenpolikliniek Bommelse Gasthuis	Buitenpolikliniek	Nee	Nee	Nee	0	Nee	Nee	Nee	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee
Jeroen Bosch Ziekenhuis	Jeroen Bosch Ziekenhuis - buitenpolikliniek Liduina	Buitenpolikliniek	Nee	Nee	Nee	0	Nee	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee
Jeroen Bosch Ziekenhuis	Jeroen Bosch Ziekenhuis - buitenpolikliniek Nieuwkuijk	Buitenpolikliniek	Nee	Nee	Nee	0	Nee	Nee	Ja	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee
Jeroen Bosch Ziekenhuis	Jeroen Bosch Ziekenhuis - buitenpolikliniek Rosmalen	Buitenpolikliniek	Nee	Nee	Nee	0	Nee	Nee	Nee	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee
Kennemer Gasthuis	Kennemer Gasthuis - locatie noord	Topklinisch	Ja	Ja	Nee	0	Nee	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee	Nee	Nee
Kennemer Gasthuis	Kennemer Gasthuis - locatie zuid	Nevenlocatie	Ja	Ja	Ja	2	Nee	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee	Nee
Lange Land Ziekenhuis	Lange Land Ziekenhuis	SAZ	Ja	Ja	Ja	0	Nee	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee	Ja	Nee
Lange Land Ziekenhuis	Lange Land Ziekenhuis - buitenpolikliniek LangeLand Parkzoom	Buitenpolikliniek	Nee	Nee	Nee	0	Nee	Nee	nee	ja	nee	nee	Nee	Nee	Nee
Laurentius Ziekenhuis	Laurentius Ziekenhuis - locatie Roermond	SAZ	Ja	Nee	Ja	1	Nee	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee	Ja	Ja
Laurentius Ziekenhuis	Laurentius Ziekenhuis - buitenpolikliniek Echt	Buitenpolikliniek	Nee	Nee	Nee	0	Nee	Nee	Nee	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee
Leids Universitair Medisch Centrum (LUMC)	Leids Universitair Medisch Centrum (LUMC)	UMC	Ja	Ja	Ja	3	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Lievensberg Ziekenhuis	Lievensberg Ziekenhuis	SAZ	Ja	Ja	Ja	1	Nee	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee	Ja	Ja
Lievensberg Ziekenhuis	Lievensberg Ziekenhuis - buitenpolikliniek Steenbergse	Buitenpolikliniek	Nee	Nee	Nee	0	Nee	Nee	Nee	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee
Maasstad Ziekenhuis	Maasstad Ziekenhuis	Topklinisch	Ja	Ja	Ja	3	Nee	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Martini Ziekenhuis (Algemeen Christelijk Ziekenhuis Groningen)	Martini Ziekenhuis - locatie van Swieten	Topklinisch	Ja	Nee	Ja	3	Nee	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Maxima Medisch Centrum	Maxima Medisch Centrum - locatie Veldhoven	Topklinisch	Ja	Ja	Ja	3	Nee	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee	Nee	Nee
Maxima Medisch Centrum	Maxima Medisch Centrum - locatie Eindhoven	Nevenlocatie	Nee	Nee	Nee	0	Nee	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee	Nee	Nee

Concern	Locaties	Type ziekenhuislocatie	Spoedeisende hulp	Huisartsenpost	Acute Verloskunde	IC-level	Trauma-centrum	OK	Poliklinische OK	Polikliniek	Klinische dagbesteding	Klinische opname	Cardio-chirurgie	Complexe vaatchirurgie	Complexe oncologische chirurgie
MC Groep (IJsselmeerziekenhuizen)	MC Groep - locatie MC Zuiderzee	SAZ	Ja	Ja	Ja	1	Nee	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee	Nee	Nee
MC Groep (IJsselmeerziekenhuizen)	MC Groep - buitenpolikliniek Urk	Buitenpolikliniek	Nee	Nee	Nee	0	Nee	Nee	Nee	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee
MC Groep (IJsselmeerziekenhuizen)	MC Groep - buitenpolikliniek MC Dronten	Buitenpolikliniek	Nee	Nee	Nee	0	Nee	Nee	Nee	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee
MC Groep (IJsselmeerziekenhuizen)	MC Groep - MC Emmeloord	Nevenlocatie	Nee	Ja	Nee	0	Nee	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee
Meander Medisch Centrum	Meander Medisch Centrum - locatie Amersfoort Elisabeth	Topklinisch	Nee	Nee	Ja	0	Nee	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee	Nee	Nee
Meander Medisch Centrum	Meander Medisch Centrum - locatie Amersfoort Lichtenberg	Nevenlocatie	Ja	Ja	Nee	2	Nee	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee	Nee
Meander Medisch Centrum	Meander Medisch Centrum - locatie Baarn	Nevenlocatie	Nee	Nee	Nee	0	Nee	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee	Nee	Nee
Meander Medisch Centrum	Meander Medisch Centrum - dialysecentrum Harderwijk	Buitenpolikliniek	Nee	Nee	Nee	0	Nee	Nee	Nee	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee
Meander Medisch Centrum	Meander Medisch Centrum - buitenpolikliniek Nijkerk	Buitenpolikliniek	Nee	Nee	Nee	0	Nee	Nee	Nee	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee
Meander Medisch Centrum	Meander Medisch Centrum - buitenpolikliniek Soest	Buitenpolikliniek	Nee	Nee	Nee	0	Nee	Nee	Nee	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee
Meander Medisch Centrum	Meander Medisch Centrum - buitenpolikliniek Barneveld	Buitenpolikliniek	Nee	Nee	Nee	0	Nee	Nee	Nee	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee
MCA Gemini Groep	Medisch Centrum Alkmaar	Topklinisch	Ja	Nee	Ja	2	Nee	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee	Nee
MCA Gemini Groep	Gemini Ziekenhuis	Nevenlocatie	Ja	Nee	Ja	1	Nee	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee	Nee	Nee
MCA Gemini Groep	Gemini Ziekenhuis - buitenpolikliniek Schagen	Buitenpolikliniek	Nee	Nee	Nee	0	Nee	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee
Medisch Centrum Amstelveen	Medisch Centrum Amstelveen	Overig Algemeen	Nee	Nee	Nee	0	Nee	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee	Nee	Nee
Medisch Centrum Haaglanden	Medisch Centrum Haaglanden - locatie Westeinde	Topklinisch	Ja	Nee	Ja	3	Nee	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee	Nee
Medisch Centrum Haaglanden	Medisch Centrum Haaglanden - locatie Antoniusshove	Nevenlocatie	Ja	Ja	Nee	3	Nee	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee	Nee	Nee
Medisch Centrum Haaglanden	Medisch Centrum Haaglanden - buitenpolikliniek Koninginnegracht	Buitenpolikliniek	Nee	Nee	Nee	0	Nee	Nee	Nee	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee
Medisch Centrum Haaglanden	Medisch Centrum Haaglanden - buitenpolikliniek Monster	Buitenpolikliniek	Nee	Nee	Nee	0	Nee	Nee	Nee	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee
Medisch Centrum Haaglanden	Medisch Centrum Haaglanden - buitenpolikliniek Voorschoten	Buitenpolikliniek	Nee	Nee	Nee	0	Nee	Nee	Nee	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee
Medisch Centrum Haaglanden	Medisch Centrum Haaglanden - buitenpolikliniek DiabetesZorg Haaglanden	Buitenpolikliniek	Nee	Nee	Nee	0	Nee	Nee	Nee	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee
Medisch Centrum Leeuwarden (Zorgpartners Friesland)	Medisch Centrum Leeuwarden (Zorgpartners Friesland)	Topklinisch	Ja	Ja	Ja	3	Nee	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Medisch Centrum Leeuwarden (Zorgpartners Friesland)	Medisch Centrum Leeuwarden (Zorgpartners Friesland) - buitenpolikliniek Medisch Centrum Harlingen	Buitenpolikliniek	Nee	Nee	Nee	0	Nee	Nee	Ja	Ja	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee
Medisch Spectrum Twente	Medisch Spectrum Twente	Topklinisch	Ja	Ja	Ja	3	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee	Nee
Medisch Spectrum Twente	Medisch Spectrum Twente - locatie Ariënsplein	Nevenlocatie	Nee	Nee	Nee	0	Nee	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee	Nee	Nee
Medisch Spectrum Twente	Medisch Spectrum Twente - buitenpolikliniek Haaksbergen	Buitenpolikliniek	Nee	Nee	Nee	0	Nee	Nee	Nee	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee
Medisch Spectrum Twente	Medisch Spectrum Twente - buitenpolikliniek Losser	Buitenpolikliniek	Nee	Nee	Nee	0	Nee	Nee	Nee	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee
Medisch Spectrum Twente	Medisch Spectrum Twente - locatie Oldenzaal	Nevenlocatie	Ja	Ja	Nee	0	Nee	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee	Nee	Nee
Nij Smellinghe - Zorggroep Pasana	Nij Smellinghe	SAZ	Ja	Ja	Ja	1	Nee	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee	Ja	Nee
Nij Smellinghe - Zorggroep Pasana	Nij Smellinghe - locatie de Sionsberg	Nevenlocatie	Ja	Ja	Nee	0	Nee	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee	Nee	Nee
Ommelander Ziekenhuis Groep	Ommelander Ziekenhuis Groep - locatie Delfzicht	SAZ	Ja	Ja	Nee	0	Nee	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee	Nee	Nee
Ommelander Ziekenhuis Groep	Ommelander Ziekenhuis Groep - locatie Lucas	Nevenlocatie	Ja	Ja	Ja	1	Nee	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee	Nee	Nee
Ommelander Ziekenhuisgroep	Ommelander Ziekenhuis Groep - buitenpolikliniek Veendam	Buitenpolikliniek	Nee	Nee	Nee	0	Nee	Nee	Nee	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee

Concern	Locaties	Type ziekenhuislocatie	Spoedeisende hulp	Huisartsenpost	Acute Verloskunde	IC-level	Trauma-centrum	OK	Poliklinische OK	Polikliniek	Klinische dagbesteding	Klinische opname	Cardio-chirurgie	Complexe vaatchirurgie	Complexe oncologische chirurgie
Onze Lieve Vrouwe Gasthuis - Sint Lucas Andreas Ziekenhuis	Onze Lieve Vrouwe Gasthuis - locatie Oosterpark	Topklinisch	Ja	Ja	Ja	3	Nee	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Onze Lieve Vrouwe Gasthuis - Sint Lucas Andreas Ziekenhuis	Onze Lieve Vrouwe Gasthuis - buitenpolikliniek IJburg	Buitenpolikliniek	Nee	Nee	Nee	0	Nee	Nee	Nee	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee
Onze Lieve Vrouwe Gasthuis - Sint Lucas Andreas Ziekenhuis	Onze Lieve Vrouwe Gasthuis - locatie Prinsengracht	Nevenlocatie	Nee	Nee	Nee	0	Nee	Nee	Nee	Ja	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee
Onze Lieve Vrouwe Gasthuis - Sint Lucas Andreas Ziekenhuis	Sint Lucas Andreas Ziekenhuis	Nevenlocatie	Ja	Ja	Ja	2	Nee	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee	Nee	Nee
Oogziekenhuis Rotterdam	Oogziekenhuis Rotterdam	Categoriaal	Ja	Nee	Nee	0	Nee	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee	Nee	Nee
Orbis Medisch Centrum	Orbis Medisch Centrum	Overig Algemeen	Ja	Ja	Ja	2	Nee	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee	Ja	Nee
Orbis Medisch Centrum	Orbis Medisch Centrum - buitenpolikliniek De Eghte	Buitenpolikliniek	Nee	Nee	Nee	0	Nee	Nee	Nee	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee
Pantein	Maasziekenhuis Pantein	SAZ	Ja	Ja	Ja	1	Nee	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee	Nee	Nee
Refaja Ziekenhuis	Refaja Ziekenhuis	SAZ	Ja	Ja	Ja	1	Nee	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee	Nee	Nee
Refaja Ziekenhuis	Refaja Ziekenhuis - buitenpolikliniek Veendam	Buitenpolikliniek	Nee	Nee	Nee	0	Nee	Nee	Nee	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee
Reinier de Graaf Groep	Reinier de Graaf Groep	Topklinisch	Ja	Ja	Ja	2	Nee	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee	Nee	Nee
Reinier de Graaf Groep	Reinier de Graaf Groep - locatie Diaconessenhuis Voorburg	Nevenlocatie	Nee	Nee	Nee	0	Nee	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee	Nee	Nee
Reinier de Graaf Groep	Reinier de Graaf Groep - buitenpolikliniek Den Haag/Ypenburg	Buitenpolikliniek	Nee	Nee	Nee	0	Nee	Nee	Nee	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee
Reinier de Graaf Groep	Reinier de Graaf Groep - buitenpolikliniek Naaldwijk	Buitenpolikliniek	Nee	Nee	Nee	0	Nee	Nee	Ja	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee
Rijnland Ziekenhuis	Rijnland Ziekenhuis - locatie Leiderdorp	Overig Algemeen	Ja	Ja	Ja	2	Nee	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee	Ja	Nee
Rijnland Ziekenhuis	Rijnland Ziekenhuis - locatie Alphen aan den Rijn	Nevenlocatie	Nee	Ja	Nee	0	Nee	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee
Rijnstate (Alysis Zorggroep)	Rijnstate - locatie Ziekenhuis Rijnstate	Topklinisch	Ja	Nee	Ja	2	Nee	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Rijnstate (Alysis Zorggroep)	Rijnstate - buitenpolikliniek Dieren	Buitenpolikliniek	Nee	Nee	Nee	0	Nee	Nee	Nee	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee
Rijnstate (Alysis Zorggroep)	Rijnstate - buitenpolikliniek Zuid	Buitenpolikliniek	Nee	Nee	Nee	0	Nee	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee
Rijnstate (Alysis Zorggroep)	Rijnstate - locatie Ziekenhuis Velp	Nevenlocatie	Nee	Nee	Nee	0	Nee	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee
Rijnstate (Alysis Zorggroep)	Rijnstate - locatie Ziekenhuis Zevenaar	Nevenlocatie	Nee	Ja	Ja	0	Nee	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee	Nee	Nee
Rivas Zorggroep (Beatrixziekenhuis)	Rivas Zorggroep - locatie Beatrixziekenhuis	SAZ	Ja	Ja	Ja	1	Nee	Ja	Nee	Ja	Ja	Ja	Nee	Ja	Nee
Rivas Zorggroep (Beatrixziekenhuis)	Rivas Zorggroep - Lingepolikliniek	Buitenpolikliniek	Nee	Nee	Nee	0	Nee	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee
Rode Kruis Ziekenhuis	Rode Kruis Ziekenhuis	SAZ	Ja	Ja	Ja	2	Nee	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee	Ja	Nee
Rode Kruis Ziekenhuis	Rode Kruis Ziekenhuis - buitenpolikliniek Heemskerk	Buitenpolikliniek	Nee	Nee	Nee	0	Nee	Nee	Nee	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee
Ruwaard Van Putten Ziekenhuis	Ruwaard Van Putten Ziekenhuis	SAZ	Ja	Ja	Ja	1	Nee	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee	Ja	Nee
Ruwaard Van Putten Ziekenhuis	Ruwaard Van Putten Ziekenhuis - buitenpolikliniek Hoogvliet	Buitenpolikliniek	Nee	Nee	Nee	0	Nee	Nee	Nee	ja	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee
Ruwaard Van Putten Ziekenhuis	Ruwaard Van Putten Ziekenhuis - buitenpolikliniek Rozenburg	Buitenpolikliniek	Nee	Nee	Nee	0	Nee	Nee	Nee	ja	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee
Saxenburgh Groep	Saxenburgh Groep - locatie Röpcke-Zweers Ziekenhuis	SAZ	Ja	Ja	Ja	1	Nee	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee	Ja	Nee
Saxenburgh Groep	Saxenburgh Groep - Dagziekenhuis Aleida Kramer	Buitenpolikliniek	Nee	Nee	Nee	0	Nee	Nee	Ja	Ja	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee
Saxenburgh Groep	Saxenburgh Groep - buitenpolikliniek Ommen	Buitenpolikliniek	Nee	Nee	Nee	0	Nee	Nee	Nee	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee
Saxenburgh Groep	Saxenburgh Groep - buitenpolikliniek Slagharen	Buitenpolikliniek	Nee	Nee	Nee	0	Nee	Nee	Nee	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee
Saxenburgh Groep	Saxenburgh Groep - buitenpolikliniek Westhaar	Buitenpolikliniek	Nee	Nee	Nee	0	Nee	Nee	Nee	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee

Concern	Locaties	Type ziekenhuislocatie	Spoedeisende hulp	Huisartsenpost	Acute Verloskunde	IC-level	Trauma-centrum	OK	Poliklinische OK	Polikliniek	Klinische dagbesteding	Klinische opname	Cardio-chirurgie	Complexe vaatchirurgie	Complexe oncologische chirurgie
Sint Franciscus/Vlietland Groep	Sint Franciscus/Vlietland Groep - locatie Sint Franciscus Gasthuis	Topklinisch	Ja	Ja	Ja	2	Nee	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee	Ja	Ja
Sint Franciscus/Vlietland Groep	Sint Franciscus/Vlietland Groep - locatie Berkel	Nevenlocatie	Nee	Nee	Nee	0	Nee	Nee	Nee	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee
Sint Franciscus/Vlietland Groep	Sint Franciscus/Vlietland Groep - locatie Schiedam	Nevenlocatie	Ja	Ja	Ja	1	Nee	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee	Nee
Sint Franciscus/Vlietland Groep	Sint Franciscus/Vlietland Groep - buitenpolikliniek Maassluis	Buitenpolikliniek	Nee	Nee	Nee	0	Nee	Nee	Nee	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee
Sint Maartenskliniek	Sint Maartenskliniek	Categoriaal	Nee	Nee	Nee	1	Nee	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee	Nee	Nee
Sint Maartenskliniek	Sint Maartenskliniek - locatie Woerden	Nevenlocatie	Nee	Nee	Nee	0	Nee	Ja	Nee	Ja	Ja	Ja	Nee	Nee	Nee
SJG Weert (St. Jans Gasthuis)	SJG Weert	SAZ	Ja	Nee	Ja	1	Nee	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee	Ja	Nee
SJG Weert (St. Jans Gasthuis)	SJG Weert - buitenpolikliniek Budel	Buitenpolikliniek	Nee	Nee	Nee	0	Nee	Nee	Nee	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee
Slingeland Ziekenhuis	Slingeland Ziekenhuis	SAZ	Ja	Ja	Ja	2	Nee	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee	Ja	Ja
Slotervaartziekenhuis B.V.	Slotervaartziekenhuis	Overig Algemeen	Ja	Nee	Nee	1	Nee	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee	Ja	Ja
Spaarne Ziekenhuis	Spaarne Ziekenhuis	Topklinisch	Ja	Ja	Ja	2	Nee	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee	Ja	Ja
Spaarne Ziekenhuis	Spaarne Ziekenhuis - locatie Heemstede	Nevenlocatie	Nee	Nee	Nee	0	Nee	ja	ja	ja	ja	Nee	Nee	Nee	Nee
Spaarne Ziekenhuis	Spaarne Ziekenhuis - buitenpolikliniek Hillegom	Buitenpolikliniek	Nee	Nee	Nee	0	Nee	Nee	Nee	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee
St. Anna Ziekenhuis	St. Anna Ziekenhuis - locatie Geldrop	SAZ	Ja	Ja	Ja	1	Nee	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee	Ja	Ja
St. Anna Ziekenhuis	St. Anna Ziekenhuis - buitenpolikliniek Eindhoven	Buitenpolikliniek	Nee	Nee	Nee	0	Nee	Nee	Nee	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee
St. Antonius Ziekenhuis	St. Antonius Ziekenhuis - locatie Nieuwegein	Topklinisch	Ja	Ja	Ja	2	Nee	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
St. Antonius Ziekenhuis	St. Antonius Ziekenhuis - buitenpolikliniek Houten	Buitenpolikliniek	Nee	Nee	Nee	0	Nee	Nee	Nee	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee
St. Antonius Ziekenhuis	St. Antonius Ziekenhuis - locatie Oudenrijn	Nevenlocatie	Ja	Ja	Nee	0	Nee	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee	Nee	Nee
St. Antonius Ziekenhuis	St. Antonius Ziekenhuis - buitenpolikliniek Overvecht	Nevenlocatie	Nee	Nee	Nee	0	Nee	Nee	Nee	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee
St. Antonius Ziekenhuis	St. Antonius Ziekenhuis - buitenpolikliniek Vleuterweide	Buitenpolikliniek	Nee	Nee	Nee	0	Nee	Nee	Nee	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee
St. Elisabeth Ziekenhuis	St. Elisabeth Ziekenhuis	Topklinisch	Ja	Nee	Ja	3	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee	Ja	Ja
St. Jansdal (Christelijk Algemeen Ziekenhuis Noordwest-Veluwe)	St. Jansdal	SAZ	Ja	Ja	Ja	1	Nee	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee	Ja	Ja
St. Jansdal (Christelijk Algemeen Ziekenhuis Noordwest-Veluwe)	St. Jansdal - buitenpolikliniek Dronten	Buitenpolikliniek	Nee	Nee	Nee	0	Nee	Nee	Nee	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee
St. Jansdal (Christelijk Algemeen Ziekenhuis Noordwest-Veluwe)	St. Jansdal - buitenpolikliniek Nijkerk	Buitenpolikliniek	Nee	Nee	Nee	0	Nee	Nee	Nee	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee
Tergooiziekenhuizen	Tergooiziekenhuizen - locatie Hilversum	Overig Algemeen	Ja	Nee	Ja	1	Nee	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Tergooiziekenhuizen	Tergooiziekenhuizen - locatie Blaricum	Nevenlocatie	Ja	Ja	Nee	1	Nee	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee	Ja	Ja
Tergooiziekenhuizen	Tergooiziekenhuizen - buitenpolikliniek Weesp	Buitenpolikliniek	Nee	Nee	Nee	0	Nee	Nee	Nee	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee
Tjongerschans Ziekenhuis Heerenveen	Tjongerschans Ziekenhuis - locatie Heerenveen	SAZ	Ja	Nee	Ja	1	Nee	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee	Nee	Nee
Tjongerschans Ziekenhuis Heerenveen	Tjongerschans Ziekenhuis - buitenpolikliniek Lemmer	Buitenpolikliniek	Nee	Nee	Nee	0	Nee	Nee	Nee	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee
Tweesteden Ziekenhuis	TweeSteden ziekenhuis - locatie Tilburg	Overig Algemeen	Ja	Nee	Ja	2	Nee	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee	Nee
Tweesteden Ziekenhuis	TweeSteden ziekenhuis - buitenpolikliniek Oisterwijk	Buitenpolikliniek	Nee	Nee	Nee	0	Nee	Nee	Nee	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee
Tweesteden Ziekenhuis	TweeSteden ziekenhuis - locatie Waalwijk	Nevenlocatie	Nee	Nee	Nee	0	Nee	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee	Nee	Nee
Universitair Medisch Centrum Groningen (UMCG)	Universitair Medisch Centrum Groningen	UMC	Ja	Nee	Ja	3	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Universitair Medisch Centrum Groningen (UMCG)	Universitair Medisch Centrum Groningen - locatie Beatrixoord Haren	Nevenlocatie	Nee	Nee	Nee	0	Nee	Nee	Nee	Ja	Ja	Ja	Nee	Nee	Nee

Concern	Locaties	Type ziekenhuislocatie	Spoedeisende hulp	Huisartsenpost	Acute Verloskunde	IC-level	Trauma-centrum	OK	Poliklinische OK	Polikliniek	Klinische dagbehandeling	Klinische opname	Cardio-chirurgie	Complexe vaatchirurgie	Complexe oncologische chirurgie
Universitair Medisch Centrum St Radboud (UMCN)	Universitair Medisch Centrum St Radboud (UMCN)	UMC	Ja	Nee	Ja	3	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Universitair Medisch Centrum St Radboud (UMCN)	UCCZ Dekkerswald	Buitenpolikliniek	Nee	Nee	Nee	0	Nee	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee	Nee	Nee
Universitair Medisch Centrum Utrecht	Universitair Medisch Centrum Utrecht	UMC	Ja	Nee	Ja	3	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Universitair Medisch Centrum Utrecht	Universitair Medisch Centrum Utrecht - locatie Wilhelmina Kinderziekenhuis	Nevenlocatie	Nee	Nee	Ja	3	Nee	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Viecuri Medisch Centrum	Viecuri Medisch Centrum - locatie Venlo	Topklinisch	Ja	Nee	Ja	2	Nee	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
VieCuri Medisch Centrum	Viecuri Medisch Centrum - buitenpolikliniek Horst	Buitenpolikliniek	Nee	Nee	Nee	0	Nee	Nee	Nee	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee
Viecuri Medisch Centrum	Viecuri Medisch Centrum - locatie Venray	Nevenlocatie	Nee	Nee	Nee	0	Nee	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee	Ja	Ja
VieCuri Medisch Centrum	Viecuri Medisch Centrum - buitenpolikliniek Peel en Maas	Buitenpolikliniek	Nee	Nee	Nee	0	Nee	Nee	Nee	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee
VU Medisch Centrum	VU Medisch Centrum	UMC	Ja	Ja	Ja	3	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Waterlandziekenhuis	Waterlandziekenhuis	SAZ	Ja	Ja	Ja	1	Nee	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee	Nee	Nee
Waterlandziekenhuis	Waterlandziekenhuis - behandelcentrum Waterland Oost	Buitenpolikliniek	Nee	Nee	Nee	0	Nee	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee	Nee	Nee
Westfries Gasthuis (Stichting Algemeen Ziekenhuis)	Westfries Gasthuis - locatie Westfriesgasthuis	Overig Algemeen	Ja	Ja	Ja	2	Nee	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee	Ja	Ja
Westfries Gasthuis (Stichting Algemeen Ziekenhuis)	Westfries Gasthuis - buitenpolikliniek Enkhuizen	Buitenpolikliniek	Nee	Nee	Nee	0	Nee	Nee	Nee	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee
Westfries Gasthuis (Stichting Algemeen Ziekenhuis)	Westfries Gasthuis - buitenpolikliniek Heerhugowaard	Buitenpolikliniek	Nee	Nee	Nee	0	Nee	Nee	Nee	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee
Wilhelmina Ziekenhuis Assen	Wilhelmina Ziekenhuis Assen	SAZ	Ja	Ja	Ja	1	Nee	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee	Nee	Nee
Wilhelmina Ziekenhuis Assen	Wilhelmina Ziekenhuis Assen - buitenpolikliniek Medisch Centrum Wilhelmina	Buitenpolikliniek	Nee	Nee	Nee	0	Nee	Nee	Nee	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee
Zaans Medisch Centrum	Zaans Medische Centrum	SAZ	Ja	Ja	Ja	2	Nee	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee	Nee	Nee
Zaans Medisch Centrum	Zaans Medisch Centrum - buitenpolikliniek Saendelft	Buitenpolikliniek	Nee	Nee	Nee	0	Nee	Nee	Nee	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee
Ziekenhuis Amstelland	Ziekenhuis Amstelland	SAZ	Ja	Ja	Ja	1	Nee	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee	Ja	Nee
Ziekenhuis Amstelland	Ziekenhuis Amstelland - buitenpolikliniek Uithoorn	Buitenpolikliniek	Nee	Nee	Nee	0	Nee	Nee	Nee	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee
Ziekenhuis Bernhoven	Ziekenhuis Bernhoven - locatie Uden	SAZ	Ja	Ja	Ja	1	Nee	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee	Ja	Nee
Ziekenhuis Bernhoven	Ziekenhuis Bernhoven - buitenpolikliniek Oss	Buitenpolikliniek	Nee	Nee	Nee	0	Nee	Nee	Nee	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee
Ziekenhuis Gelderse Vallei	Ziekenhuis Gelderse Vallei	Overig Algemeen	Ja	Ja	Ja	3	Nee	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee	Ja	Ja
Ziekenhuis Gelderse Vallei	Ziekenhuis Gelderse Vallei - buitenpolikliniek Wageningen	Buitenpolikliniek	Nee	Nee	Nee	0	Nee	Nee	Nee	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee
Ziekenhuis Gelderse Vallei	Ziekenhuis Gelderse Vallei - buitenpolikliniek Barneveld	Buitenpolikliniek	Nee	Nee	Nee	0	Nee	Nee	Nee	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee
Ziekenhuis Gelderse Vallei	Ziekenhuis Gelderse Vallei - buitenpolikliniek Veenendaal	Buitenpolikliniek	Nee	Nee	Nee	0	Nee	Nee	Nee	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee
Ziekenhuis Rivierenland	Ziekenhuis Rivierenland	SAZ	Ja	Ja	Ja	1	Nee	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee	Ja	Ja
Ziekenhuis Rivierenland	Ziekenhuis Rivierenland - Barbara buitenpolikliniek	Buitenpolikliniek	Nee	Nee	Nee	0	Nee	Nee	Ja	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee
Ziekenhuis Rivierenland	Ziekenhuis Rivierenland Waterpoort - buitenpolikliniek Beneden Leeuwen	Buitenpolikliniek	Nee	Nee	Nee	0	Nee	Nee	Nee	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee
Ziekenhuisgroep Twente	Ziekenhuisgroep Twente - locatie Almelo	Overig Algemeen	Ja	Ja	Ja	2	Nee	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee	Ja	Nee
Ziekenhuisgroep Twente	Ziekenhuisgroep Twente - buitenpolikliniek Goor	Buitenpolikliniek	Nee	Nee	Nee	0	Nee	Nee	Nee	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee
Ziekenhuisgroep Twente	Ziekenhuisgroep Twente - locatie Hengelo	Nevenlocatie	Ja	Ja	Ja	1	Nee	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee	Ja	Nee
Ziekenhuisgroep Twente	Ziekenhuisgroep Twente - buitenpolikliniek Nijverdal	Buitenpolikliniek	Nee	Nee	Nee	0	Nee	Nee	Nee	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee

Concern	Locaties	Type ziekenhuislocatie	Spoedeisende hulp	Huisartsenpost	Acute Verloskunde	IC-level	Trauma-centrum	OK	Poliklinische OK	Polikliniek	Klinische dagbehandeling	Klinische opname	Cardio-chirurgie	Complexe vaatchirurgie	Complexe oncologische chirurgie
Ziekenhuisvoorzieningen Oost-Achterhoek (Streekziekenhuis Koningin Beatrix)	Ziekenhuisvoorzieningen Oost-Achterhoek - Streekziekenhuis Koningin Beatrix	SAZ	Ja	Nee	Ja	1	Nee	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee	Ja	Nee
Ziekenhuisvoorzieningen Oost-Achterhoek (Streekziekenhuis Koningin Beatrix)	Ziekenhuisvoorzieningen Oost-Achterhoek - buitenpolikliniek Eibergen	Buitenpolikliniek	Nee	Nee	Nee	0	Nee	Nee	Nee	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee
Ziekenhuisvoorzieningen Oost-Achterhoek (Streekziekenhuis Koningin Beatrix)	Ziekenhuisvoorzieningen Oost-Achterhoek - buitenpolikliniek Groenlo	Buitenpolikliniek	Nee	Nee	Nee	0	Nee	Nee	Nee	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee
Ziekenhuisvoorzieningen Oost-Achterhoek (Streekziekenhuis Koningin Beatrix)	Ziekenhuisvoorzieningen Oost-Achterhoek - buitenpolikliniek Lichtenvoorde	Buitenpolikliniek	Nee	Nee	Nee	0	Nee	Nee	Nee	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee
Ziekenhuisvoorzieningen Oost-Achterhoek (Streekziekenhuis Koningin Beatrix)	Ziekenhuisvoorzieningen Oost-Achterhoek - Sport Medisch Adviescentrum Doetinchem	Buitenpolikliniek	Nee	Nee	Nee	0	Nee	Nee	Nee	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee
Zorgcombinatie Noorderboog (Diaconessenhuis Meppel)	Zorgcombinatie Noorderboog - Diaconessenhuis Meppel	SAZ	Ja	Ja	Nee	1	Nee	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee	Ja	Nee
Zorgcombinatie Noorderboog (Diaconessenhuis Meppel)	Zorgcombinatie Noorderboog - buitenpolikliniek Dwingeloo	Buitenpolikliniek	Nee	Nee	Nee	0	Nee	Nee	Nee	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee
Zorgcombinatie Noorderboog (Diaconessenhuis Meppel)	Zorgcombinatie Noorderboog - buitenpolikliniek Ruinen	Buitenpolikliniek	Nee	Nee	Nee	0	Nee	Nee	Nee	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee
Zorgcombinatie Noorderboog (Diaconessenhuis Meppel)	Zorgcombinatie Noorderboog - buitenpolikliniek Steenwijk	Buitenpolikliniek	Nee	Nee	Nee	0	Nee	Nee	Nee	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee
Zorgcombinatie Noorderboog (Diaconessenhuis Meppel)	Zorgcombinatie Noorderboog - buitenpolikliniek Vollenhove	Buitenpolikliniek	Nee	Nee	Nee	0	Nee	Nee	Nee	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee
Zorggroep Leveste Middenveld	Zorggroep Leveste Middenveld - Ziekenhuis Bethesda	SAZ	Ja	Ja	Ja	1	Nee	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee	Ja	Nee
Zorggroep Leveste Middenveld	Zorggroep Leveste Middenveld - Scheper Ziekenhuis	Nevenlocatie	Ja	Ja	Ja	2	Nee	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Zorgsaam Zeeuws-Vlaanderen	ZorgSaam Zeeuws-Vlaanderen	SAZ	Ja	Ja	Ja	1	Nee	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee	Nee	Nee
ZorgSaam Zeeuws-Vlaanderen	ZorgSaam Zeeuws-Vlaanderen - locatie Antonius	Nevenlocatie	Nee	Ja	Nee	0	Nee	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee	Nee	Nee
ZorgSaam Zeeuws-Vlaanderen	ZorgSaam Zeeuws-Vlaanderen - buitenpolikliniek Liduina	Buitenpolikliniek	Nee	Nee	Nee	0	Nee	Nee	Nee	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee
ZorgSaam Zeeuws-Vlaanderen	ZorgSaam Zeeuws-Vlaanderen - kliniek Hulst	Nevenlocatie	Nee	Nee	Nee	0	Nee	Nee	Nee	Nee	Ja	Ja	Nee	Nee	Nee
Zuwe Hofpoort Ziekenhuis	Zuwe Hofpoort Ziekenhuis	SAZ	Ja	Ja	Ja	1	Nee	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee	Ja	Ja
Zuwe Hofpoort Ziekenhuis	Zuwe Hofpoort Ziekenhuis - buitenpolikliniek Zorgpoort Leidsche Rijn	Buitenpolikliniek	Nee	Nee	Nee	0	Nee	Nee	Ja	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee
Zuwe Hofpoort Ziekenhuis	Zuwe Hofpoort Ziekenhuis - buitenpolikliniek Mijdrecht	Buitenpolikliniek	Nee	Nee	Nee	0	Nee	Nee	Nee	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee

KPMG Gezondheidszorg

Alle bij KPMG Nederland aanwezige kennis en expertise op het gebied van de zorgsector is gebundeld binnen KPMG Gezondheidszorg. Hieronder vallen werkzaamheden op het gebied van zowel Audit, Tax en Advisory. Activiteiten op het gebied van belastingadvies worden verricht onder de naam 'KPMG Meijburg & Co' en werkzaamheden op het gebied van management consulting onder de naam 'KPMG Plexus'. Daarbij werken we onder meer in opdracht van ziekenhuizen, zorgverzekeraars, verplegings- en GGZ-instellingen, gehandicapten- en jeugdzorginstellingen, farmaceuten en overheidsorganisaties.

KPMG Gezondheidszorg maakt deel uit van het internationale KPMG-netwerk. Dit netwerk biedt directe toegang tot onze wereldwijde kennis van innovatieve ontwikkelingen en 'best practises' in de zorg. Zo werken we wereldwijd iedere dag met meer dan 4.000 professionals gespecialiseerd in de zorgsector aan een excellente en efficiënte gezondheidszorg die voor iedereen toegankelijk is.

Auteurs

Anna van Poucke
Wouter Bos
Emmeline Kunst
Linde Jacobs
Huibert Koevoets
Karin Vernooij

Voor vragen over de inhoud van deze rapportage:

T: (020) 301 0800

E: samenwerkenindezorg@kpmg.nl

Contact

Advisory, KPMG Plexus

[Anna van Poucke](#)

Director

E: VanPoucke.Anna@kpmg.nl

T: (020) 656 7890

Tax, KPMG Meijburg & Co

[Wim van Welsem](#)

Partner

E: VanWelsem.Wim@kpmg.nl

T: (038) 467 4957

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.

© 2013 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.