

Het ziekenhuis voorbij?!

Ziekenhuisbestuurders aan het woord



Het ziekenhuis voorbij?!

Ziekenhuisbestuurders aan het woord

Utrecht, november 2011

Drs. Marleen van Amersfoort

Drs. Léonie van Rijk

Drs. Sarah Prins

Onder eindredactie van Prof.Dr. R.A. Stegwee

Woord van dank

Ieder jaar maken wij vanuit de adviesgroep Gezondheidszorg van Capgemini Consulting voor onze klanten in de zorg een rapport met inzichten en ervaringen die wij tijdens de uitvoering van onze projecten voor de zorgsector hebben opgedaan. Dit jaar besloten we het anders te doen. We wilden niet schrijven over de sector maar met de sector. We hebben gekozen voor de ziekenhuiszorg.

We hebben gesproken met meer dan 25 bestuurders over de ontwikkeling van de ziekenhuiszorg en specifiek hun eigen ziekenhuis, over de consequenties die deze ontwikkelingen kunnen hebben voor patiënten, specialisten en toezichthouders, maar ook voor de bestuurders zelf. En last but not least hebben we gesproken over de wijze waarop zij leiding willen geven aan deze ontwikkelingen in hun eigen huis. De gesprekken waren zonder uitzondering inspirerend en openhartig. We hebben ook veel gelachen, al was het maar om uitspraken die volgens de geïnterviewde toch iets minder voor publicatie geschikt waren. Die zijn voor ons, maar geen zorg, er is meer dan genoeg overgebleven. Onze dank gaat dan ook in de allereerste plaats uit naar deze bestuurders die, ondanks hun overvolle agenda's, de tijd namen om hun inspirerende, ambitieuze en visionaire verhalen met ons te delen.

Daarnaast bedanken we ook Margot van der Starre (directeur van de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen), Pieter Hasekamp (Algemeen directeur Zorgverzekeraars Nederland), Michel van Schaik (directeur Gezondheidszorg Rabobank Nederland) en Angelique Lamme (directeur bestuurder Zorgfederatie Oldenzaal) voor het verschaffen van een breed perspectief op veranderingen in de zorg.

Wij willen ook graag de leden van de klankbordgroep bedanken: Maarten Rook (Voorzitter STZ), Henk Bijker (Professor of Change Management in Healthcare, Universiteit Twente) en Gert Schut (vice president Industrial en Consumer Markets, Capgemini Consulting). Dank voor jullie kritische blik en waardevolle suggesties tijdens de totstandkoming van deze publicatie.

Tot slot bedanken wij onze stagiaire van de Universiteit Twente, Margoleen Honcoop, die zich als een pitbull op dit project heeft gestort en voor ons de beste 'buitenboordmotor' was die we ons maar konden wensen. Inmiddels mogen wij spreken over Margoleen als Master of Science, hetgeen haar zeer is gegund.

Wij hebben met veel plezier aan deze publicatie gewerkt en hopen dat u het met plezier zult lezen.

Marleen van Amersfoort
Vice president Public & Health
Capgemini Consulting

Patrick Jansen
Clusterleider Zorg
Capgemini Consulting

Inhoudsopgave

1 Het ziekenhuis voorbij?!	07
2 Onderzoeksofzet naar ziekenhuistransformaties	09
3 Strategische keuzes naar 2016	11
4 Transformeren met stakeholders	19
5 Strategisch bewegen naar 2016	25
6 Conclusies: Het ziekenhuis voorbij...	33
Bijlage	35

Samenvatting

Er zijn veel mensen die ideeën hebben over hoe de ziekenhuiszorg zou moeten veranderen, wil zij toekomstbestendig zijn. Zo wordt veel gesproken over specialisatie en concentratie van de zorg, soms zelfs al geplot op de kaart van Nederland. Ook wordt gesproken over het drastisch terugbrengen van het aantal ziekenhuizen. En soms gaat het ook over de patiënt en de wijze waarop deze zich in de toekomst door het zorglandschap zal bewegen. Hoe het ook zij, het zijn uiteindelijk de bestuurders van de ziekenhuizen die staan opgesteld om in de vormgeving van de ziekenhuiszorg van de toekomst een belangrijke rol te vervullen. Wat vinden zij eigenlijk?

Ook de ziekenhuisbestuurders zijn ervan overtuigd dat de ziekenhuiszorg de komende vijf jaar ingrijpend zal veranderen en dat dit belangrijke consequenties heeft voor de zorg in en de positie van hun ziekenhuis. Er zijn overeenkomsten en verschillen in de strategie die zij volgen. Alle opereren steeds vaker en intensiever in steeds meer netwerken. Welke netwerken zij kiezen, hoe zij zich binnen die netwerken positioneren en welke bindingsintensiteit zij voorstaan, verschilt. Enerzijds door hun vertrekpunt (het type ziekenhuis dat zij nu besturen), maar anderzijds ook door hun overtuigingen van waar het met de (ziekenhuis-)zorg naar toe zou moeten gaan. Het onderzoek biedt een overzicht van de waaier aan strategische keuzes op organisatieniveau die op dit moment expliciet of impliciet door bestuurders worden ingezet.

De verwachte consequenties van deze strategische keuzes voor de stakeholders van de ziekenhuizen zijn fors. Met name voor de patiënten en de

medisch specialisten. Het raakt direct de wijze waarop patiënten zorg gaan ontvangen en het raakt ook direct de wijze waarop medisch specialisten hun vak uitoefenen. In die zin is de aard van de verandering fundamenteel en, eenmaal ingezet, onomkeerbaar.

De grote vraag is 'hoe' bestuurders deze fundamentele verandering van hun ziekenhuis gaan vormgeven. Bestuurders geven aan dat zij tegelijkertijd bewegen met de buitenwereld én met de binnenwereld. Met de buitenwereld bewegen zij allemaal strategisch: zij kiezen positie(s) en koppelen daar bewust wel of geen actie aan. Het strategisch bewegen met de binnenwereld is voor menig bestuurder veel meer een nog te ontginnen terrein. De helft van de bestuurders geeft aan dat zij denken deze fundamentele veranderingen te kunnen vormgeven in hun reguliere processen. Andere zetten naast de reguliere processen versnellers in. Overeenkomsten in de gebruikte versnellers zijn relatief klein: ieder doet het op zijn of haar manier. Het bewust en structureel inzetten van patiënten of toekomstige samenwerkingspartners in het veranderingsproces hebben wij slechts eenmaal (van een door collega's zeer gewaardeerde bestuurder) vernomen.

Om de toekomst mede vorm te geven, zijn bepaalde competenties van bestuurders meer dan voorheen het geval was van belang. Verbinden, zowel intern als extern staat daarbij voorop. Maar ook de aanwezigheid van de medische competentie in de raad van bestuur is volgens veel bestuurders onontbeerlijk. Deze combinatie van competenties, gekoppeld aan een forse dosis creativiteit en lef om anders te acteren dan gewoonlijk, kunnen de visies tot realiteit brengen.



1 Het ziekenhuis voorbij?!

De komende periode staan er grote veranderingen in de ziekenhuiszorg op stapel, zo spreekt uit alle (nieuws-)berichten. De vraag naar ziekenhuiszorg neemt toe als gevolg van de vergrijzing en ook de mogelijkheden van (medische) technologie. Dit terwijl we te maken hebben met een teruglopende economie en een vergrijzende arbeidsmarkt. De houdbaarheid van de ziekenhuiszorg staat onder druk.

Maar het zijn niet alleen financiële motieven die de ziekenhuiszorg noodzakelijk tot verandering. Patiënten eisen in toenemende mate een meer eigentijds antwoord op hun zorgvraag. Zij ervaren op tal van terreinen de mogelijkheden van de digitale (mobiele) technologie en willen deze ook verwezenlijkt zien in de wijze waarop aan hun zorgvraag tegemoet wordt gekomen. Sleutelwoorden daarbij zijn eigen regie, dienstverlening op maat en uitwisseling van kennis en ervaring.

In de praktijk zien wij dat bestuurders, professionals, managers en medewerkers zich terdege bewust zijn van de toenemende druk op de ziekenhuiszorg en de urgentie van de problematiek. Het realiseren van dergelijke veranderingen is daarentegen niet iets wat 'overnight' tot stand komt. Het bieden van kwaliteit, veiligheid en continuïteit van zorg voor een groot aantal patiënten met een groot aantal professionals vergt juist 'ingebakken' en bewezen werkwijzen en procedures. Deze aanpassen, laat staan vergaand wijzigen, vergt een gezamenlijke visie, bereidheid, mogelijkheden tot investeren en vaak een lange adem.

Het is deze paradox waarvoor ziekenhuisbestuurders zich gesteld zien en die zij moeten zien op te lossen. Daar waar velen op de tribune commentaar leveren, zijn zij het die plaats hebben genomen op het veld en verantwoordelijkheid nemen om de ziekenhuiszorg voor ons allen beschikbaar te stellen en beschikbaar te houden. Dit was voor ons de reden om hen nu eens uitgebreid aan het woord te laten. Wat zien zij de komende jaren op zich af komen? Op welke wijze willen zij hierop inspelen? Wie betrekken zij daarbij en op welke wijze? En wat betekent dat voor hen als bestuurders?

Het resultaat heeft u nu in handen. U zult zien dat bestuurders het op een aantal punten erg eens zijn, maar ook op punten een radicaal andere invalshoek kiezen. Een van de zaken waarover de bestuurders in ieder geval weinig van mening verschillen, is hun overtuiging dat de ziekenhuiszorg in de komende vijf jaar ingrijpend zal veranderen. Het ziekenhuis zoals we dat nu kennen, zal volgens hen over vijf jaar niet meer bestaan. Om die reden hebben wij dan ook gekozen voor 'Het ziekenhuis voorbij?!' als titel van dit rapport.

Wij hebben de vele informatie die bestuurders ons hebben toevertrouwd hier voor u geordend en geëindigd. Ter inspiratie voor hen en voor eenieder die de komende jaren een bijdrage levert aan de transformatie van de ziekenhuiszorg in Nederland.



2 Onderzoeksopzet naar ziekenhuistransformaties

Het onderzoek onder de ziekenhuisbestuurders is kwalitatief van aard. Naast een literatuuronderzoek bestaat het onderzoek uit een serie van 27 semigestructureerde interviews met ziekenhuisbestuurders en vier gesprekken met experts uit de ziekenhuissector. Een overzicht van de geïnterviewden staat in de bijlage. Bij de selectie van de ziekenhuizen is gekeken naar een goede verdeling over Nederland (zie figuur 1) en indeling in verschillende categorieën (algemeen, STZ, UMC en overig).

De semigestructureerde interviews zijn in de periode van juni t/m oktober 2011 afgenomen. Van ieder interview is een gespreksverslag gemaakt dat ter goedkeuring aan de geïnterviewde is voorgelegd. Over de opzet van het onderzoek hebben wij voorafgaand en gedurende het traject input gekregen van een klankbordgroep, bestaande uit ex-bestuurders en veranderdeskundigen.

Figuur 1: Verdeling van de betrokken ziekenhuizen over Nederland





3 Strategische keuzes naar 2016

Ziekenhuizen opereren steeds vaker en intenser in steeds meer netwerken. Vrijwel alle bestuurders verwachten dat deze netwerkvorming de komende jaren zal toenemen zowel in horizontale richting (samenwerking met collega-ziekenhuizen, zowel regionaal als landelijk), als in verticale richting (samenwerking met bijvoorbeeld andere zorgaanbieders in de keten zoals huisartsen, verpleeghuizen, revalidatie-instellingen et cetera). De horizontale en verticale netwerkvorming is niet alleen zichtbaar in de frontoffice-zorgprocessen, maar ook in de medisch ondersteunende diensten (bijvoorbeeld regionale laboratoria, apotheken) of in backofficeprocessen (onder andere inkoop, administratie en ICT). Ook zullen de netwerken zich steeds verder uitstrekken richting andere, aan de zorg gerelateerde domeinen zoals welzijn, veiligheid, onderzoek, engineering, opleiding en onderwijs.

Met de netwerkvorming kennen ziekenhuizen dezelfde ontwikkeling die voor de gehele maatschappij geldt en die Franse filosofen Gilles Deleuze en Felix Guattari (1998) treffend met de metafoer 'rizoom' aanduiden. Een rizoom is een term uit de biologie en is een ondergronds wortelsysteem met als belangrijkste kenmerk dat het niet te onderscheiden begin- en eindpunten heeft en steeds verder ondergronds voortwoekert met steeds nieuwe verbindingen. Anders dan een boom met wortels, zegt Deleuze, "kent de rizoom een niet-hiërarchisch en niet-betekenisdragend systeem dat uitsluitend bepaald wordt door een circulatie van toestanden, zonder een generaal, zonder een organiserend geheugen of centrale automaat."

“Niemand weet meer precies waar het ziekenhuis begint en eindigt. De term ziekenhuis is dus niet meer toepasselijk, er is sprake van een zorgnetwerk.”

Wouter van der Kam
Antonius Zorggroep

Ziekenhuiszorg start en eindigt steeds vaker buiten het ziekenhuis en komt steeds meer in samenspel met andere betrokkenen tot stand. Veel bestuurders verwachten dat over vijf jaar het ziekenhuis als 'het instituut' voor de ziekenhuiszorg niet meer bestaat. Het zal op vele manieren verweven zijn in de zorg- en welzijnskaart van Nederland, ver buiten de grenzen dus van het huidige ziekenhuis.

Als belangrijke aanjagers van deze veranderingen noemen onze gesprekspartners:

- het wijzigen van de zorgvraag als gevolg van vergrijzing en technologie;
- de verdergaande introductie van kwaliteits- en transparantienormen;
- bezuinigingen;
- invoering prestatiebekostiging (ook voor kapitaallasten);
- vergroting financiële risico's zorgverzekeraars;
- mondiger en meer veeleisende patiënten;
- afname van de beroepsbevolking en schaarste aan (specifieke) beroepen;
- meer mogelijkheden van ICT.

De vraag is op welke wijze de bestuurders reageren op deze ontwikkelingen. Hoe zij hun organisatie de komende jaren positioneren, zowel horizontaal als verticaal. En, welk perspectief zij zien voor hun organisatie om de toekomst van de ziekenhuiszorg in dit krachtenveld vorm te kunnen geven.

3.1 Horizontale positionering: specialisatie en concentratie

Ziekenhuizen leveren nu vrijwel allemaal zorg in de breedte en voeren een groot deel van de behandelingen

uit. Daar zal naar verwachting de komende jaren een grote verandering in optreden, zo laat ook het medio juli 2011 door de NVZ, NFU, ZN en VWS afgesloten akkoord over een beheerste kostenontwikkeling in de ziekenhuiszorg zien. De Raad voor de Volksgezondheid & Zorg publiceerde onlangs een rapport waarin eveneens de ontwikkeling van ziekenhuizen naar zorgnetwerken wordt beschreven.¹ De Raad heeft daarbij in 2020 een gelaagd, regionaal model voor ogen. Dichtbij de burgers zijn 7x24-uurs gezondheidscentra waar de gehele keten van verpleging en verzorging en chronische ziekenzorg plaatsvindt. In deze centra zijn poliklinische voorzieningen geïntegreerd. Hierop aansluitend zijn reguliere medische vervolgvoorzieningen met specifieke indicatiegebieden, met verschillende verschijningsvormen (groepspraktijk, ZBC, thema- of focusklinieken). In ieder netwerk zijn een of meer topklinische ziekenhuizen of topreferente functies opgenomen, waaronder de ‘bijzondere medische’, hoogcomplexen, zeer kapitaalintensieve functies en de opleidings- en onderzoekstaken zijn verdeeld.

Spreiding en concentratie van ziekenhuiszorg verbetert de kwaliteit en doelmatigheid.

De bestuurders die wij spraken geven vrijwel allen aan dat hun ziekenhuis door transparantie- en kwaliteitsnormen, gesteld door overheid, zorgverzekeraars en ook patiëntenverenigingen, een duidelijke, verdergaande beweging richting specialisatie en

concentratie van zorg zal inzetten. Dit wordt versterkt door de druk op doelmatigheid als gevolg van bezuinigingen, de verdere invoering van prestatiebekostiging en voorwaarden die door de zorgverzekeraars in het kader van de zorginkoop worden gesteld. Ook de bestuurders verwachten dat door concentratie en spreiding de kwaliteit en de doelmatigheid van de zorgverlening zal toenemen.

Door de kwaliteitseisen zal niet meer elk ziekenhuis de complexe zorg kunnen invullen, vooral niet als er sprake is van lage volumes. Door de eis van 24 uursdienstverlening met een bepaalde kwaliteit concentreren de IC's en de verloskundige zorg zich verder. Een belangrijke, veel aangehaalde ontwikkeling vormt de concentratie van spoedeisende zorg. De beleidsontwikkeling richting concentratie van deze functie, die zorgverzekeraars c.q. overheid hebben ingezet, volgen de bestuurders met argusogen. Het behouden van de functie SEH wordt van groot belang geacht voor het bieden van een breed palet aan basiszorg.

3.1.1 Bewegen naar nieuw profiel

De meeste bestuurders schetsen een profiel waarheen hun ziekenhuis zal bewegen. Dat zijn in de meeste gevallen (nog) brede profielen.

- **Regionaal profiel**
Het verzorgen van de basis medisch specialistische zorg in de regio/het eigen verzorgingsgebied (basisziekenhuis).
- **(Inter-)regionaal profiel**
Het verzorgen van de basis en complexe medisch specialistische zorg in de regio; specialisatie op onderdelen voor een groter verzor-

gingsgebied ('topklinisch' ziekenhuis).

- **Regionaal en landelijk/internationaal profiel**

Het verzorgen van basis en complexe medisch specialistische zorg in de (inter-)regio en (hoog-) complexe zorg met differentiatie landelijk/Europees (expertisecentra en UMC's).

Binnen deze drie profielen krijgt specialisatie nader vorm. Anders dan nu kan dit betekenen dat er nadrukkelijker wordt gekozen voor bepaalde 'zorglijnen' en ook een gedeelte van de behandelingen daadwerkelijk wordt afgestoten. Over het algemeen geven de bestuurders aan dat de precieze aard van specialisatie nog niet is vastgesteld.

Slechts enkele bestuurders hebben nadrukkelijk al een weg naar vergaande specialisatie voor ogen. Loek Winter² is een groot voorstander van de 'medical mall', de medische supermarkt. Hierin worden de systeemfuncties van het ziekenhuis, zoals verloskunde en spoedeisende hulp, gecombineerd met de planbare zorg in kleine, gespecialiseerde 'focusklinieken'.

De keuze voor een profiel en de daarbinnen tot stand te brengen specialisaties zijn nadrukkelijk onderwerp van overleg met de stakeholders van het ziekenhuis (zoals raad van toezicht, medisch specialisten, zorgverzekeraars, overheden). De medisch specialisten zijn uiteraard cruciaal bij deze besluitvorming. Zij lopen overigens soms al op deze keuzes vooruit, onder andere door het vormen van regionale vakgroepen of maatschappen. Deze proactiviteit wordt door

¹ Zie *Medisch specialistische zorg in 20/20* (2011) en ook *Perspectief op gezondheid 20/20* (2010), Raad voor de Volksgezondheid & Zorg

² Zie Winter, L.H.L. (2011). *Zorgondernemerschap als therapie. Van medisch paternalisme naar consumentisme, van patiënt naar klant*

de bestuurders gewaardeerd, al is de gekozen richting helaas niet altijd de gewenste richting!

Wijze van bewegen naar een nieuw profiel

Bij het tot stand brengen van de specialisatie zijn in de door de bestuurders geschetste visie op de toekomst twee hoofdrichtingen waar te nemen: **Meer specialisatie in samenwerking** Krachten bundelen en de ziekenhuiszorg in de regio verdelen. **Meer specialisatie in competitie:** Gaan voor de eigen kracht en vooral kiezen voor levensvatbare zorglijnen.

Een groot aantal ziekenhuisbestuurders vindt het belangrijk een breed palet aan zorg in de regio te garanderen. Zij kiezen er daarom voor zo veel mogelijk de krachten met andere ziekenhuizen te bundelen. De betrokken ziekenhuizen dragen gezamenlijk zorg voor de inhoudelijke verdeling van de zorg: specialisatie in samenwerking!

Andere ziekenhuisbestuurders, overigens een kleiner aantal, kiezen een andere route. Zij streven ernaar op eigen kracht het door hen gewenste profiel in te vullen. Daarbij kunnen ze zowel kiezen voor een ziekenhuis met een breed palet aan zorg als voor een ziekenhuis dat zich nadrukkelijker specialiseert richting profijtelijke zorglijnen.

De twee geschetste routes bij horizontale positionering (zie tabel 1) lichten we hieronder nader toe. Deze routes vormen vooral een paradox: het is vaak een kwestie van het kiezen voor een accent. Bij competitie kan samenwerking om de eigen positie te versterken en een kwalitatief onderscheidend product te bieden belangrijk zijn, terwijl bij samenwerking ook de eigen positie uiteraard niet uit het oog zal worden verloren. Daarnaast kan dit accent voor de verschillende onderdelen van de ziekenhuiszorg verschillen. Vaak hoorden we “voor dat deel van de zorg

kieszen we voor samenwerking, maar voor dat deel gaan we nadrukkelijk de competitie aan.”

3.1.2 Specialisatie in samenwerking

Samenwerking kan op vele manieren tot stand komen. In figuur 2 schetsen we deze vormen van samenwerking op een continuüm van ‘losse’ naar ‘gesloten’ relaties.

Sommige auteurs op het gebied van netwerkvorming (o.a. Godfroy, 1981) beschouwen concerns niet als netwerk (zie figuur 2). De kracht van het netwerk, door met een geringe bindingsintensiteit flexibel en op meerdere en verschillende velden tegelijkertijd te opereren, kan met het ontstaan van een concern vervallen. Met het concern kan door meer nadruk op hiërarchie een risico op de ‘verkokering van morgen’ ontstaan, juist omdat nieuwe dimensies kunnen worden uitgesloten. In andere woorden: de structuur heeft dan meer van ‘een boom dan een rizeem’.

Accent op hoge binding: concerns en joint ventures

Opvallend is dat bestuurders in reactie op de discussie op concentratie en specialisatie niet alleen op zoek zijn naar samenwerking, maar vaak ook naar verdergaande (horizontale) integratie. Waar in de afgelopen jaren de ontwikkeling richting ziekenhuisconcerns vrijwel tot stilstand kwam, geven nu veel bestuurders aan stappen te hebben gezet of te overwegen naar grotere concerns, waar zowel de meer gespecialiseerde als de topklinische zorg onderdeel van uitmaakt.

Een duidelijk voorbeeld vormen twee ziekenhuizen in een regio die willen fuseren en in het ene ziekenhuis de

Tabel 1: Routes bij horizontale specialisatie: Samenwerking versus competitie³		
	Specialisatie in competitie	Specialisatie in samenwerking
Nadruk op	Competitie boven samenwerking	Samenwerking boven competitie
Voorkeurspositie	Onafhankelijk	Onderlinge afhankelijkheid
Uitkomsten van interactie	Winst/verlies	Win-win
Onderhandelingsstrategie	Macht en calculatie	Vertrouwen en wederkerigheid
Samenwerkingsrelatie	Vooral tijdelijk, vaak op contractbasis	Duurzaam partnerschap

³ Gebaseerd op Wit, B. de & Meijer, R. (2006). Strategy: process, content, context: an international perspective

hoogcomplex en acute zorg en in het andere ziekenhuis de hoogvolume, laagcomplex zorg willen onderbrengen.

In de toekomst zijn er nog zo'n veertig zorgnetwerken, waarvan de ziekenhuiszorg of medisch specialistische zorg onderdeel uitmaakt.

Deze voornemens rondom concernvorming sluiten aan op het toekomstbeeld dat veel bestuurders voor de ziekenhuiszorg schetsen: In de toekomst zullen nog zo'n veertig zorgnetwerken, met daarbinnen ziekenhuiszorg, zijn te onderscheiden. De voornemens tot samenwerking die in de pers worden aangekondigd en bij de NMa op dit terrein liggen, staven deze trend naar schaalvergroting. Tegelijk is ook maatschappelijke onrust over deze voornemens voelbaar: publiek en politiek lijken allergisch te worden voor grote fusiebewegingen in de (semi-)publieke sector. Naast de ontwikkeling naar concernvorming is ook een ontwikkeling naar formele, maar een minder vergaande binding zichtbaar. Er zijn veel verkenningen en initiatieven zichtbaar waarbij ziekenhuizen voor een geformaliseerde samenwerking (joint venture) kiezen op onderdelen van de ziekenhuiszorg, bijvoorbeeld op het terrein van (kinder-)oncologie, orthopedie of revalidatie.

Punt van aandacht: het is interessant om in de komende jaren na te gaan of concentratie en spreiding inderdaad leidt tot meer kwaliteit en doelmatigheid en of de mate van binding daarbij bepalend is. Studies uit de Verenigde Staten en Nederland tonen aan dat bij concentratie en minder

competitie soms het tegendeel het geval kan zijn en dat de zorg in ieder geval niet altijd goedkoper wordt.

Accent op lage binding: netwerkvorming

Sommige bestuurders maken zich zorgen over de vorming van grote concerns. De kans bestaat dat er grote anonieme organisaties ontstaan, met de bestuurder ver weg. Een aantal bestuurders kiest om die reden wel voor samenwerking in het netwerk, maar voor veel lossere relaties, bijvoorbeeld allianties. Zo zijn er ziekenhuizen die op basis van een intentieverklaring en een visiedocument de wijze van samenwerking de komende jaren nader invullen. Deze samenwerking beoogt voor een aantal aandoeningen of patiëntgroepen de kwaliteit, toegankelijkheid en doelmatigheid van de patiëntenzorg te waarborgen en innovatie te stimuleren.

Als lastig punt bij dergelijke samenwerking wordt het markttoezicht

genoemd. Veel bestuurders geven aan dat de NMa meer ruimte zou moeten bieden bij specialisatie- en samenwerkingsafspraken:

“De zorg is nu eenmaal uit het oogpunt van maatschappelijk belang niet met andere markten te vergelijken.”

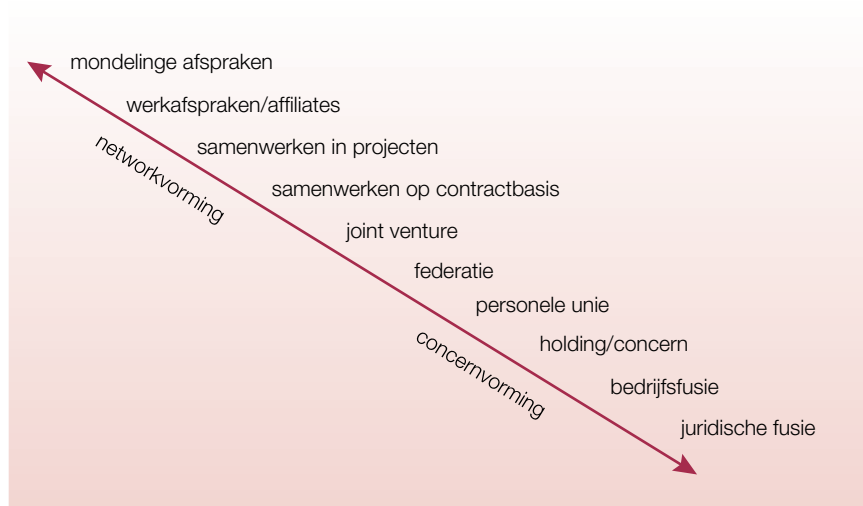
3.1.3 Specialisatie in competitie

Veel minder bestuurders schetsen het model van 'specialisatie in competitie'. Hun koers richt zich de komende jaren vooral op differentiatie door bijvoorbeeld het aantrekken van gerenommeerde artsen met gespe-

“De patiënt zal steeds kritischer naar het ziekenhuis gaan kijken (prestaties, servicekenmerken) en zal ook bereid zijn om voor goede service te reizen.”

Guido van de Logt
Canisius Wilhelmina Ziekenhuis

Figuur 2: Samenwerking naar oplopende bindingsintensiteit



cialiseerde kennis, het bieden van unieke zorglijnen, het aanbieden van zorg op attractieve locaties en het excellent organiseren van de zorg. Het versterken van het imago van het ziekenhuis en de daarin werkzame professionals staat daarbij vaak centraal.

Bij deze bestuurders gingen de gesprekken opvallend vaker over de klanten en hun vragen. Een aantal ziekenhuizen gaf aan daadwerkelijk hun klanten te betrekken bij de ontwikkeling van de dienstverlening. Deze bestuurders zien een verandering optreden in het keuzegedrag van (niet alleen jongere) patiënten. Patiënten kiezen steeds minder vanzelfsprekend voor het dichtstbijzijnde ziekenhuis. Zij willen nadrukkelijk zelf een keuze maken gebaseerd op deskundigen, ervaringen van andere patiënten, en ook vergelijkende gegevens. Kwaliteit en patiëntbejegening vormen daarbij belangrijke aspecten.

Een aantal bestuurders gaf aan dat het huidige systeem van zorgverlening in ziekenhuizen te weinig efficiënt en effectief is. Het is gebouwd rondom aannames van wat de klant wil. Het echt zicht hebben op wat de klant wil, is volgens hen cruciaal om zich te onderscheiden van andere ziekenhuizen in de omgeving. Daarbij gaat het om het betrekken van de patiënt en zijn omgeving om de kwaliteit te verhogen én de kosten te verlagen. Deze bestuurders zien een paradigmashift in de positie van de klant. Zij zoeken naar een ander model van dienstverlening, waarbij de klant nadrukkelijk betrokken is bij de dienstverlening en uiteindelijk zelfs de regie neemt (zie figuur 3). Zij zoeken naar vormen om deze zorg herkenbaar aan te bieden (bijvoorbeeld via zorglijnen of focusklinieken)

en verwachten dat de technologie een belangrijke rol kan spelen bij deze transformatie.

Wij vroegen de bestuurders naar de rol die eHealth de komende periode zal invullen. Veel bestuurders vinden dat eHealth met name de informatievoorziening tussen zorgaanbieders kan verbeteren en noodzakelijk is in het kader van de netwerkvorming. Juist de bestuurders met een sterke focus op competitie en de patiënt kiezen voor een bredere invulling van eHealth. Zij zien dit vooral ook als middel om de communicatie met patiënten te versterken en deze te betrekken bij de behandeling. E-afspraken, telemonitoring en -behandeling, een persoonlijk zorgdossier en social media vormen nieuwe kanalen, die zij nadrukkelijk inzetten om zich te onderscheiden en patiënten aan zich te binden.

3.2 Verticale positionering: continuïteit in de zorgketen

Er komen absoluut en relatief steeds meer ouderen. Deze hebben een langere levensverwachting mede als gevolg van meer technologische vooruitgang in de zorg. Als gevolg van de langere levensduur hebben zij ook meer chronische aandoeningen. Mede hierdoor verschuift ook het zwaartepunt van de ziekenhuiszorg van acuut naar chronisch en van klinisch naar ambulante.

De huisarts vult een belangrijk deel van de chronische zorg in, vaak in samenwerking met gespecialiseerde praktijkondersteuners binnen de huisartsenpraktijk. Ziekenhuisbestuurders richten zich steeds nadrukkelijker op de ondersteuning en follow-up van de door de huisarts en andere professionals in de eerste lijn

geleverde zorg. Deze nauwere samenwerking met de eerste lijn beperkt zich overigens niet tot de chronische zorg, ook in de acute zorg is dit zichtbaar. Daarnaast heeft het ziekenhuis belang bij een zo hoog mogelijke doorstroming. Hiervoor zijn verschillende redenen. De gespecialiseerde medische technologie is kostbaar en alleen bij voldoende volume rendabel in te zetten. Het ziekenhuis is, gezien de regelmatig voorkomende infecties met multiresistente bacteriën, een steeds kritischer omgeving, zeker voor verzwakte patiënten. De 24 ursaanzwezigheid van hooggeschoold personeel maakt een verblijf in het ziekenhuis erg kostbaar, terwijl er voor veel ingrepen gedurende een aanzienlijk deel van de opname alleen sprake is van observatie en herstel en niet van actieve behandeling. Intensievere samenwerking met verpleeghuizen en gespecialiseerde ziekenhuizen, bijvoorbeeld op het terrein van revalidatie, wordt daarom belangrijk.

De netwerkvorming beperkt zich echter niet tot de zorg, ook terreinen als preventie en welzijn worden belangrijk. Dit zijn tekenen van een paradigmashift zoals beschreven in paragraaf 3.1.3 (zie ook figuur 3). Een aantal bestuurders richt zich sterk op het bieden van toegevoegde waarde uit het perspectief van de cliënt, niet alleen bij ziek zijn maar ook in het kader van gezond gedrag.

“ Nieuwe ketens ontstaan door de verschuiving van ‘one time’ patiënten naar ‘for life’ relaties. ”

Antoine Georges-Picot
Capgemini Frankrijk

Hun netwerken blijven niet beperkt tot zorgverleners, maar strekken zich uit richting de publieke gezondheidszorg, welzijn en maatschappelijke ondersteuning. En naast zorg bieden ziekenhuizen ook belangrijke toegevoegde waarde op het gebied van onderwijs, onderzoek en innovatie. De netwerkvorming van universitair medische centra op landelijk en internationaal niveau vormt daar bij uitstek een voorbeeld van.

3.2.1 Samenwerking met de 'eerste lijn'

Om de follow-up van de eerste lijn naar ziekenhuis en andersom te versterken, wordt er steeds nauwer samengewerkt tussen ziekenhuis en eerste lijn. Deze samenwerking varieert van het stroomlijnen van de informatie-uitwisseling bij overdracht, het gezamenlijk opstellen van behandelprotocollen tot het ondersteunen van de eerste lijn in

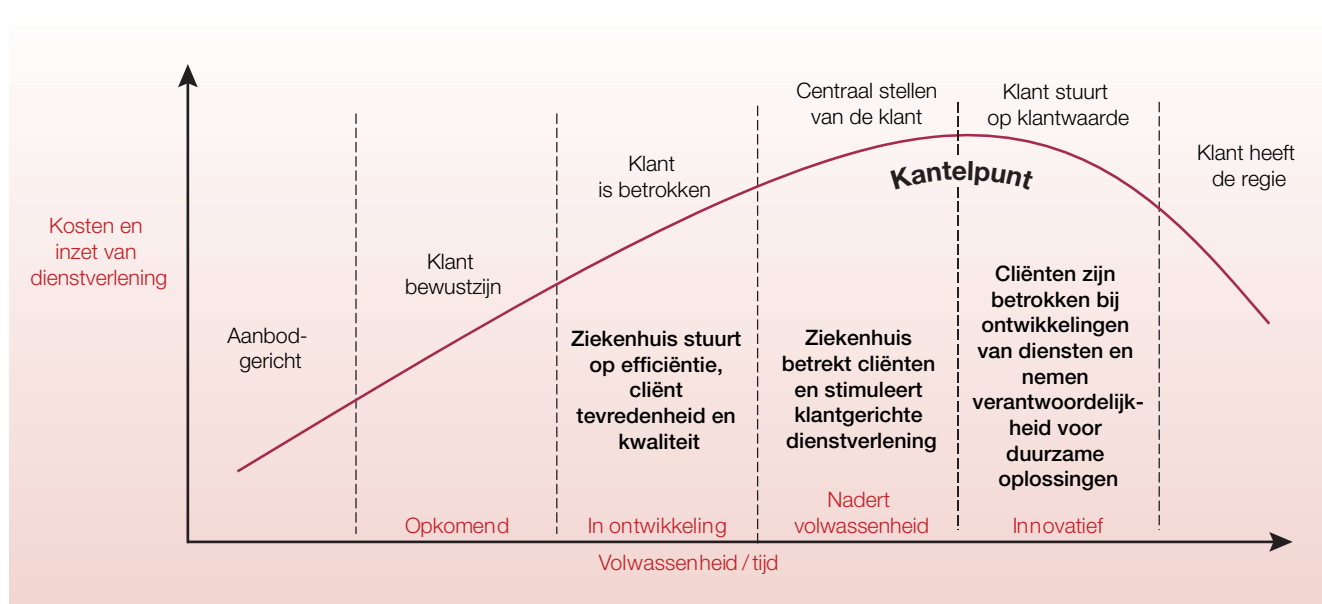
het kader van diagnostiek en behandeling van de patiënt door het aanbieden van onderzoeksfaciliteiten. Daarnaast wordt steeds meer zorg geboden in de zogenaamde 'anderhalve lijn'. Dit is de zorg op het grensvlak van meer gespecialiseerde zorg door de huisarts en andere medewerkers in de eerste lijn met de eenvoudige, niet-complexe zorg door de medisch specialist.

Door enkele bestuurders wordt nadrukkelijk toegewerkt naar de inzet van eHealth om observatie, herstel en verzorging in de thuissituatie goed te kunnen regelen. Met name telemonitoring biedt kansen om patiënten in de thuissituatie verantwoord te laten herstellen of opname ter observatie te voorkomen. Voor de patiënt en verwanten neemt deze vorm van zorg op afstand ook de nodige angst en onzekerheid weg: er wordt over je gemaakt.

Evenals bij de horizontale positionering zal bij verticale positionering de keuze worden gemaakt of deze zorg in samenwerking of in competitie door het ziekenhuis wordt geboden (zie tabel 1). Ook hier kiest het merendeel van de bestuurders voor samenwerking, al dan niet door verdergaande integratie (zie figuur 3). Voorbeelden van samenwerking die worden genoemd, zijn het bieden van een 'spoedplein' voor huisartsen, het bieden van spreekuurfaciliteiten en bedden voor huisartsen in het ziekenhuis, gezamenlijk inrichten van gezondheidscentra, een geïntegreerde SEH/HAP en een geïntegreerde eerste- en tweedelijns verloskundige zorg.

Er zijn echter ook bestuurders die (op onderdelen) bewust kiezen voor een competitiestrategie. Dit speelt met name rond de 'anderhalve lijn'. Waarom een enkele gespecialiseerde

Figuur 3: Paradigmashift in positie van de klant



verpleegkundige in dienst laten nemen door de huisarts wanneer deze veel beter kan functioneren binnen een breder multidisciplinair team? De kennis van het ziekenhuis naar de patiënt brengen betekent, in hun visie, niet dat deze kennis dan ook ‘overgelaten’ moet worden aan de eerste lijn.

3.2.2 Samenwerking met de ‘derde lijn’

De verblijfsfunctie van het ziekenhuis marginaliseert. Patiënten worden sneller overgeplaatst naar verpleeghuizen, revalidatie-instellingen en/of gaan naar huis. Veel ziekenhuizen werken nadrukkelijk samen met instellingen voor ouderenzorg en/of gespecialiseerde zorg (revalidatie, hospices). Vaak is sprake van een integratie van het logistieke proces; een gezamenlijke intake, het verlenen van zorg op elkaars locatie et cetera verhoogt de kwaliteit en doorstroming.

Sommige bestuurders kiezen daarbij voor joint ventures of concerns, andere voor lossere samenwerkingsvormen. Enkele bestuurders geven aan nadrukkelijk niet zozeer naar uitbreiding van de samenwerking met verpleeg- en verzorgingshuizen te kijken, maar juist de focus te leggen op herstel in de thuissituatie. Enkele recente voorbeelden van ontvlechting van verpleging en verzorging uit bredere zorgconcerns lijkt deze strategie te bevestigen.

Een meer competitieve strategie, die door een aantal bestuurders wordt genoemd, is om zorghotels aan het ziekenhuis te verbinden. In deze zorghotels wordt ondersteuning bij herstel en observatie buiten de thuissituatie geboden. Hierbij wordt voor sommige patiëntengroepen een

electieve ingreep onderdeel van een ‘uitje’, waarbij de klant ook op heel andere zaken let dan afstand en kwaliteit van zorg.

Ook hier wordt door de bestuurders de rol van eHealth genoemd. Zij denken hierbij vooral aan de ondersteuning van gezamenlijke intake en vroegtijdige voorbereiding van de overplaatsing naar revalidatie, verpleeghuis of thuissituatie.

3.3 Tot slot

Dat ziekenhuizen onderdeel vormen van een ‘rizoom’ is een feit. Het traditionele onderscheid eerste-, tweede- en derdelijns zorgverleners vervaagt. Er vormen zich zorgketens die zich op specifieke patiëntengroepen richten en waarin de daarbij betrokken zorgverleners nauw samenwerken. Ziekenhuizen staan voor belangrijke keuzes de komende periode. Op welke zorg richten we ons, wat stoten we af, wat besteden we uit, hoe positioneren we ons, hoe onderscheiden we ons en met wie werken we samen?

In onze gesprekken legden de bestuurders over het algemeen meer nadruk op samenwerking dan op competitie, zowel bij hun verticale als horizontale positionering. En bij die samenwerking wordt ook vaak gedacht aan meer structurele samenwerkingsvormen, van joint venture tot concern. Dat is niet verwonderlijk gezien de (historische) context van de (ziekenhuis-)zorg. Hoewel er stappen zijn gezet naar (gereguleerde!) marktwerking, lijkt het beleid én bestuur zich vooral te richten op ‘verdeel- en beheersmodellen’. Zorg dichtbij in de regio, georganiseerd in ‘lagen’, van algemeen tot gespecialiseerd en geconcentreerd, aansluitend

op een effectieve en efficiënte beantwoording van de zorgvraag, zijn daarbij belangrijke uitgangspunten.

Anderzijds tekent zich een paradigmashift af; de klant die gaat bepalen wat hij of zij wil, daarbij geholpen door de technologie. Die klant weegt nadrukkelijk welke kwaliteit, service en bejegening geboden wordt en kan zich, evenals in werk en vrije tijd, wel eens minder dan nu voorzien door afstand, beleidsuitspraken of bestuurlijke arrangementen laten begrenzen.

“ De verantwoordelijkheid hield eerder bij de muren van het gebouw op, maar zal bij behandeling op afstand verder gaan dan dat.”

Meindert Schmidt
Ziekenhuisgroep Twente



4 Transformeren met stakeholders

Welke van de in het vorige hoofdstuk beschreven strategische keuzes ook worden gemaakt, deze zullen in samenwerking tussen het ziekenhuis en de stakeholders verwezenlijkt moeten worden. Daarbij geldt dat wat door de ene stakeholder wordt ervaren als een positief effect, door de andere stakeholder als negatief ervaren kan worden. Bestuurders zijn zich hiervan zeer bewust, zeker waar het de patiënten en de medisch specialisten betreft. Spontaan noemen zij ook mogelijkheden die zij zien om een eventuele verstoring in de relatie tussen de patiënt en/of de medisch specialist en het ziekenhuis in balans te brengen c.q. een goede ruilverhouding te creëren. Als het gaat om de relatie met zorgverzekeraars en de eigen raad van toezicht zijn de bestuurders meer constaterend in de veranderingen die zij zien, maar verbinden daar vooralsnog in mindere mate consequenties voor zichzelf aan.

4.1 De patiënt

Kiezen voor kwaliteit van dienstverlening en bereidheid tot reizen
Ziekenhuisbestuurders verwachten dat, als gevolg van concentratie en specialisatie van ziekenhuiszorg, de kwaliteit van zorg, met name van complexere zorg zal stijgen. De verwachting is dat ‘vaker doen’ leidt tot ‘beter doen’, dan wel ‘te weinig doen’ leidt tot een groter risico op ‘slechter doen’. Ook voor de patiënt is kwaliteit een item. Dat blijkt ook uit het feit dat voorafgaand aan de verwijzing of behandeling een groeiend aantal patiënten nu al via internet zoekt naar informatie over de beste zorg.

Veel bestuurders verwachten dat door concentratie en specialisatie van de ziekenhuiszorg patiënten meer reistijd kwijt zullen zijn. Ziekenhuisbestuurders zien dit overigens niet als een groot probleem. Ze verwachten dat patiënten bereid zijn om in ruil voor een hogere kwaliteit van zorg meer te reizen. Dit geldt vooral bij complexe zorg. Deze uitkomst is in lijn met het brancherapport dat onlangs door de NVZ is gepubliceerd.⁴ Daarin wordt op basis van nader onderzoek geconcludeerd “*dat patiënten bereid zijn te kiezen tussen ziekenhuizen en zij doen dat onder andere op basis van kwaliteit en dienstverlening. En zijn bereid om daarvoor te reizen.*”

Zorg dichtbij

Overigens is er ook zorg waarvoor patiënten volgens de meeste bestuurders niet bereid zijn te accepteren dat ze verder moeten reizen. Dit betreft de ouderenzorg, de basiszorg en de acute zorg. Bestuurders zetten hier op in door bij de inrichting van hun zorgnetwerken ervoor te zorgen dat deze zo veel mogelijk dichtbij huis wordt aangeboden. Zo zullen steeds meer zorgdiensten in de buurt van de patiënt worden aangeboden.

“De stapel stenen zal niet groter worden, we gaan onze diensten in een netwerk op kleinere locaties aanbieden. Zoals bijvoorbeeld een anderhalvelijns centrum.” (Paul van der Wijk, Martini Ziekenhuis). Deze ziekenhuizen leveren deze diensten soms in competitie en soms in nauwe samenwerking met huisartsen en thuiszorgorganisaties. Zorg komt hierdoor juist dichterbij de patiënt toe. Naast het aanbieden van zorg op locaties dicht bij huis

⁴ Zie Zorg op doorreis, brancherapport algemene ziekenhuizen 2011. NVZ vereniging van ziekenhuizen

zien sommige bestuurders ook het internet en eHealth als belangrijk hulpmiddel om zorg dichtbij te leveren.

Een aantal bestuurders ziet het als een belangrijk nadeel voor de patiënt wanneer deze als gevolg van de concentratie en spreiding van ziekenhuiszorg geen vast aanspreekpunt of vaste arts meer zou hebben. Zij willen dit oplossen door, bij gespecialiseerde zorg elders, het voor- en natraject nadrukkelijk zelf in te vullen. Eventueel kan de arts met de patiënt meereizen. Een andere mogelijkheid is de gespecialiseerde zorg dichtbij te halen, bijvoorbeeld door deze onder regie van het andere ziekenhuis in het basisziekenhuis te laten uitvoeren.

Persoonlijk contact en bejegening

Enkele bestuurders, met name ook die van kleinere ziekenhuizen, geven aan dat zij veel aandacht zullen besteden aan persoonlijk contact, service en comfort als unique selling-point voor de patiënt. Ook de regiefunctie zo veel mogelijk bij de patiënt zelf leggen, beschouwen zij als een positieve ontwikkeling.

Zorgconsument

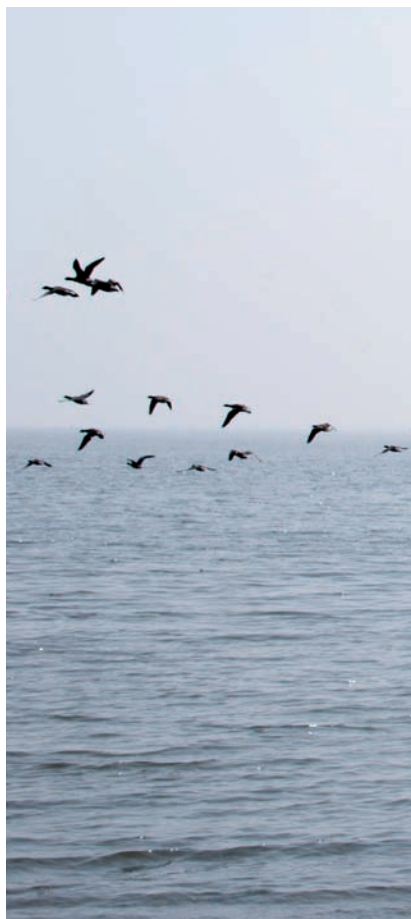
Eerder schetsten wij de ontwikkeling van patiënt naar zorgconsument (zie hoofdstuk 3). Bij het maken van keuzes zal de zorgconsument nog meer dan nu al het geval is zelf op zoek gaan naar informatie. Het maken van keuzes zal, naast de gevonden feitelijke informatie, naar verwachting steeds meer beïnvloed worden door de eigen ervaring, dan wel door de ervaring van anderen (denk aan communities op de social media en vergelijkingsites met klantervaringen).

“Steeds meer patiënten lijden naast hun ziekte aan googleritis.” [Het opzoeken van informatie over hun aandoening op internet, red.] (Peter Littooy, Medisch Centrum Leeuwarden). Dat geldt niet alleen voor de jongere generatie: juist de oudere generatie, een belangrijke doelgroep van het ziekenhuis, beweegt zich meer en meer in de digitale wereld. Dit heeft verstrekende consequenties. Bestuurders lijken er vaak nog vanuit te gaan dat een voorziening dicht bij huis vanzelfsprekend wordt gekozen als de kwaliteit en de bejegening op orde is. Het is de vraag of dit terecht is. Patiënten zullen steeds meer kiezen en zullen zich bij deze keuze steeds minder laten beperken door regionale en zelfs landelijke grenzen. Naast rationele keuzeaspecten zoals plaats en kwaliteit zullen ook andere elementen, zoals experience, (h)erkenning en persoonlijke benadering een rol spelen.

4.2 Medisch specialisten

Verdergaande specialisatie

Door de concentratie van hoogcomplexere zorg zal het vak van medisch specialist volgens de bestuurders verder gaan divergeren; er ontstaan meer specifieke aandachtsgebieden. Deze specialisatie stelt het ziekenhuis ook voor andere vragen: *“Hoe zorg je dat artsen opgeleid worden in de basisbehandelingen, als het opleidingsziekenhuis alleen nog maar zeer gespecialiseerde zorg levert?”* (Hans den Hollander, Diaconessenhuis Leiden). Ook voorzien bestuurders dat ten gevolge van het afstoten van zorglijnen de bij bepaalde (deel-)specialismen betrokken artsen een andere thuisbasis moeten gaan zoeken. Enkele bestuurders suggereren dat de functie van algemeen ziekenhuisarts op termijn een eigen specialisatie wordt.



Intensievere samenwerking

Bestuurders verwachten dat maatschappen met hetzelfde specialisme binnen een regio meer zullen samenwerken. Het gaat dan om aspecten als taakverdeling, roulatie, bijscholing en consultatie. Medisch specialisten hebben soms zelf al het initiatief hiertoe genomen, bijvoorbeeld door regionale maatschappen te vormen. Daarnaast zullen artsen meer specialisme-overstijgend gaan samenwerken (bijvoorbeeld zorg voor moeder en kind of voor chronisch zieken). Deze samenwerking is gericht op het bieden van completere zorg in het kader van een bepaald ziektebeeld, waarbij meerdere specialismen samen optrekken.

Ook het verstevigen van de relatie met de huisarts wordt met regelmaat door de bestuurders genoemd. Kwaliteit en concurrentie vormen daarbij belangrijke motieven: *“Bij ons waren er problemen met verwijzingen voor de cardiologie. De ene keer waren ze te vroeg, de andere keer te laat. Een van onze cardiologen heeft toen aangeboden om een gezamenlijk spreekuur te houden. (...) Wat bleek: 90% van de patiënten kon in de eerste lijn blijven en het aantal verwijzingen van die huisartsgroep naar ons ziekenhuis steeg significant.”* (Wouter van der Kam, Antonius Zorggroep).

Toename in reistijd

De meerderheid van de bestuurders verwacht dat niet alleen patiënten, maar ook artsen meer zullen moeten gaan reizen. Er wordt een grotere flexibiliteit van ze verwacht, doordat ze hun werk op meerdere locaties zullen verrichten. *“Wanneer ziekenhuizen intensief gaan samenwerken, is het natuurlijk reëel om te veronderstellen dat medisch specialisten op meerdere locaties actief zullen worden. Naast*

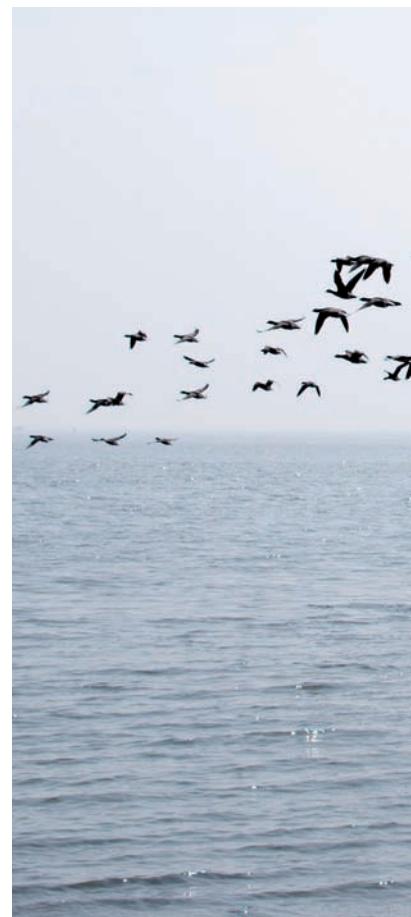
het extra reizen biedt dit ook nieuwe perspectieven. Medisch specialisten kunnen zich verder (sub-)specialiseren in hun vak en kunnen bijvoorbeeld binnen een grotere groep specialisten in hun carrière een keer wisselen van interessegebied. Bij maatschappen/vakgroepen van beperktere omvang is het lastiger om deze perspectieven invulling te geven.” (Cees Sterk, Orbis).

Sterkere (ver-)binding

De vele veranderingen die op de ziekenhuizen afkomen, maken het steeds belangrijker dat ziekenhuis en medisch specialist gezamenlijk optreden. Veel bestuurders zijn op zoek naar het meer verbinden van de artsen met de organisatie. De tijd dat ‘ieder voor zich’ zijn weg kon gaan, is definitief over. Een aantal bestuurders denkt ook dat de maatschapconstructies zoals we die nu nog kennen echt hun langste tijd gehad hebben. Bestuurders hanteren in de verbinding tussen ziekenhuis en specialist vaak twee instrumenten: financiële en organisatorische binding.

Sommige bestuurders zijn op zoek naar een financiële verbinding. Door het invoeren van bijvoorbeeld een aandeelhoudersstructuur komen de financiële belangen van ziekenhuis en medisch specialist meer op één lijn. De huidige regelgeving vormt hier echter een belemmering: *“Aandelen kopen als er geen winst uitgekeerd mag worden... dat kan alleen in Den Haag bedacht worden.”* (Cees Meijer, Nij Smellinghe).

Veel bestuurders zoeken ook naar meer organisatorische verbindingen met hun medisch specialisten. Steeds meer ziekenhuizen voeren Resultaat Verantwoordelijke Eenheden (RVE's) in met een (dual) management



ingevuld door medisch specialisten, aangevuld met een manager bedrijfsvoering. Binnen de bestuurlijke kaders bieden deze RVE's veel ruimte voor innovatie en voor het daadwerkelijk zelf kunnen bepalen en benutten van verbeteringen in de zorg.

Aandacht voor arbeidsvoorwaarden

De opkomst van vrouwen in de medisch specialistische beroepen geeft een extra dimensie doordat zij andere prioriteiten stellen dan hun mannelijke voorgangers. Er is meer aandacht voor het ziekenhuis als aantrekkelijke werkgever door arbeidsvoorwaarden, zoals de mogelijkheid om parttime te werken en arbeidsbemiddeling voor de partners van artsen. Door in te spelen op deze aanvullende wensen is de verbondenheid met het ziekenhuis groter. Maatschappen geven hier soms invulling aan door een partnerstructuur in te voeren: slechts enkele artsen kopen zich in de maatschap in, andere zijn in loondienst bij de maatschap.

4.3 De zorgverzekeraar

Noodzakelijke rolwisseling

De zorgverzekeraar vervult van oudsher vooral de rol van administrateur. "De verzekeraar speelde in het verleden nauwelijks een rol. Dat is de afgelopen twee jaar veranderd." (Guy Peeters, *Academisch Ziekenhuis Maastricht*). De afgelopen jaren is er een verschuiving naar de rol van inkoper waarneembaar, in ieder geval voor het B-segment. Vaak wordt opgemerkt dat daar de discussie nog sterk focust op de prijs. Volgens een minderheid van de bestuurders zal de rol van de zorgverzekeraar de komende jaren niet veranderen. De meerderheid verwacht echter dat de verzekeraar de komende jaren een steviger gesprekspartner wordt en zich verder

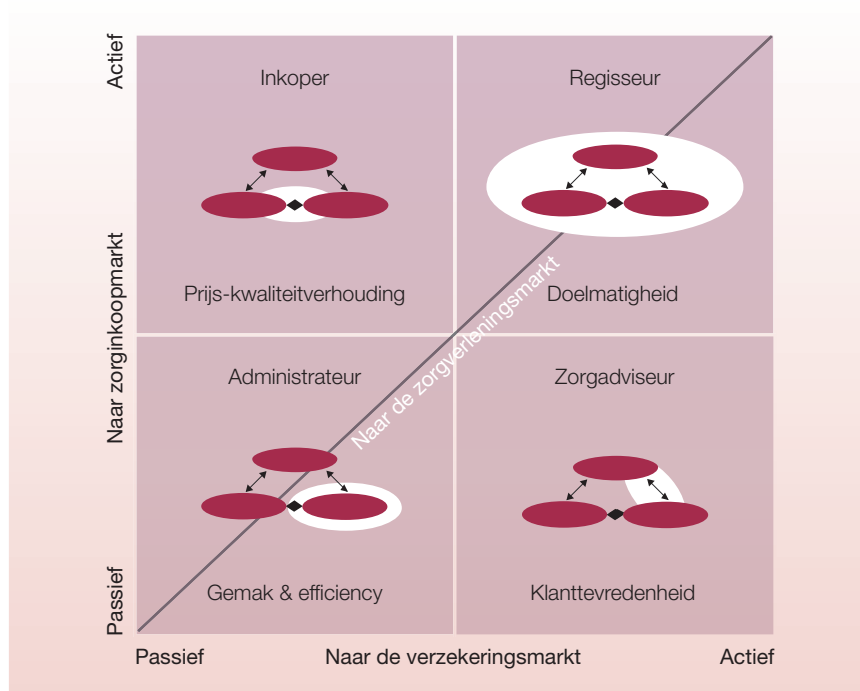
gaat bewegen naar de inkopers- of regisseursrol (zie figuur 4). CZ, die voor sommige behandelingen al selectief contracteert, en De Friesland, die zich sterk mengt in de discussie van concentratie en spreiding van zorg in hun regio, worden daarbij als voorbeeld genoemd.

Instrumentarium en expertise

Verwacht wordt dat door de druk op de kosten en de grotere risico's bij zorgverzekeraars en het belang van zorgverzekeraars om hun verzekerden te binden, er meer eisen gesteld gaan worden op het gebied van kwaliteit, veiligheid, doelmatigheid en dienstverlening. Hoe verzekeraars dit precies gaan doen, is voor veel bestuurders onduidelijk. Verzekeraars

beschikken volgens hen momenteel niet over de instrumenten om daadwerkelijk op te treden als zorginkoper dan wel zorgregisseur. Er is een gebrek aan de juiste mensen en kennis om de juiste kwaliteitscriteria op te stellen en de discussie met de ziekenhuizen aan te gaan. Het ontstaan van onzinnige criteria vormt hierbij een reëel risico: "Kwaliteit werd berekend aan de hand van het aantal hartpatiënten dat deelnam aan leefstijlpreventie. Sinds wanneer wordt de kwaliteit van zorg bepaald door de keuze van een patiënt om deel te nemen aan een preventieprogramma?" In het licht van deze ongelijke kennispositie is het opvallend dat enkele bestuurders aangeven dat er te weinig verzekeraars ten opzichte van het aantal

Figuur 4: Verschillende rollen van een zorgverzekeraar ⁵



⁵ Ontleend aan Eenennaam, F. van (2007). De toekomst van het Nederlandse zorgstelsel

ziekenhuizen zijn: “Deze oligopolie leidt tot ‘Shell-achtige’ situaties, waarbij de verzekeraars elkaar volgen.”

Samenwerken ongewoon

In de ontwikkeling van spreiding en concentratie van zorg zien enkele bestuurders een leidende rol voor de zorgverzekeraar. Zij moeten het initiatief nemen om de vraag ‘hoe kan de zorgbehoefte zo efficiënt mogelijk ingevuld worden?’ te beantwoorden. Dit kan lastig zijn omdat er verschillen in visie bestaan tussen de verzekeraars onderling en de verzekeringsregio’s niet noodzakelijkerwijs overlappen met de verzorgingsgebieden van ziekenhuizen. Andere bestuurders zouden echter graag zien dat het herverdelingsvraagstuk vanuit de medisch specialisten wordt georganiseerd. Over één ding is iedereen het eens: het is nog ongebruikelijk dat verzekeraar en ziekenhuis de verdeling echt samen aanpakken.

4.4 Raad van toezicht

Toename van aandacht voor kwaliteit van zorg

Bestuurders geven aan dat de verantwoordelijkheid steeds meer voelbaar wordt voor de leden van de raad van toezicht. De maatschappij stelt hogere eisen aan het toezicht waardoor de toezichthoudende rol meer accent heeft gekregen. Een lidmaatschap van een raad van toezicht is risicovoller geworden, niet alleen financieel maar ook qua imago. Traditioneel was de raad van toezicht vooral gericht op de financiën. De hogere eisen hebben samen met de toegenomen aandacht voor de kwaliteit als effect dat de raad van toezicht zich meer gaat verdiepen in het zorgproces en dat kwaliteit van zorg een prominenter plek op de agenda inneemt.

Op afstand/dichterbij

Het vertalen van deze toegenomen gevoelde verantwoordelijkheid naar een heldere verhouding tussen raad van toezicht en raad van bestuur is eveneens complex. Een aantal bestuurders geeft aan dat de raad van toezicht nu op relatief grote afstand zit en dat dat vooral ook zo moet blijven. Zij geven aan dat voorkomen moet worden dat de toezichthouders op de plek van de bestuurder gaan zitten. Andere bestuurders stellen juist een grotere betrokkenheid van de raad van toezicht op prijs. Sommige zoeken dit ook nadrukkelijk op: *“Ik probeer iedere paar weken met de voorzitter van de raad van toezicht om tafel te zitten.”* In een aantal ziekenhuizen is de vergaderfrequentie verhoogd naar eens per maand, waar dit eerder vier keer per jaar was.

Samenstelling

De toegenomen aandacht voor kwaliteit heeft ook effect op de samenstelling van de raad van toezicht. *“Het is erg lastig voor een raad van toezicht zonder verstand van de gezondheidszorg om toezicht te houden.”* De verwachting is dat in de raden van toezicht ook meer artsen zitting zullen nemen. *“Er moeten niet alleen bedrijfskundigen in of mensen met een achtergrond in het bedrijfsleven, maar vooral ook mensen die weten hoe het werkt in de zorg.”*

4.5 Tot slot

Centraal thema bij elk van de stakeholders is kwaliteit, met concentratie en spreiding als gevolg. De bestuurders verwachten op basis van de kwaliteitsdiscussies samen met de stakeholders de veranderingen in te kunnen vullen. Bij de patiënt vertaalt zich dat in betere zorg, soms dichtbij en soms wat verder weg. Voor de

medisch specialist betekent dit meer specialisatie en meer samenwerking in regionaal verband en meer specialisme overstijgend met collega’s, gericht op specifieke ziektebeelden.

Het is minder duidelijk hoe zorgverzekeraars met kwaliteit om zullen gaan. Hier lijken de bestuurders te verwachten dat uiteindelijk medische kwaliteit, zoals bijvoorbeeld door de wetenschappelijke verenigingen vastgesteld, de doorslag moet gaan geven. Daarop zijn zij ook hun raden van toezicht aan het inrichten. Tegelijkertijd is er weinig vertrouwen dat verzekeraars de kennis over kwaliteit zich echt eigen zullen maken. Hierdoor zullen zij nu en op termijn toch meer op efficiency en prijs gericht blijven.

Hoe de patiënt kwaliteit ervaart, wordt in de analyse door de bestuurders maar ten dele helder. De discussie gaat vooral over de verwachting dat de patiënt zeker voor complexe zorg verder zal willen reizen, wanneer deze vanwege de kwaliteit wordt geconcentreerd. De ontwikkeling dat de patiënt zich steeds minder door afstanden laat leiden, ook voor niet-complexe zorg, wordt minder onderkend. De patiënt kijkt daarbij niet alleen naar medische kwaliteit, maar laat zich ook leiden door ervaringen van zichzelf en van anderen. Deze ervaringen laten zich niet vangen in meetinstrumenten of statistieken, maar vormen zich in toenemende mate op het internet, op social media en op beoordelings- en vergelijkingsites.



5 Strategisch bewegen naar 2016

Hoewel de bestuurders de snelheid van de verandering veelal vergelijken met een evolutie (geleidelijke, incrementele verbetering in de gewenste resultaatgebieden in plaats van een revolutie (abrupte sprongsgewijze verbetering in de gewenste resultaatgebieden)⁶ is de kern van de verandering zo fundamenteel dat volgens veruit de meeste bestuurders gesproken mag worden van een transformatieproces (duidelijke verandering in het karakter of de werking van systemen in een organisatie). Bestuurders hebben om die reden ook aangegeven dat het ziekenhuis zoals we dat nu kennen over enkele jaren niet meer zal bestaan. De urgentie om te veranderen is hoog.

Dat er ondanks de ervaren urgentie en het basale van de verandering toch sprake zal zijn van een incrementeel proces heeft volgens de bestuurders te maken met de vele hindernissen die op de weg staan. Niet alleen buiten de ziekenhuizen zelf, maar zeker ook daarbinnen. Voor wat betreft de hindernissen buiten het ziekenhuis wordt met regelmaat gewezen op de complexiteit van het opereren in meerdere netwerken, de rol van de NMa, de bekostiging die nu onvoldoende zou differentiëren tussen basiszorg, complexe zorg en topreferente zorg en natuurlijk naar de opstelling van verzekeraars. De hindernissen binnen het ziekenhuis worden gezien in onder andere het verwerven van brede steun bij de medische staf, maar ook bijvoorbeeld in het verkleinen van de ego's van de bestuurders zelf ("we zijn allemaal van die baasjes"). Daarnaast zijn er tal van praktische en organisatorische aspecten

(patiëntenlogistiek over de regio, informatie-uitwisseling tussen instellingen of met patiënten, het anders inrichten van de opleidingen dan wel het onderhouden van medische vaardigheden etc.) die vorm gegeven moeten worden. En last but not least zijn ziekenhuizen op dit moment druk bezig met het implementeren van DOT en Veiligheids Management Systemen (VMS) en zijn er verschillende bestuurders die aangeven ook midden in een efficiency-operatie te zitten.

Kortom, geen revolutie maar wel een fundamentele verandering in de aard van de ziekenhuizen en een proces dat op dit moment in een stroomversnelling zit. Bij een fundamentele omwenteling die ook nog versneld gemaakt wordt, is het niet alleen van belang koers te *bepalen* (zie hoofdstuk 3), maar ook koers te *zetten*. Hoe doen de bestuurders dat? Wat is de strategie van de verandering die de bestuurders hanteren en wat zijn de kenmerken van die veranderstrategie.

Die veranderstrategie is, zo geven bestuurders aan, tweeledig. "Het is schaken op twee borden: je moet een goede balans vinden tussen het omgaan met zowel de buitenwereld als de binnenwereld." Beide processen worden beschreven als twee afzonderlijke processen die hun eigen dynamiek, logica en hoofdrolspelers kennen. Het doet denken aan het koken van een maaltijd: de afzonderlijke gerechten worden apart klaargemaakt, maar moeten uiteindelijk wel op hetzelfde moment op de juiste temperatuur worden opgediend.

“ Normaal ben ik van control, alt, delete maar dat gaat nu niet. Dit gaat wel een jaar of vijf duren ...”

Marcel Levi
Academisch Medisch Centrum

⁶ Zie Hacker, S. & Roberts, T. (2006). Transformationeel Leiderschap

5.1 Bewegen met de buitenwereld

Alle bestuurders geven aan gesprekken te voeren met mogelijke *partners in crime* in de regio: iedereen is in actie. En dat gaat snel. Gesprekken vinden bijvoorbeeld al plaats over de verdeling van zorg (topreferent, topklinisch, basis en daarbinnen over specialismen), de beoogde intensiteit van de samenwerking (van informele netwerken tot aan juridische fusie) en het gezamenlijk optrekken naar counterparts als zorgverzekeraars en NMa. Enkele bestuurders zoeken nadrukkelijk ook samenwerking met andere zorgaanbieders op het gebied van backofficeactiviteiten (personeelsadministratie, ICT, inkoop, e.d.).

Veel bestuurders geven expliciet aan dat het komen tot de gewenste samenwerkingsvormen een proces is waarin voorzichtig gemanoeuvreerd moet worden. Emoties spelen een heel belangrijke rol in dit proces, minstens zo belangrijk als de rationele afweging van het waarom van de afstemming. Enkele bestuurders geven ook aan dat wanneer derden (VWS, zorgverzekeraars etc.) zich te nadrukkelijk gaan mengen in dit proces, al dan niet via de pers, dit contraproductief kan werken: *“Wanneer te veel het gevoel ontstaat dat dit opgedrongen is, dreigt er emotioneel iets te knappen.”*

Voor het realiseren van de externe afstemming zijn bij de geïnterviewde bestuurders verschillende strategieën te onderscheiden.

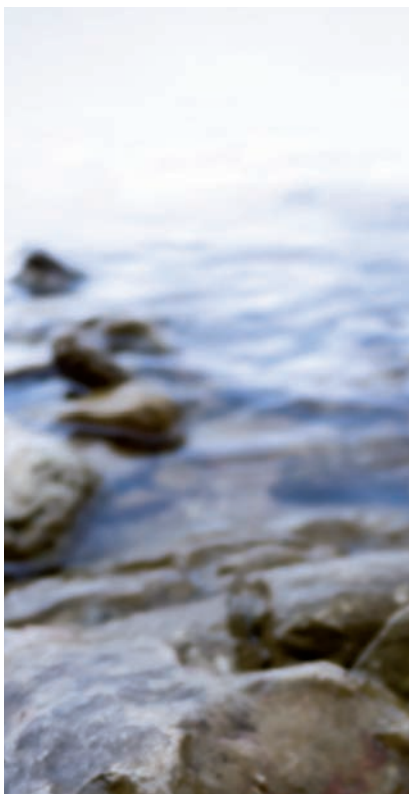
▫ Afwachtend

Dit geldt met name voor de ziekenhuizen die zelf een sterke positie hebben in de regio en zich ook ‘machtig’ voelen. Deze sterke positie kan voortkomen uit de domi-

nante rol die zij als ziekenhuis vervullen in de regio (met vaak ook complexe zorg nadrukkelijk in het pakket), maar ook bijvoorbeeld uit het hebben van een sterke financiële positie. Hoe dan ook beschouwen deze ziekenhuizen zichzelf als aantrekkelijke partner en hebben zij ook de overtuiging dat verzoeken voor samenwerking min of meer vanzelf op hen afkomen. De rationale achter de afwachtende strategie is dat het samenwerkingsproces gemakkelijk en sneller zal geschieden als de minder sterke partijen het initiatief nemen, terwijl eigen initiatief van een toch al als machtig ervaren partij als opdringerig en daarmee ongewenst kan worden ervaren.

▫ Actief meebewegen

Enkele bestuurders geven aan heel bewust hun kansen aan te zien. Zij hebben de stip op de horizon voor ogen, maar geen uitgestippeld plan met vaste tussenstations richting een vastomlijnde eindbestemming: *“In principe werk ik met iedereen samen, zolang de partner maar wat te bieden heeft.”* Zij hebben gekozen voor de procesroute. Als zij via bepaalde kanalen horen dat er mogelijk bereidheid is tot samenwerken en het past in de overall strategische ontwikkeling, gaan zij ‘op pad’. Soms kan het ook zijn dat vanuit het ziekenhuis zelf al actie is ondernomen, bijvoorbeeld wanneer maatschappen van bepaalde ziekenhuizen elkaar opzoeken. In dat geval gaan zij mee in de stroom. Zij bouwen dus coalities met andere partijen onder het mom van ‘het is gemakkelijker een rol-lende auto een duwtje extra te geven, dan uit stilstand (en wellicht nog op de handrem) beweging te creëren’. Degenen die deze strategie



hanteren, zijn ook degenen die zich nadrukkelijk oriënteren op samenwerkingsverbanden in brede zin, dus ook bijvoorbeeld met de eerste lijn, met de ouderenzorg of met apothekers tot aan zelfs met patiënten thuis.

n **Initiërend/sturend**

De initiërende strategie zien we gehanteerd worden door bestuurders die het gevoel hebben dat zij echt wat moeten, willen ze op termijn 'overleven'. Het gevoel van urgentie is hoog, net als de overtuiging dat 'ze wat te bieden' hebben. Zij nemen het heft in eigen hand en gaan actief de boer op naar daar waar voor hen de beste kansen liggen. Sommige hebben bijvoorbeeld ook een duidelijk beeld voor ogen van hoe de zorg in de regio verdeeld zou moeten worden. Dit eindplaatje betreft dan meestal voornamelijk de verdeling van de ziekenhuiszorg.

Overigens is het niet zo dat bestuurders altijd heel rationeel voor een van deze drie strategieën lijken te kiezen. De eigen stijl c.q. competenties zijn zeker ook mede bepalend voor de gekozen strategie. Zo hebben wij geen bestuurder getroffen die wij zouden typeren als zeer daadkrachtig en die vervolgens aangeeft extern een afwachter strategie te hanteren. Omgekeerd hebben wij ook geen bestuurder gezien die van nature wat meer op de achtergrond opereert en in dit proces prominent zichtbaar het heft in handen neemt. Dat is wellicht de reden dat, ondanks dat strategieën elkaar niet uitsluiten, er bij de bestuurders wel duidelijk sprake is van één dominante veranderstrategie wanneer het gaat om het strategisch

bewegen met de buitenwereld. Deze dominante veranderstrategie vertaalt zich in de meeste gevallen ook in de wijze waarop bestuurders zich verhouden tot bijvoorbeeld zorgverzekeraars en banken.

5.2 Bewegen met de binnenwereld

Het bewegen met de binnenwereld is een heel andere sport dan bewegen met de buitenwereld. Enkele bestuurders geven expliciet aan dat het een cultuuromslag vergt om thema's als kwaliteit, patiëntveiligheid en patiëntgerichtheid ook richtinggevend aan het handelen te laten zijn. Kijkend naar de consequenties voor de stakeholders en dan met name de medisch specialisten (zie hoofdstuk 4), dan zijn deze over het algemeen niet gering en zullen ze zeker niet allemaal met gejuich ontvangen worden. Bijvoorbeeld wanneer de specialisten meer moeten gaan reizen, zij in hun huidige ziekenhuis hun specialisme niet meer kunnen uitoefenen, of maatschappen gaan samensmelten met andere maatschappen in de regio ("na meer dan tien jaar fusie, hebben we nog steeds twee medische staven"). En last but not least is er de concrete inrichting van bijbehorende financiële, logistieke, informatie(-technologische) en administratieve processen.

Waar bestuurders in de buitenwereld kunnen bewegen met 'gelijkgestemden' en afspraken kunnen maken op hoofdlijnen, is dat in de binnenwereld heel anders. De uitkomsten van de in oktober 2011 verschenen enquête van Zorgvisie en Medisch Contact⁷ onder 266 medisch specialisten en 23 ziekenhuisbestuurders laten dat nadrukkelijk zien. Een van

de hoofdconclusies van deze enquête is: "Bijna één op de drie medisch specialisten (30 procent) geeft aan erg wantrouwend te staan tegenover de raad van bestuur. Bijna vier op de tien specialisten vinden dat ze als professional niets in te brengen hebben. Het bestuur vindt dat het zijn taak is om de zorg te beoordelen en één op de tien specialisten is het daarmee eens. Een derde vindt dat het collectief medische staf hierover gaat en een kwart is van mening dat de wetenschappelijke verenigingen het laatste woord hebben." De uitslag van deze enquête maakt eens te meer duidelijk dat het bewegen met de binnenwereld voor de bestuurders zeker zo'n grote uitdaging is als het bewegen met de buitenwereld.

Wij hebben de bestuurders dan ook gevraagd naar hun veranderstrategie voor hun eigen ziekenhuis. Wij maken daarbij onderscheid tussen het komen tot een gemeenschappelijke toekomstvisie en het realiseren van die toekomstvisie.

5.2.1 Het komen tot een gemeenschappelijke toekomstvisie

Alle bestuurders onderstrepen het belang van het hebben en uitdragen van een gezamenlijke toekomstvisie. "Medewerkers, arts of geen arts, moeten begrijpen wat het nut en de noodzaak is van de verandering." Bijna alle bestuurders benadrukken ook het belang van consistentie hierin. "De consistentie komt niet van 'buitenaf'. Als ik met alle winden mee zou waaien wordt het een rommeltje en weet niemand meer waar hij of zij aan toe is." Ook zien zij allemaal het belang van hun eigen rol in het consistent uitdragen van de toekomstvisie. "Je moet het blijven uitdragen en indien nodig blijven uitleggen." Hier besteden bijna alle

⁷ Zie Visser, J. (2011). Wantrouwen kenmerkt de relatie. Medisch Contact 66 nr.43: 2651-2652

bestuurders naar eigen zeggen heel veel tijd aan, met name richting de medische staf. Zij hebben de overtuiging dat wanneer hun professionals weten waarom de organisatie welke verandering (gaat) doormaken, dit het veranderproces aanzienlijk vereenvoudigt, dan wel cruciaal is voor het welslagen ervan. En zij hebben de overtuiging dat de persoonlijke benadering daarbij van groot belang is.

Om te komen tot een gemeenschappelijke visie zijn door een aantal bestuurders de afgelopen periode ook gericht andere interventies dan voorheen gedaan in de vorm van het beleggen van speciale strategiebijeenkomsten en/of het bespreken van belangrijke thema's in zogenaamde stoompanbijeenkomsten. De helft van de bestuurders verwijst in dit verband echter naar hun regulier proces waarin eens in de vijf jaar de toekomstvisie wordt vastgesteld.

5.2.2 Het realiseren van de toekomstvisie

Veranderaanpakken

Er is een tiental bestuurders die met opmerkelijk gemak hun visie schetsen op de veranderstrategie, die zij volgen om de realisatie van de toekomstvisie vorm te geven. In de meeste gevallen betreft dit geen 'stormachtige interventies', maar een geregisseerd en georganiseerd proces, bedoeld om de realisatie van de benodigde veranderingen extra te ondersteunen. Dit proces is aanvullend op de reguliere beleidscyclus: deze blijft staan maar wordt voorzien van extra veranderimpuls. We noemen kort een aantal voorbeelden.

• Een van de bestuurders geeft aan expliciet te werken vanuit het oogpunt van: 'De patiënt voorop'. Dit

krijgt concreet vorm in focus- en spiegelgesprekken met patiënten, 150 evaluatieformulieren die per maand onder de patiënten worden uitgezet en een tevredenheidonderzoek onder huisartsen. Op basis van de uitkomsten worden vervolgens verbeterpunten bepaald.

• Een andere bestuurder geeft aan de slagkracht te vergroten door gebruik te maken van: 'Het winkeltjesmodel'. Binnen de winkeltjes worden de thema's Markt, Kwaliteit en Innovatie & Toegankelijkheid als één overzichtelijk geheel benaderd. Iedere winkel staat onder de aansturing van een programmamanager. In de winkels vindt overleg plaats tussen managers en de betrokken medische staf. Periodiek wordt de voortgang bekeken. Daarnaast is er ook een speciale academie opgericht ter vergroting van de patiëntgerichtheid met behulp van zogenaamde soft skills.

• Eén bestuurder maakt nadrukkelijk gebruik van benchmarking op het gebied van kwaliteit en efficiency. Uitgangspunt is om op iedere indicator bij de top 25 beste ziekenhuizen te willen horen. Op basis van de uitkomsten van deze benchmarks worden verbeterpunten bepaald waaraan specifiek wordt gewerkt.

• Een ander ziekenhuis is gestart met een veranderprogramma. Vanuit de kernwaarden Kwaliteit, Veiligheid en Innovatie wordt een projectenportfolio gedestilleerd. Tien programma's met ieder een eigen programmaleider krijgen zo hun beslag. De aanpak is gestructureerd, en gaat uit van de plan-do-check-act-cyclus (PDCA), waardoor een lerend mechanisme



ontstaat, dat ruimte biedt voor de inbreng van verschillende perspectieven, inzichten en ideeën. De resultaten van de programma's worden goed gecommuniceerd in het ziekenhuis.

• Weer een ander ziekenhuis onderscheidt op zijn veranderagenda verschillende thema's: 'Huiswerk, Basisvoorwaarden en Onderscheiden'. Een procesmanager die rechtstreeks rapporteert aan de raad van bestuur is verantwoordelijk voor het tot stand komen van projecten gericht op concrete doelen met bijbehorende Key Performance Indicators (KPI's). Deze KPI's vormen vervolgens ook de input voor de tussentijdse evaluatie c.q. monitoring.

• Eén ziekenhuis, tot slot, heeft voor de thema's Kwaliteit van zorg, Opleiding & Onderzoek, Marktpositie, Medewerkers en Geld (nadrukkelijk ook in deze volgorde) KPI's geformuleerd. Deze KPI's worden doorvertaald tot het laagste niveau in de organisatie. Belangrijk hierbij is ook de visualisatie van de KPI's zodat op eenvoudige manier te zien is of het goed gaat of niet en waar dat het geval is. De visualisatie is aansprekend en vergemakkelijkt niet alleen het overleg over de KPI's, maar geeft medewerkers ook inzicht in de doorvertaling van de koers van het ziekenhuis. De stand van zaken op de KPI's is onderwerp van het regulier overleg tussen de raad van bestuur en het management van de verschillende eenheden. Daar kwaliteit het eerste thema is en geld het laatste, wordt de inhoud in de gesprekken weer leidend, hetgeen als zeer stimulerend wordt ervaren. Verder maakt dit ziekenhuis nadrukkelijk

gebruik van het zogenaamde 'leerervaringsjaar'. Elke grotere verandering krijgt een jaar de kans, waarna expliciete evaluatie plaatsvindt. Op basis van deze evaluatie wordt vervolgens besloten om door te gaan of het initiatief te stoppen.

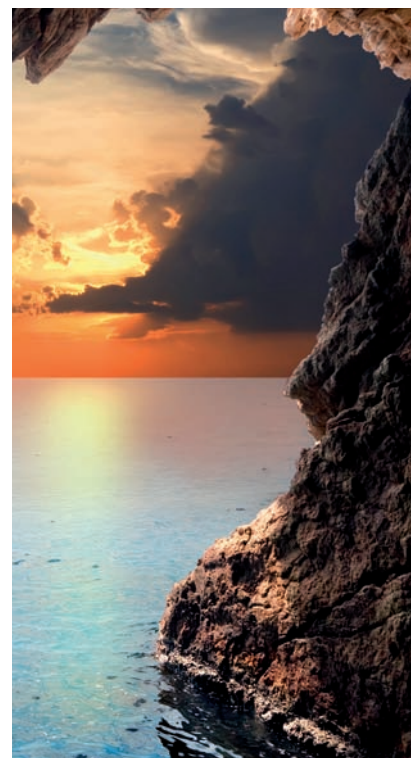
Los van de geschetste veranderaanpakken geeft een aantal van deze bestuurders aan zich ook nadrukkelijk te richten op wijzigingen in de organisatiestructuur en/of op het realiseren van een vorm van financiële participatie, beide zoals hierna worden geschetst.

Wijziging organisatiestructuur

Een zestal bestuurders geeft aan dat zij de realisatie van de toekomstvisie met name koppelen aan het wijzigen van de organisatiestructuur, zodanig dat de verantwoordelijkheden of regelkracht laag in de organisatie komen te liggen. Resultaatverantwoordelijke eenheden (RVE's) komen hier als alternatief voor de bestaande structuur naar voren. Overigens zijn er ook enkele bestuurders die pertinent niet naar RVE's toe willen, omdat dat de bestaande schotten/eilanden alleen maar versterkt, zo zeggen zij.

Beloningsstructuur medisch specialisten

Enkele bestuurders geven expliciet aan af te willen van de maatschapstructuur: het leidt tot een hybride sturing en onduidelijke verantwoordelijkheden. Andere bestuurders geven expliciet aan dat zij juist niet van de maatschappen af willen, dan wel dat het hebben van medisch specialisten in loondienst geen goed idee is. Eén bestuurder geeft zelfs aan dat het niet uitmaakt of de ene helft van de medisch specialisten



in loondienst is en de andere helft in een maatschap zit. Sommige bestuurders zijn juist voorstander van zo'n gecombineerd model, zodat de betreffende specialist zelf kan kiezen hoe deze wil participeren in het ziekenhuis.

Verskillende bestuurders denken dat het commitment onder de medisch specialisten groter zou zijn, wanneer zij financieel meer zouden kunnen profiteren van de resultaten van het ziekenhuis (aandeelhoudersconstructie) of de RVE waarin zij werkzaam zijn. Omgekeerd betekent dat ook dat artsen dan mede risicodragend zijn. Eén bestuurder geeft expliciet aan hier helemaal niets in te zien.

Een aantal bestuurders geeft aan dat de kunst in de toekomst zal zijn om medisch specialisten aan zich te binden. Daarvoor zoeken zij naar nieuwe wegen, ook in de zin van arbeidsvoorwaarden (zie ook paragraaf 4.2).

Reguliere processen

De bestuurders die verwijzen naar hun reguliere proces ten aanzien van visievorming (de helft van de geïnterviewden), doen dit ook ten aanzien van de realisatie van de toekomstvisie. Zij geven aan dat jaarlijks op basis van deze visie concrete jaarplannen worden gemaakt, waarvan de voortgang in reguliere besprekingen, bijvoorbeeld bij het bespreken van de kwartaalrapportages, onderwerp van gesprek is. Deze bestuurders achten het dus niet nodig om een veranderorganisatie in welke vorm dan ook als versneller ten behoeve van de realisatie in te zetten.

Nog geen concrete plannen

Twee bestuurders geven expliciet aan de vormgeving van de veranderaanpak een lastig vraagstuk te vinden. Zij zijn wel van mening dat er veel moet gebeuren in termen van cultuuromslag of het vergroten van de veranderkracht, maar hebben nog geen concrete plannen. Een van beide geeft aan in ieder geval geen modelmatige aanpak te willen, maar meer persoonlijk en organisch.

Al met al

Zo strategisch als bestuurders zich lijken te bewegen richting de externe omgeving, zo anders is dat in minstens de helft van de gevallen richting de eigen organisatie. Dit is met name opmerkelijk gezien de ingrijpendheid van de verandering die de ziekenhuiszorg, naar verwachting van bijna alle bestuurders, in de komende jaren zal ondergaan. En gezien het feit dat de ziekenhuizen over het algemeen geen trackrecord hebben van succesvolle veranderingsprocessen. En het is opmerkelijk omdat de impact van de wijzigingen in de ziekenhuiszorg voor de door velen als cruciaal beschouwde groep, de medisch specialisten, groot is en hun aandeel in het succesvol realiseren van veranderingen zeer belangrijk is. Wellicht heeft een en ander te maken met de fase van verandering. Veel ziekenhuizen oriënteren zich immers nog op de wijze waarop dat ingevuld dient te worden.

Bestuurders geven allemaal aan dat zij heel veel tijd besteden aan het spreken van medewerkers, en vooral de medisch specialisten, en dat zij bijzonder veel investeren in het persoonlijk contact. De vraag is echter of dat het ontbreken van een veranderstrategie voor het ziekenhuis zelf rechtvaardigt. De vraag is ook

of meer van hetzelfde de veranderkracht daadwerkelijk vergroot. Het lijkt dat het veel bestuurders zeker niet ontbreekt aan de wil en de inzet, maar wellicht wel aan de creativiteit en het lef om anders dan gewoonlijk te acteren.

Wat ook opvalt, is dat in de visie van iedere bestuurder samenwerking met andere partijen in de zorg een wezenlijke rol speelt. Kijken we vervolgens naar de genoemde interventies die gebruikt worden om dit veranderingsproces te ondersteunen, dan is een bijdrage van de buitenwereld minimaal naar voren gekomen, laat staan het incorporeren van de buitenwereld (bijvoorbeeld patiënten, huisartsen of andere zorginstellingen) in het veranderproces. Het ook bijna letterlijk gericht naar binnen halen van de buitenwereld kan enorm versnellend werken, maar is binnen de ziekenhuizen zeker geen usance.

Ondanks dat de beoogde transformatierichting voor veel ziekenhuizen gelijk is of gelijke elementen bevat, is er nauwelijks gelijkvormigheid te ontdekken in de interne transformatiestrategie. Zo die er al is: iedere ziekenhuisbestuurder (of beter wellicht bestuur) volgt zijn of haar eigen pad, dan wel vindt zijn of haar transformatiewiel uit. Dit terwijl in de interviews in dit verband wel met regelmaat met bewondering over andere bestuurders is gesproken. In die zin lijken bestuurders ook opvallend weinig gebruik te maken van elkaars succeservaringen.

5.3 Bewegen naar 2016: competenties van bestuurders

Gevraagd naar belangrijke competenties waarover bestuurders moeten beschikken in de komende jaren, is er een aantal dat veruit het meest wordt genoemd als cruciale competenties.

Zo geven alle bestuurders aan dat het meer dan ooit nodig is om te kunnen **verbinden**, zowel extern als intern. *“Je moet gemakkelijk zijn in de omgang en samenwerkingsgericht.”* Het kunnen verbinden van de artsen wordt intern gezien als de belangrijkste uitdaging. Dat vergt veel geduld, luisteren, uitleggen etc. Powerplay is daarentegen echt uit den boze en verleden tijd, een heel enkele uitzondering daargelaten.

Ook **integriteit** wordt door een aantal bestuurders als belangrijke competentie genoemd: *“Je moet je partners en je eigen mensen recht in de ogen kunnen blijven kijken.”* Veel bestuurders geven aan dat ‘vertrouwen’ in deze tijd enorm belangrijk is. Als je dat vertrouwen beschaamt, is het snel over en uit, zowel extern als intern.

Heel veel positieve energie beschouwen veel bestuurders als onontbeerlijk: *“Deze omslag maken kost heel veel tijd en energie. Je moet het wel leuk vinden en het op kunnen brengen.”* Enkele bestuurders geven aan dat zij dit nu heel goed kunnen opbrengen, maar als dit proces te lang gaat duren het voor hen een overweging kan zijn om een andere positie te gaan vervullen: *“Ik ben geen marathonloper.”*

Enkele bestuurders benadrukken met betrekking tot het interne proces specifiek het belang van **duidelijk**

durven zijn, ook als de boodschap niet voor iedereen leuk is. *“Die duidelijkheid stellen ook de artsen op prijs: zij weten dan waar ze aan toe zijn.”* Zij stellen dat het in deze tijd van belang is om te durven kiezen, ondanks dat je weet dat daar niet iedereen individueel gelukkig van wordt. Bijvoorbeeld wanneer een bepaald specialisme uit het ziekenhuis verdwijnt. Deze bestuurders geven aan dat het van belang is respect te hebben voor de gevoelens van degene die het betreft, maar dat dat je niet ontslaat van de plicht om eerlijk te zeggen waar het op neerkomt.

Opvallend vaak noemen bestuurders het belang van een **goede samenstelling van de raad van bestuur**. Daarmee doelen zij niet zozeer op een goede persoonlijke verhouding onderling (uiteraard ook van belang). Zij geven aan het steeds belangrijker te vinden dat in de raad van bestuur naast de bedrijfskundige ook de medische discipline is vertegenwoordigd. In een tijd waar kwaliteit van zorg steeds belangrijker wordt, is het haast niet doenlijk om de veranderingsprocessen met alleen een goede bedrijfseconomische achtergrond tot een goed einde te brengen.

Opvallend is dat een aantal bestuurders met een bedrijfseconomische achtergrond ook expliciet aangeeft zich op het punt van kwaliteit van zorg onzeker te voelen. *“Als gezegd wordt: ‘Als je dit doet gaan er mensen sterven’, tja, dan slaap je weleens een nacht wat minder...”*

Al met al benadrukken bestuurders met name die competenties en consequenties voor de samenstelling van de raad van bestuur, die goed lijken te passen in een tijdperk waarin de ziekenhuiszorg in meer

netwerkachtige (rizoom-)constructies zal worden vormgegeven. Dit laat onverlet dat binnen deze rizoom nadere keuzes met betrekking tot de positionering nog ingevuld dienen te worden en met name om daar te komen, ook moeilijke besluiten met pijnlijke consequenties voor mensen genomen zullen worden. In dat licht interpreteren wij ‘het duidelijk durven zijn’ als belangrijke competentie.

5.4 Tot slot

Zoals in de inleiding van dit rapport aangegeven, zijn het de ziekenhuisbestuurders die niet vanaf de tribune commentaar leveren, maar die zelf in het veld staan en de verantwoordelijkheid nemen om de ziekenhuiszorg voor ons allen beschikbaar te stellen en te houden. Wat opviel in de gesprekken was de gedrevenheid, de passie en ook de compassie waarmee zij over de ziekenhuiszorg in het algemeen en hun eigen ziekenhuis in het bijzonder spraken. Die gedrevenheid, passie en compassie, gecombineerd met het vermogen om ook met enige distantie naar ‘het spel’ en zichzelf te kijken, is een onbenoemde maar wellicht wel heel belangrijke competentie voor de ziekenhuisbestuurder in de komende jaren.



6 Conclusies: Het ziekenhuis voorbij...

1 De veranderingen waar de ziekenhuizen voor staan, zijn fundamenteel en paradoxaal. Fundamenteel omdat het een breuk is met de afgelopen decennia van groei, van uitbreiding en verdergaande specialisatie. De komende jaren gaat het om specialisatie én concentratie: het kiezen voor en verder stroomlijnen van zorglijnen waarin een organisatie zich wil onderscheiden en het afstoten van zorglijnen omdat de expertise niet op voldoende niveau, gemeten naar de huidige inzichten, geleverd kan worden.

Daarnaast zullen ook andere redenen, zoals onvoldoende winstgevend of niet passend bij profiel of expertise, steeds meer gaan tellen. Om toch brede zorg te kunnen leveren voor de patiënten die op het ziekenhuis zijn aangewezen, zullen samenwerkingsverbanden aangegaan moeten worden. Dat maakt de veranderingen ook paradoxaal. Er is sprake van marktwerking en competitie, maar tegelijkertijd moet er worden samengewerkt en zullen afspraken gemaakt moeten worden om een kwalitatief hoogwaardig aanbod van zorg te kunnen garanderen, zowel horizontaal tussen de ziekenhuizen onderling als verticaal door de keten heen.

2 Bestuurders staan nog aan het begin van dit proces. Allen hebben zij een visie op het algemeen profiel van hun ziekenhuis. In de regel staan zij (nog) een breed profiel voor, waarbinnen het kiezen voor en afstoten van zorglijnen nog inhoud moet krijgen. Veel bestuurders leggen bij het invullen vooral de nadruk op samenwerking, in veel gevallen ook met een hoge bindingsintensiteit. Een belangrijke motivator is daarbij het toegankelijk houden van de zorg in de regio. Er zijn ook bestuurders die het accent nadrukkelijk op competitie leggen.

Samenwerking is bij hen ook van belang, maar veel meer een zakelijke afweging.

3 Lokale dynamiek zal gaan zorgen voor de invulling van de visie op samenwerking en voor het op gang houden van de verandering om deze visie te realiseren. Hierbij spelen onderlinge relaties tussen bestuurders een belangrijke rol, waarbij gezocht zal worden naar overeenstemming in bevologenheid, in passie en in wat aansluit bij de ambities van de overige spelers in en rond het veld. Veel initiatief en innovatie wordt verwacht van de eigen organisatieonderdelen, als ondernemende RVE's, regionale maatschappen of samenwerkende netwerken van partijen binnen en buiten de zorg. Het beeld van het 'rizoom' als netwerk zonder vast begin- of eindpunt verbeeldt dit proces.

4 Verzekeraars hebben de nodige macht gekregen om veranderingen af te dwingen, maar er is geen onverdeeld vertrouwen dat de verzekeraars deze rol effectief zullen invullen. Deels wordt dit toegeschreven aan een tekort aan expertise bij de verzekeraars en deels speelt de verwachting dat prijsdruk uiteindelijk toch de boventoon zal gaan voeren. Veel vertrouwen in de rol van de NMa om concentratie en spreiding van ziekenhuiszorg mogelijk te maken, is bij de bestuurders niet aanwezig.

Bovendien is de verwachting dat ook na de invoering van DOT, de tarieven voor met name de complexe zorg niet toereikend zullen zijn. Resumerend, de discussie wordt wel gevoerd over concentratie en spreiding, de verbale druk wordt steeds groter, maar adequate randvoorwaarden worden niet bijgeleverd. Dit zet een rem op de slagvaardigheid van de bestuurders

om het veranderingsproces voortvarend in te zetten.

5 De discussie over strategie wordt opvallend vaak gedomineerd door een soort herverkavelingsdiscussie, ook in de bestuurskamers. De overtuiging dat de regie 'van bovenaf' moet komen, is nadrukkelijk aanwezig. De maatschappelijke tendens dat mede onder invloed van de digitale revolutie de positie en rol van de patiënt heel snel enorm aan het veranderen is, lijkt in veel gevallen een veel minder dominante rol in de strategische discussie te spelen. Dit terwijl de verwachte consequenties voor de patiënt groot zijn. De vraag is of en zo ja, hoelang de patiënt überhaupt nog pikt wat hem of haar door het ziekenhuis of verzekeraars of VWS wordt opgelegd. Het is aan te bevelen de strategische visie vanuit dit perspectief nog eens te herijken, als dat nog niet eerder heeft plaatsgevonden.

6 Bestuurders hechten veel belang aan het creëren van een gezamenlijke visie. Deze visie vormt het fundament voor het veranderproces. Een veranderproces dat zeker op onderdelen pijnlijk zal zijn, gezien de verwachte consequenties van de veranderingen voor de stakeholders en met name ook voor de medische staf. Bestuurders besteden dan ook heel veel tijd aan het ontwikkelen, evenals aan het uitdragen van de visie en het spreken hierover met de medische staf. Daarnaast vormt deze koers ook het kompas waarop zij varen. Zij kiezen daarbij voor ofwel een afwachtende en/of een actief meebewegende en/of een initiërende rol. De keuze van deze rol lijkt mede ingegeven door de persoonlijke voorkeursstijl van de betreffende bestuurder.

7 Bestuurders zien de komende veranderingen als fundamenteel, maar geloven niet in een revolutie. Toch ervaren zij dat de veranderingen in de ziekenhuiszorg in een duidelijk hogere versnelling zijn gekomen. Kijken we naar hun veranderstrategieën dan is er sprake van een incongruentie. Dit is opmerkelijk, vooral gezien de energie die gestoken wordt in het bepalen van de koers. We zouden verwachten dat juist dan ook belang wordt gehecht aan een veranderstrategie en veranderaanpak, gericht op de realisatie van de koers. Dit is niet het geval. Terwijl wel veel gesproken wordt over de noodzaak van een cultuurverandering, het vergroten van de veranderkracht en grote wijzigingen in de organisatiestructuur, al dan niet in combinatie met een andere zorgaanbieder. Er valt voor een groot aantal bestuurders nog veel winst te behalen wanneer zij hun energie gelijkelijk zouden verdelen tussen het ontwikkelen en uitdragen van de strategie enerzijds en het leiding geven aan de realisatie van deze strategie anderzijds.

8 Als we terugkijken naar onze gesprekken, dan is er één partij waarvan de invloed naar onze mening onderbelicht blijft: de patiënt. In de mogelijkheden tot horizontale en verticale samenwerking wordt veel geargumenteed vanuit de rol die het ziekenhuis wil spelen voor de patiënt, maar zelden is duidelijk wat de patiënt daadwerkelijk wil. Zo hebben slechts enkele bestuurders een beeld bij de inzet van eHealth door hun patiënten. De attitude lijkt ook te wisselen tussen het willen binden van een loyale patiënt, tegenover het willen verkopen aan een calculerende consument. Slechts één bestuurder zoekt expliciet een actieve rol voor de

patiënt als aanjager en inspirator van de interne verandering, terwijl betrokkenheid bij de patiënt een sterke motivator is voor alle partijen.

9 De bestuurders noemen met name intermenselijke competenties als 'kunnen verbinden', 'integer zijn', 'duidelijk durven zijn' als belangrijke competenties voor bestuurders in de komende tijd. Het verbinden krijgt ook vorm door het belang dat zij bijna unaniem hechten aan een vertegenwoordiging van de medische discipline en een deskundige op het gebied van bedrijfsvoering in de raad van bestuur. Het tijdperk van pure zakelijkheid lijkt verleden tijd: 'zachtere' competenties, passend bij het rizoom-tijdperk zijn aanmerkelijk terrein aan het terugwinnen.

10 Het ziekenhuis voorbij: het ziekenhuis zoals wij dat nu kennen, zal over vijf jaar niet meer bestaan.

Bijlage

Deelnemers interviews

Organisatie	Naam	Organisatie	Naam
AMC	Dhr. Prof.dr. M.M. Levi	Martini Ziekenhuis	Dhr. Dr. P. van der Wijk
acM	Dhr. Drs. G.J.H.C.M. Peeters	MCL	Dhr. Drs. P. Littooy RA
Amphia Ziekenhuis	Dhr. Drs. E.A. Hoette	Nij Smellinghe	Dhr. C. Meijer MBA
Antonius Ziekenhuis Sneek	Dhr. Dr. W.J. van der Kam	NVZ	Mevr. Drs. M. van der Starre
Atrium Medisch Centrum	Dhr. Drs. E. Zijlstra	Orbis Medisch Centrum	Dhr. C. Sterk
Canisius Wilhelmina Ziekenhuis	Dhr. G.C. van de Logt RA	Rabobank	Dhr. Drs. M.C.M. van Schaik
Catharina Ziekenhuis	Dhr. Dr. P.L. Batenburg	Rivas Zorggroep	Dhr. P.H.E.M. de Kort
De Tjongerschans	Dhr. Drs. F.L.A. Korver MBA	Sint Antonius Ziekenhuis	Dhr. Prof.dr. D.H. Biesma
Diaconessenhuis Leiden	Dhr. Drs. J.G. den Hollander	Sint Franciscus Gasthuis	Dhr. H.P.J. Gerla RA
Diakonessenhuis Utrecht	Dhr. Drs. R. Florijn	Sint Jansdal	Dhr. Drs. W.J. Adema RA/MBA
Erasmus Medisch Centrum	Mevr. E.R. Carter MBA	Slotervaart Ziekenhuis	Mevr. A. Erbudak
IJsselmeerziekenhuizen	Dhr. Prof.dr. L.H.L. Winter	Spaarne Ziekenhuis	Dhr. Drs. W.O. Schreuder
Isala Klinieken	Mevr. Drs. M. Sint	Ziekenhuisgroep Twente	Dhr. Drs. M.J.P. Schmidt
Jeroen Bosch Ziekenhuis	Mevr. Drs. B.J.M. Gallé	Zorgfederatie Oldenzaal	Mevr. A.J.I. Lamme MHA
Kempenaeghe	Dhr. Ir. N. Bomer Dhr. Prof.dr. M.J. Zwarts	Zorgverzekeraars Nederland	Dhr. Dr. P.F. Hasekamp
LUMC	Dhr. Prof.dr. F.C. Breedveld		

Deelnemers klankbordgroep

Naam	Functie
Dhr. Prof.dr. H.G. Bijker	Professor Change Management in Health Care, Universiteit Twente
Dhr. Drs. M. Rook MBA	Voorzitter Vereniging van Samenwerkende Topklinische Ziekenhuizen
Dhr. Drs. G. Schut	Vice president Capgemini Consulting, sector Industrial & Consumer markets

Geraadpleegde literatuur

- Balogun, J. (2001). Strategic Change. *Management Quarterly* Part 10, pp. 2-11.
- Blank, J. & Wats, M. (2009). Aanbod Ziekenhuiszorg in 2020. *Tijdschrift voor Openbare Financiën* , 41 (3), pp. 141-157.
- Brancherapport 2011: Zorg op doorreis (2011). NVZ vereniging van ziekenhuizen
- Bruin, A. de, Verweij, G. & Wieren, S. van (2008). Hoe groot is het gebruik en neemt het toe of neemt het af? Geraadpleegd op 12 april 2011, via Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid: <http://www.nationaalkompas.nl/zorg/ziekenhuiszorg/gebruik-trend/>
- Castelijns, E., Kollenburg, C. van, & Oh, K. (2011). Second opinion: ziekenhuisstrategieën tegen het licht. Berenschot
- Deleuze, G. & Guattari, F. (2004). *A thousand plateaus: Capitalism and Schizophrenia*. University of Minnesota Press
- Eenennaam, F. van (2007). *De Toekomst van het Nederlandse Zorgstelsel: Opties en Rollen van Zorgverzekeraars*, Nyenrode Business Universiteit
- Godfroy, A.J.D. (1991). Netwerken van organisaties. *Organisatie*, BC 25, 100:1-34
- Hacker, S. & Roberts, T. (2006). *Transformationeel Leiderschap*. Nieuwe Dimensies
- Hoofdlijnenakkoord kostenontwikkeling ziekenhuiszorg (2011). Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
- Idenburg, P. J., & Schaik, M. van (2010). *Diagnose 2025*. Scriptum
- Kernrapport Volksgezondheid Toekomst Verkenning. (2010) Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu
- Medisch-specialistische zorg in 20/20 : Dichtbij en ver weg. (2011) Raad voor de Volksgezondheid & Zorg
- Perspectief op gezondheid 20/20. (2010) Raad voor de Volksgezondheid & Zorg
- Visser, J. (2011). Wantrouwen kenmerkt de relatie. *Medisch Contact* 66 nr. 43:2651-2652
- Winter, L.H.L. (2011). *Zorgondernemerschap als therapie. Van medisch paternalisme naar consumentisme, van patiënt naar klant*. Nyenrode Business Universiteit
- Wit, B. de & Meyer, R. (2006). *Strategy: process, content, context: an international perspective*. Thompson Learning

Auteurs



Marleen van Amersfoort

Marleen van Amersfoort is psychologe en is al zestien jaar werkzaam als consultant in de zorgsector. Marleen is als vice president verantwoordelijk voor de sector Public and Health, waarin ruim tachtig consultants werkzaam zijn. Daarnaast geeft zij leiding aan de internationale eHealth-ontwikkelingen binnen Capgemini Consulting. Als consultant is Marleen gespecialiseerd in strategie, transformatie en leiderschapsvraagstukken. Haar ervaring met transformatievraagstukken heeft zij opgedaan binnen diverse grote opdrachten voor VWS, individuele instellingen en branche- en beroepsorganisaties.



Léonie van Rijk

Léonie van Rijk is arts en is sinds drie jaar in dienst van Capgemini Consulting. Zij is senior consultant binnen de gezondheidszorg, met als interessegebied de organisatie en bedrijfsvoering van zorginstellingen. Als consultant is zij vooral gespecialiseerd in bekostigings- en positioneringsvraagstukken.



Sarah Prins

Sarah Prins is principal consultant en meer dan tien jaar werkzaam bij Capgemini. Na afronding van haar opleiding Gezondheidswetenschappen, beleid en beheer (Universiteit van Maastricht) en Algemeen management/MBA (Erasmus Universiteit Rotterdam) was zij werkzaam in een ziekenhuis en bij de NVZ vereniging van ziekenhuizen. Als consultant heeft zij diverse adviesopdrachten uitgevoerd en interim-projectleider/managementfuncties vervuld op het terrein van beleid, strategie en bedrijfsvoering, vooral in de gezondheidszorg. Zij is daarbij nauw betrokken geweest bij diverse grootschalige veranderingstrajecten. Daarnaast heeft ze meerdere bestuurlijke functies vervuld, onder meer in de zorg en maatschappelijke dienstverlening.

Eindredacteur



Robert Stegwee

Robert Stegwee is bedrijfsinformatiekundige, acterend op het snijvlak van informatie en organisatie. Hij heeft in ruim vijftien jaar bij Capgemini uitgebreide praktijkervaring en diepgaande branchekennis in de gezondheidszorg opgebouwd. Zijn projecten voert hij uit op strategisch en tactisch niveau binnen zorginstellingen en bij samenwerkingsverbanden, koepels en overheidsorganisaties in de zorg. Hij is een gewaardeerd gesprekspartner van bestuurders binnen de ziekenhuiszorg en GGZ. Als principal consultant geeft hij mede richting aan de ontwikkeling van de ICT-advisering in de zorg binnen Capgemini, zowel nationaal als internationaal. Als hoogleraar eHealth-architectuur en -standaarden begeleidt hij promovendi en studenten bij hun onderzoek naar de toepassing van ICT in de zorg.

Onderzoekscoördinatoren



Patrick Jansen

Patrick Jansen is informatiekundige en gezondheidswetenschapper. Na afronding van zijn opleiding Bestuurlijke Informatiekunde (Hogeschool Heerlen) en Gezondheidswetenschappen, beleid en beheer (Universiteit van Maastricht) verrichtte hij onderzoek naar informatieprocessen in de eerste lijn bij de Universiteit Maastricht en was hij werkzaam voor een leverancier van zorginformatiesystemen. Hij heeft in zijn twintig jaar ervaring als onderzoeker en adviseur in de zorg diepgaande branchekennis over de sector opgebouwd. Hij adviseert over IT-gedreven innovaties, op het snijvlak van informatie en organisatie en rondom zorglogistieke, op strategisch en tactisch niveau binnen instellingen en samenwerkingsverbanden, koepels en overheidsorganisaties in de zorg.



Carlijn Nobels

Carlijn Nobels is senior consultant en is ruim vier jaar werkzaam bij Capgemini Consulting. Na afronding van haar opleiding Beleid en Management van de Gezondheidszorg (Erasmus Universiteit Rotterdam) was zij werkzaam bij de NVZ vereniging van ziekenhuizen. Zij heeft als beleidsadviseur financiering en bekostiging brede ervaring opgedaan in de zorgsector. Haar interesse gaat in het bijzonder uit naar de effecten van prestatiebekostiging en organisatieveranderingen in de zorg.

Adviesgroep Zorg

De adviesgroep Zorg van Capgemini Consulting Nederland bestaat uit een dertigtal adviseurs met een passie voor de gezondheidszorg. Zij voeren opdrachten uit voor zowel individuele of samenwerkende zorginstellingen als voor de Europese Commissie, het ministerie van VWS, de Nederlandse Zorgautoriteit en koepels van zorginstellingen en verzekeraars. De adviesgroep Zorg maakt deel uit van het internationale zorgnetwerk binnen Capgemini.

Expertisegebieden zijn onder meer:

- zorginnovatie en eHealth;
- zorglogistiek en het ontwikkelen en implementeren van zorgpaden;
- informatiemanagement, waaronder ERP- en EPD-selecties en -implementaties;
- ontwikkeling en implementatie van bekostigingssystemen op landelijk en instellingsniveau;
- businessplanning en portfolioanalyses voor (samenwerkingsverbanden van) organisaties in de zorg;
- waarde en prestatie management;
- verbeteren van dienstroosterplanning.

Capgemini Consulting is het mondiale strategy en transformation consulting label van de Capgemini Group, gespecialiseerd in het adviseren en begeleiden van organisaties bij verandertrajecten: van de ontwikkeling van innovatieve strategieën tot en met de uitvoering daarvan, met continue aandacht voor duurzame resultaten. Capgemini Consulting biedt ondernemingen en overheden een vernieuwende benadering, gebruikmakend van innovatieve methodes, technologie en het talent van meer dan 3.600 consultants wereldwijd.

Voor meer informatie:
www.capgemiconsulting.nl

Colofon

Auteurs

Marleen van Amersfoort, Léonie van Rijk, Sarah Prins

Coördinatie

Patrick Jansen, Carlijn Nobels

Eindredactie

Robert Stegwee

Onderzoeksteam

Sjoerd Admiraal, Marleen van Amersfoort, Henk Bakker, Michaël Hochheimer, Margoleen Honcoop, Patrick Jansen, Carlijn Nobels, Sarah Prins, Léonie van Rijk, Robert Stegwee



About Capgemini

With more than 115,000 people in 40 countries, Capgemini is one of the world's foremost providers of consulting, technology and outsourcing services. The Group reported 2010 global revenues of EUR 8.7 billion. Together with its clients, Capgemini creates and delivers business and technology solutions that fit their needs and drive the results they want. A deeply multicultural organization, Capgemini has developed its own way of working, the Collaborative Business Experience™, and draws on Rightshore®, its worldwide delivery model.

Rightshore® is a trademark belonging to Capgemini

Capgemini Consulting is the Global Strategy and Transformation Consulting brand of the Capgemini Group, specializing in advising and supporting organizations in transforming their business, from the development of innovative strategy through to execution, with a consistent focus on sustainable results. Capgemini Consulting proposes to leading companies and governments a fresh approach which uses innovative methods, technology and the talents of over 3,600 consultants worldwide.

For more information: www.capgemini.com/services/consulting/



Capgemini Consulting
Papendorpseweg 100
Postbus 2575 - 3500 GN Utrecht
Tel. +31 30 689 26 28
www.cc.capgemini.com

Capgemini Consulting is the strategy and transformation consulting brand of Capgemini Group