

Zorg én ondernemen

Kristel te Hofsté

UMCG, afdeling Orthopedie
Rijksuniversiteit Groningen, faculteit Bedrijfskunde

Groningen, 25 april 2008

Zorg én ondernemen

Groningen, 25 april 2008

Auteur
Studentnummer

Afstudeerscriptie in het kader van

Opdrachtgever

Begeleiders onderwijsinstelling

Begeleider UMCG

Kristel te Hofsté
1405985

Master Small Business & Entrepreneurship,
Faculteit Bedrijfskunde,
Rijksuniversiteit Groningen

prof.dr. S.K. Bulstra
Orthopedie, UMCG

H.W.J. Vrolijk
C.H.M. Lutz,
Small Business&Entrepreneurship,
Faculteit Bedrijfskunde,
Rijksuniversiteit Groningen

dr. J. Pols
Wenckebach Instituut

ISBN 978-90-8827-019-2
NUR 800
Trefw Bedrijfskunde algemeen

Omslag: Wenckebach Instituut, Universitair Medisch Centrum Groningen

© 2008 Wenckebach Ontwikkelplatform Publicaties Groningen, Nederland.

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën, opnamen, of enige andere manier, zonder voorafgaande toestemming van de uitgever.

Voor zover het maken van kopieën uit deze uitgave is toegestaan op grond van artikel 16B Auteurswet 1912 j° het Besluit van 20 juni 1974, St.b. 351, zoals gewijzigd in Besluit van 23 augustus 1985, St.b. 471 en artikel 17 Auteurswet 1912, dient men de daarvoor wettelijk verschuldigde vergoedingen te voldoen aan de Stichting Reprorecht. Voor het overnemen van gedeelte(n) uit deze uitgave in bloemlezingen, readers en andere compilatiewerken (artikel 16 Auteurswet 1912) dient men zich tot de uitgever te wenden.

Voorwoord

De Nederlandse zorgmarkt staat op zijn kop. Partijen zijn sterk in beweging en hervrelden de markt. Fusies, commercialisering, verzelfstandiging en publiek-private samenwerking zijn aan de orde van de dag. De omgeving van zorginstellingen is complexer en minder voorspelbaar dan ooit.

Ook het Universitair Medisch Centrum Groningen (UMCG) ontkomt niet aan de confrontatie met het marktdenken in de zorg. Om enigszins in te kunnen spelen op de toename van marktgerichte zorg overweegt de afdeling orthopedie van het UMCG om in de toekomst een privé-kliniek orthopedie op te zetten.

In deze afstudeerscriptie heb ik mij gericht op welke manieren een samenwerkingsverband van een privé-kliniek orthopedie met het UMCG kan worden vorm gegeven. Samenwerkingsconstructies tussen privé-klinieken en ziekenhuizen zijn nog een vrij onbekend gegeven in de literatuur en daarom voor mij een uitgelezen mogelijkheid om in te pionieren.

Mijn dank gaat derhalve uit naar mijn opdrachtgever prof. dr. S.K. Bulstra en mijn begeleider dr. J. Pols voor de intensieve begeleiding en de totstandkoming van dit rapport.

Via deze weg wil ik tevens mijn begeleider de heer H.W.J. Vrolijk hartelijk bedanken voor zijn motiverende en leerzame begeleiding. Ook wil ik de heer C.H.M. Lutz bedanken voor zijn meelezerschap.

Mijn speciale dank gaat uit naar de privé-klinieken die een belangrijke bijdrage hebben geleverd aan het empirisch onderzoek.

Rest mij niets anders dan u veel leesplezier toe te wensen.

Kristel te Hofsté

Groningen, april 2008

Inhoudsopgave

SAMENVATTING.....	1
1 INLEIDING.....	3
2 ONTWIKKELINGEN VAN PRIVÉ-KLINIEKEN IN DE NEDERLANDSE ZORGMARKT	5
2.1 ZELFSTANDIGE KLINIEKEN	5
2.2 DE OMSLAG IN HET OVERHEIDSBELEID TEN AANZIEN VAN ZBC'S	6
2.3 DIAGNOSE BEHANDEL COMBINATIE	6
2.4 WET TOELATING ZORGINSTELLINGEN	7
2.5 ONTWIKKELINGEN VAN ZBC'S IN DE NEDERLANDSE ZORGMARKT	8
2.6 BEWEEGREDEKEN VAN EEN ZIEKENHUIS VOOR HET OPRICHTEN VAN EEN ZBC	9
2.7 KOEPELORGANISATIE ZELFSTANDIGE KLINIEKEN NEDERLAND	10
2.8 CONCLUSIES.....	11
3 SAMENWERKINGSVERBANDEN IN SOORTEN EN MATEN	13
3.1 SAMENWERKING	13
3.2 VORMEN VAN SAMENWERKINGSVERBANDEN	15
3.2.1. <i>Spin-off</i>	15
3.2.2. <i>Integratie</i>	18
4 EMPIRISCH ONDERZOEK.....	21
4.1 METHODEN EN TECHNIEKEN	21
4.2 RESULTATEN EMPIRISCH ONDERZOEK.....	23
4.2.1 <i>Achtergronden</i>	23
4.2.2 <i>Bewee gredeken voor het oprichten van een ZBC</i>	23
4.2.3 <i>Voordelen van ZBC's ten opzichte van ziekenhuizen</i>	24
4.2.4 <i>Samenwerkende partijen</i>	25
4.2.5 <i>Concurrentie</i>	27
4.2.6 <i>Toekomstperspectieven</i>	27
4.3 CONCLUSIES.....	28
5 ANALYSE	31
5.1 VOORDELEN VAN ZBC'S TEN OPZICHT VAN ZIEKENHUIZEN	31
5.2 VORMEN VAN SAMENWERKINGSVERBANDEN	31
5.2.1. <i>Bewee gredeken voor het oprichten van een joint-venture oftewel twee-ouder spin-off</i>	32
5.2.2 <i>Bewee gredeken voor het oprichten van een spin-off</i>	33
5.2.3 <i>Steun van het moederbedrijf bij een spin-off</i>	34

5.2.4 Toezicht van het moederbedrijf bij een spin-off.....	35
6 CONCLUSIE EN BESCHOUWING.....	37
6.1 CONCLUSIE.....	37
6.1.1 Joint-venture oftewel twee-ouder spin-off.....	39
6.1.2 Entrepreneurial spin-off.....	39
6.1.3 Managerial spin-off.....	39
6.2 AANBEVELINGEN.....	40
6.3 BESCHOUWING.....	44
REFERENTIELIJST.....	47
BIJLAGE 1 ECONOMISERING IN DE ZORG.....	49
BIJLAGE 2 VERANDERINGEN IN DE ZORG 2006.....	50
BIJLAGE 3 REORGANISATIE VAN HET UMCG.....	51
BIJLAGE 4 TRANSPARANTIE-EISEN.....	53
BIJLAGE 5 OVERZICHT VAN ZBC'S.....	54
BIJLAGE 6 TOPICLIJST KWALITATIEF ONDERZOEK.....	58
BIJLAGE 7 INTERNATIONALE JOINT-VENTURE.....	60
BIJLAGE 8 SAMENVATTING VISIEDOCUMENT UMCG.....	62

Samenvatting

Ondernemen en ondernemerschap worden in de gezondheidszorg steeds belangrijker. Zowel binnen als buiten de bestaande kaders zoeken zorgondernemers naar nieuwe mogelijkheden om op de behoeften van cliënten in te spelen. Concurrentie, commercialisering en privatisering zijn hierbij de nieuwe sleutelwoorden. Om enigszins in te kunnen spelen op de toename van marktgerichte zorg overweegt de afdeling orthopedie van het UMCG om in de toekomst een privé-kliniek orthopedie op te zetten. In dit onderzoek is getracht de vormgeving van een samenwerkingsverband van een privé-kliniek orthopedie met het UMCG in kaart te brengen.

De vraag die centraal staat tijdens dit onderzoek luidt: *‘Op welke manieren kan een samenwerkingsverband van een privé-kliniek orthopedie met het UMCG vorm gegeven worden?’*

Ter beantwoording van de onderzoeksvraag is er in deze scriptie een koppeling gemaakt tussen theorie (literatuuronderzoek) en praktijk (empirisch onderzoek). Hierbij staat het empirisch onderzoek in het teken van een casestudie. Om een beeld te krijgen van in welke mate privé-klinieken gebruik maken van samenwerkingsverbanden is een zestal privé-klinieken in Nederland onder de loep genomen. Op basis van literatuuronderzoek en empirisch onderzoek zijn er drie mogelijke samenwerkingsverbanden voor een privé-kliniek orthopedie met het UMCG geschetst.

1 Inleiding

Een greep uit de media:

Figuur 1.1. Mediaberichten over privé-klinieken

'Een privé-kliniek is een niche in de markt en toont aan dat medische zorg sneller, beter en klantvriendelijker kan'.
(Het financiële Dagblad)

'Medische specialisten worden in hun ondernemingszin geprikkeld en ook de ziekenhuizen zien kansen'.
(Zorgvisie)

'Medische specialisten worden aangemoedigd om eigen baas te worden door een eigen kliniek op te zetten al dan niet binnen de muren van een 'gewoon' ziekenhuis'.
(De Volkskrant)

(Bron: Studiecentrum voor Bedrijf en Overheid, 2007)

Ondernemen en ondernemerschap worden in de gezondheidszorg steeds belangrijker. Zowel binnen als buiten de bestaande kaders zoeken zorgondernemers naar nieuwe mogelijkheden om op de behoeften van cliënten in te spelen. Actuele trends als deregulering en maatschappelijk ondernemerschap¹ spelen daarbij een belangrijke rol.

Zorginstellingen worden dan ook in toenemende mate private organisaties die niet alleen worden aangestuurd door overheid, gemeenschap en professionele principes maar ook door de markt. De trend naar marktwerking en privatisering in de zorg wordt in dit onderzoek aangeduid met de verzamelterm 'economisering in de gezondheidszorg'. Bij de term economisering staat het gegeven dat economische motieven en belangen dominant worden in de organisatie en uitvoering van de zorg centraal. Voor zorgverleners betekent dit dat ze in hun afwegingen bij behandelingen naast medische, ook met

¹ Onder maatschappelijk ondernemerschap wordt verstaan: een private non-profit organisatie die publieksdiensten levert. Deze diensten zijn wettelijk vastgelegd en worden met overheidsmiddelen gefinancierd (Harten e.a., 2003).

economische overwegingen rekening moeten houden (Grit, 2000).

Redenen voor economisering in de zorg liggen volgens Hout e.a. (2004) bij:

Hogere kosten
Individualisering } Reactie: deregulering

Hogere kosten worden aangewakkerd door de vergrijzing (deze leidt namelijk tot meer vraag naar zorg en specifieke zorgvoorzieningen) en technologische ontwikkelingen (deze kosten veel geld en nieuwe technieken zijn alleen tegen hoge prijzen beschikbaar). Daarnaast wordt het steeds belangrijker gevonden dat individuele patiënten zelfstandig kunnen beslissen over de medische zorg die ze ontvangen. De autonomie van de patiënt is in de medische praktijk sterk toegenomen.

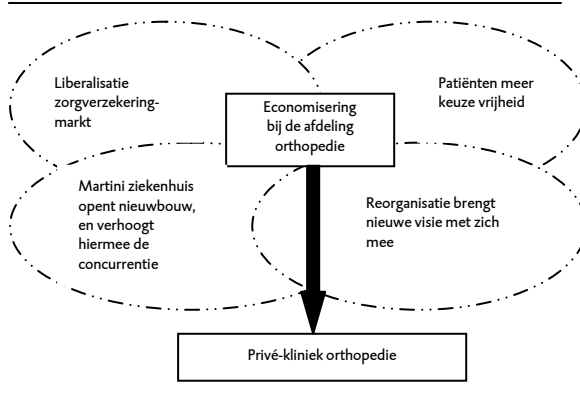
Een nadere ontwikkeling die de economisering in de zorg in de hand werkt is het aspect deregulering. Overmaat aan wet- en regelgeving heeft de gezondheidszorg doen vastlopen. Een bedrijfsmatig karakter dient een oplossing te bieden voor het beter behartigen van de publieke belangen in de gezondheidszorg (voor een verdere toelichting van economisering in de zorg, zie bijlage 1 'Economisering in de zorg').

Ook het UMCG ontkomt niet aan de confrontatie met de economisering in de zorg. Hiervoor zijn een viertal oorzaken te noemen. Als eerste oorzaak kunnen de veranderingen van het zorgstelsel in januari 2006 worden aangestipt (voor een verdere toelichting wat betreft deze veranderingen van het zorgstelsel, zie bijlage 2 'Veranderingen in de zorg 2006'). Deze brengen een liberalisatie van de zorgverzekeringsmarkt teweeg. Hierdoor dienen ziekenhuizen steeds meer rekening te houden met de wensen van zorgverzekeraars. Daarnaast heeft de patiënt als gevolg van het nieuwe zorgstelsel meer keuze vrijheid gekregen in het selecteren van een geschikt ziekenhuis voor het ondergaan van een behandeling. Als

derde oorzaak speelt het feit dat aan het eind van het jaar 2007 het Martiniziekenhuis in Groningen zijn deuren heeft geopend van een nieuwbouw.

Volgens Prof. Dr. S.K. Bulstra, hoofd afdeling orthopedie², zal een patiënt hierdoor eerder geneigd zijn te kiezen voor een ziekenhuis dat bijna volledig bestaat uit nieuwbouw, dan een ziekenhuis dat reeds verouderd is (Blokzijl, 2007). Ten slotte is sinds 1 januari 2007 het UMCG formeel van start gegaan met een organisatieverandering. Deze reorganisatie brengt een nieuwe visie ten opzichte van marktgerichte zorg met zich mee. De motieven voor deze reorganisatie en verdere opmerkingen zijn uitgediept in bijlage 3 'Reorganisatie van het UMCG'. Al deze elementen tezamen brengen voor de afdeling orthopedie van het UMCG een toename van marktgerichtheid binnen de zorg teweeg. Voor een schematisch overzicht heb ik figuur 1.1. opgesteld.

Figuur 1.1. Oorzaken voor economisering in de zorg bij de afdeling orthopedie van het UMCG



Om enigszins in te kunnen spelen op de economisering van de zorg, speelt de afdeling orthopedie van het UMCG met

² Orthopedie is een specialisme dat zich bezighoudt met het diagnosticeren en behandelen van aandoeningen van het bewegingsapparaat. Hierbij moet gedacht worden aan botten, gewrichten, spieren, pezen en banden (Beliën, 2000).

het idee om in de toekomst een privé-kliniek orthopedie op te zetten.

De vraag die centraal staat tijdens dit onderzoek luidt: *'Op welke manieren kan een samenwerkingsverband van een privé-kliniek orthopedie met het UMCG vorm gegeven worden?'*

Ter beantwoording van deze onderzoeksvraag is er een drietal deelvragen opgesteld:

1. Wat zijn de theoretische grondslagen en ontwikkelingen van privé-klinieken in de Nederlandse zorgmarkt?
2. Welke soorten samenwerkingsverbanden zijn er en in welke mate maken privé-klinieken hiervan gebruik?
3. Welke soorten samenwerkingsverbanden komen in aanmerking voor een privé-kliniek orthopedie met het UMCG?

In dit onderzoek zal getracht worden de vormgeving van een samenwerkingsverband van een privé-kliniek orthopedie met het UMCG in kaart te brengen. Hiervoor zal een koppeling gemaakt worden tussen theorie (literatuuronderzoek) en praktijk (empirisch onderzoek). Voor het vervaardigen van deze scriptie geldt de randvoorwaarde van 20 ECTS en dit staat voor zes maanden onderzoek.

Leeswijzer

Deze scriptie bestaat grofweg uit twee delen; een theoretisch kader en empirisch onderzoek. In hoofdstuk 2 zullen de ontwikkelingen van privé-klinieken in de Nederlandse zorgmarkt worden besproken, waarna in hoofdstuk 3 samenwerkingsverbanden in soorten en maten uiteen worden gezet. Daaropvolgend komt het empirisch onderzoek in hoofdstuk 4 aanbod en in hoofdstuk 5 de analyse. Het rapport zal worden afgesloten met een conclusie, waarin de hoofdvraag wordt beantwoord en er aanbevelingen zullen worden gedaan betreffende dit onderzoek. Tevens zal er in dit hoofdstuk een beschouwing plaatsvinden.

2 Ontwikkelingen van privé-klinieken in de Nederlandse zorgmarkt

Ter beantwoording van de onderzoeksvraag wordt allereerst aandacht besteed aan de terminologie. Wat wordt er precies onder het woord 'privé-kliniek' verstaan en hoe is dit aspect vormgegeven in de wet- en regelgeving? Vanuit de terminologie zal er een stap worden gemaakt naar de ontwikkelingen van privé-klinieken in de Nederlandse zorgmarkt.

2.1 Zelfstandige klinieken

Zelfstandige klinieken en reguliere ziekenhuizen verschillen op een aantal punten van elkaar. Met de term zelfstandige klinieken worden poliklinische³ dagbehandelcentra aangeduid. Deze zijn opgezet en gefinancierd met private middelen. Reguliere ziekenhuizen⁴ worden daarentegen gefinancierd met publieke middelen. Hierbij dient vermeld te worden dat bij sommige zelfstandige klinieken cliënten uitsluitend terecht kunnen voor behandelingen die niet worden vergoed door zorgverzekeraars. Het betreft dan behandelingen, waarvoor geen medische reden bestaat, bijvoorbeeld een facelift. Deze categorie valt onder de noemer privé-klinieken. Bij andere zelfstandige klinieken kunnen cliënten juist wel terecht voor behandelingen die door zorgverzekeraars worden vergoed, bijvoorbeeld staar- en herniaoperaties. Klinieken die dergelijke behandelingen

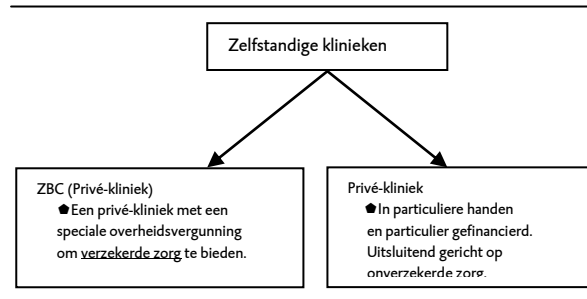
³ Poliklinisch heeft betrekking op een polikliniek. Dit is een inrichting waar niet-bedlegerige patiënten behandeld worden (CBS, 17 december 2007).

⁴ Reguliere ziekenhuizen zijn medische specialistische centra die mede worden gefinancierd door de overheid. Het UMCG valt onder de noemer academisch ziekenhuis. Een academisch ziekenhuis is een algemeen ziekenhuis, waarin gedurende dag en nacht alle vormen van medische-specialistische hulp kunnen plaatsvinden, doch verbonden aan een universiteit en erkend in de zin van de 'Wet op het wetenschappelijk onderwijs' (CBS, 4 november 2007).

bieden, hebben hierover afspraken gemaakt met zorgverzekeraars en worden aangeduid met de term Zelfstandig Behandel Centrum (ZBC). Als cliënt is het goed om te weten dat er principiële vrijheid van artskeuze is.

Zorgverzekeraars mogen niet zo maar een keuze van hun verzekerde naast zich neerleggen voor een behandeling door een arts in een zelfstandige kliniek of een ziekenhuis die wel in het vergoedingspakket van de verzekerde zitten (Zelfstandige Klinieken Nederland, 4 oktober 2007). Voor een schematisch overzicht heb ik figuur 2.1. opgesteld.

Figuur 2.1. Schematisch overzicht van zelfstandige klinieken



Tijdens dit onderzoek staat de mogelijke vormgeving van een samenwerkingsverband van een privé-kliniek orthopedie met het UMCG in het teken van een ZBC. Indien er in het vervolg van dit onderzoek wordt gesproken over een zelfstandige kliniek, dan wel een privé-kliniek wordt hiermee een ZBC bedoeld. Een privé-kliniek gefinancierd door particuliere investeerders wordt dan ook buiten beschouwing gelaten.

Welke beweegredenen liggen er ter grondslag aan het opzetten van een privé-kliniek? Oftewel: welke voordelen genereren privé-klinieken ten opzichte van reguliere ziekenhuizen? In vergelijking met reguliere ziekenhuizen zijn privé-klinieken kleinschaliger ingericht, waardoor het contact met patiënten gemoedelijker en persoonlijker

verloopt. Door het persoonlijke contact van de cliënt met de behandelend arts en het personeel is het mogelijk rekening te houden met individuele wensen. De cliënt wordt niet alleen goed geïnformeerd over de ingreep, maar kan ook overleggen wanneer deze het beste kan worden uitgevoerd.

Veel privé-klinieken komen bijvoorbeeld tegemoet aan de groeiende wens van hun cliënten om buiten werktijden behandelingen uit te voeren. In een privé-kliniek staat de cliënt dus werkelijk centraal. Alles is erop gericht dat deze zo min mogelijk ongemak ondervindt van een behandeling. Dit betekent dat de cliënt doorgaans op korte termijn kan worden geholpen. Door een efficiënte manier van werken zijn er namelijk kortere wachttijden, dan een regulier ziekenhuis realiseerbaar. Daarnaast hebben de meeste privé-klinieken zich gespecialiseerd in één of twee specialismen, bijvoorbeeld cardiologie, orthopedie, oogheelkunde, dermatologie of plastische chirurgie. Dankzij deze concentratie op enkele medische deelgebieden is er veel deskundigheid en ervaring beschikbaar (Gezondheidsplein, 4 oktober 2007).

Om van deze genoemde voordelen van privé-klinieken te kunnen genieten dient er wel met de nodige wet- en regelgeving rekening gehouden te worden. Hier zal in de volgende drie paragrafen verder op in worden gegaan.

2.2 De omslag in het overheidsbeleid ten aanzien van ZBC's

Sinds 1998 vallen ZBC's onder het vergunningen-systeem van de Wet Ziekenhuis Voorzieningen (WZV). Een vergunning voor een ZBC wordt afgegeven als er sprake is van:

1. een samenwerkingsverband tussen twee of meer medische specialisten;
2. een organisatorisch verband zonder winstoogmerk;
3. zorg die wordt vergoed door de zorgverzekeraar.

Lag de functie van ZBC's in 1998 vooral in electieve⁵ geprotocolleerde diagnostiek en behandeling, waarbij een relatie met het oplossen van wachtlijsten in ziekenhuizen voor de hand lag.

Tegenwoordig wordt erkend dat ZBC's een belangrijke bijdrage leveren aan de toename van de dynamiek op de markt voor ziekenhuiszorg. Medio 2003 is de uit 1998 daterende regelgeving inzake ZBC's dan ook vereenvoudigd en versoepeld. De voorwaarde dat er een wachtlijst moet bestaan voor het specialisme waar een zelfstandig behandelcentrum zich op wil gaan richten, kwam te vervallen. Het feit dat er door ZBC's contracten met zorgverzekeraars werden afgesloten, ondanks het ontbreken van een contracteerplicht gaf voldoende aan dat er behoefte was aan ZBC capaciteit. Tevens is ook het vereiste van een samenwerkingsovereenkomst met een ziekenhuis opgeheven, omdat deze voorwaarde een economische machtpositie voor bestaande aanbieders van ziekenhuiszorg creëert (Nobels e.a., 2005).

2.3 Diagnose Behandel Combinatie

Met ingang van 1 februari 2005 is de Diagnose Behandel Combinatie (DBC) systematiek geïntroduceerd als nieuwe bekostigings- en financieringswijze voor de ziekenhuissector. De zorgverzekeraars betalen per ziektegeval één prijs voor de totale zorg die wordt verleend aan een patiënt: de DBC. Het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) heeft samen met de zorgverleners van elke denkbare zorgvraag of diagnose, de mogelijke behandeling en de kosten daarvan in kaart gebracht. Vervolgens is voor elke DBC een gemiddeld tarief vastgesteld. In dit tarief zijn de kosten voor alle onderdelen van de behandeling opgenomen. Maar ook de indirecte kosten van de instelling of

⁵ Electieve zorg is curatieve zorg (diagnostiek, behandeling en/of nabehandeling) waarvan het in tegenstelling tot acute zorg medisch aanvaardbaar is dat deze enkele dagen tot weken kan worden uitgesteld (GGZ beleid, 4 maart 2008).

zorgverlener zijn verrekend, zoals de kosten van opleidingen, onderzoek of spoedeisende hulp. Elke DBC heeft zo zijn eigen 'prijskaartje' (Ministerie VWS, 10 november 2007).

Voor een deel van de ziekenhuiszorg, het zogenaamde B-segment, geldt vrije prijsvorming, waar ziekenhuizen en ZBC's met individuele zorgverzekeraars onderhandelen over prijs, kwaliteit en de kwantiteit van de te leveren zorg. In het B-segment vallen de relatief eenvoudige en planbare ingrepen, dus niet de acute of spoedeisende zorg. Tevens staat het een ZBC vrij zorg te verlenen uit het DBC A-segment. De prijzen van DBC's in het A-segment worden landelijk vastgesteld en zijn dus in elk ziekenhuis of ZBC gelijk (Homberg, 2006).

2.4 Wet Toelating Zorginstellingen

Met de invoering van de Wet Toelating Zorginstellingen (WTZi) in januari 2006, opvolger van de WZV wordt de bestaande aanbodsturing en planning van gezondheidszorgvoorzieningen gefaseerd losgelaten (College Bouw Ziekenhuisvoorzieningen, 4 november 2007). Deze wet legt de basis voor een systeem van gereguleerde marktwerking in de zorg. Zorgaanbieders worden zelf verantwoordelijk voor hun infrastructuur en (investerings) beslissingen. Marktpartijen dienen zelf te beslissen of toetreding tot de zorgmarkt rendabel is. De overheid streeft naar een zorgstelsel waarin de cliënt een centrale rol inneemt en waar de zorgaanbieders en zorgverzekeraars voldoende in staat zijn om op de zorgvraag in te spelen. Het zware instrument waarover de WTZi beschikt, namelijk het verbieden van een nieuwe instelling of een verbod op de uitbreiding/wijziging van een bestaande instelling, zal alleen ingezet worden indien publieke belangen aantoonbaar in het gedrang komen. Tevens dienen zorginstellingen verplicht transparant te zijn over hun bestuursstructuur en bedrijfsvoering (voor een nadere toelichting van deze transparantie-eisen van het WTZi, zie bijlage 4 'Transparantie-eisen').

De invoering van de WTZi wijzigt in een aantal opzichten de plaats die privé-klinieken ten opzichte van bestaande reguliere ziekenhuizen innemen. Allereerst is het onderscheid komen te vervallen tussen ziekenhuizen en ZBC's, die beide collectief gefinancierde zorg verlenen. Vanwege de invoering van de WTZi bestaat de term ZBC officieel niet meer. Er bestaan alleen nog "Instellingen voor Medisch-Specialistische Zorg" (IMSZ). Dit is ook de officiële aanduiding voor algemene, academische en categorale⁶ ziekenhuizen. De voormalige ZBC's onderscheiden zich van ziekenhuizen of andere instellingen voor medisch-specialistische zorg, doordat ze geen zorg met verblijf leveren in het A-segment.

Hun functie ligt vooral in de planbare (niet-acute) zorg en zorg waarvoor de patiënt niet hoeft te worden opgenomen. Om een duidelijk onderscheid te kunnen maken tussen de IMSZ mét en IMSZ zonder zorg met verblijf in het A-segment wordt in dit onderzoek nog de oude term ZBC gehanteerd.

Ten tweede is toetreding van ZBC's tot het B-segment verruimd, door het verblijfs criterium van 24 uur te laten vervallen. Beleidsmatig bestaat er nu geen bezwaar meer, indien ZBC's DBC's uit het B-segment verlenen met verblijf. Volgens Homberg (2006) is verruiming van de toetreding tot het B-segment erg gewenst, om zo een dynamische en marktconforme situatie met voldoende aanbieders te creëren.

Als gevolg van deze verruimende toetreding is door middel van de invoering van de WTZi het bouwregime voor nieuwe aanbieders van het klinische B-segment niet meer van toepassing. Het bouwregime beperkt zich tot die instellingen die medische-specialistische zorg verlenen, het eerder genoemde A-segment en die verleend wordt in

⁶ Een categoriaal ziekenhuis is een instelling waar medische en verpleegkundige zorg voor een bepaalde ziekte, ziektegroep, aandoening of aan personen in een bepaalde leeftijdsklasse wordt verleend, bijvoorbeeld astma en kankerklinieken (CBS, 4 november 2007).

combinatie met verblijf. Dit betekent dat alleen ziekenhuizen voor sommige vormen van bouw onder het bouwregime vallen, maar ZBC's daarentegen niet, ook al leveren zij voor sommige vormen van zorg verblijf. Het ingeperkte bouwregime betekent voor ZBC's en ziekenhuizen weliswaar meer zeggenschap, maar ook meer verantwoordelijkheid voor de vormgeving en bekostiging van eigen huisvesting (Homberg, 2006).

Door de veranderende wet- en regelgeving en daarmee de toegenomen marktgerichte zorg -ziekenhuizen beschikken immers zelf over de mogelijkheid om ZBC's op te richten- zal de spanning tussen samenwerking en de beoogde concurrentie tussen ziekenhuizen en ZBC's toenemen. Hierbij is het belangrijk om te weten, hoe het verloop van de ontwikkelingen van ZBC's in de Nederlandse zorgmarkt zich verhoudt. Aan dit aspect zal in de volgende alinea's aandacht worden besteed.

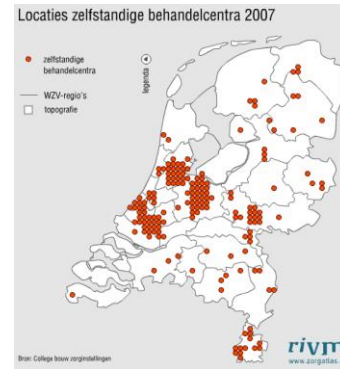
2.5 Ontwikkelingen van ZBC's in de Nederlandse zorgmarkt

In de zorgsector wordt stap voor stap gereguleerde marktwerking ingevoerd. Hierdoor is er sprake van nieuwe toetreders, de eerder genoemde ZBC's. Uit de kaart, figuur 2.2., valt op te maken dat de meeste ZBC's gevestigd zijn in en rondom de vier grote steden, te weten Amsterdam, Rotterdam, Den Haag en Utrecht. Elders in het land komen niet zoveel ZBC's voor (RIVM Nationale Atlas Volksgezondheid, 20 oktober 2007).

Sommige specialismen worden vaker door ZBC's aangeboden, dan andere specialismen. Figuur 2.3. geeft het aandeel van de verschillende specialismen in de totale omzet van ZBC's weer.

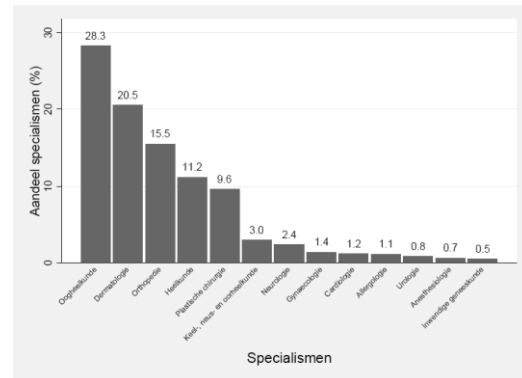
De omzet van ZBC's is het grootst bij de specialismen oogheelkunde, dermatologie, orthopedie, heelkunde en plastische chirurgie (Nederlandse Zorgautoriteit, 2007).

Figuur 2.2. Locaties ZBC's 2007



(Bron: RIVM Nationale Atlas Volksgezondheid, 20 oktober 2007)

Figuur 2.3 Aandeel van de verschillende specialismen in de omzet van ZBC's (A en B-segment)

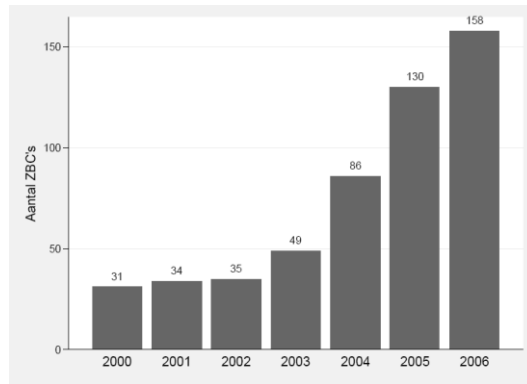


(Bron: Nederlandse Zorgautoriteit, 2007)

In figuur 2.4. wordt de ontwikkeling van het aantal afgegeven vergunningen/toelatingen aan ZBC's door het College Bouw/VWS in de periode 2000-2006 weergegeven. Hierbij dient vermeld te worden dat het jaar

2006 tot stand is gekomen op basis van extrapolatie (Nederlandse Zorgautoriteit, 2007).

Figuur 2.4 Ontwikkeling van het aantal afgegeven vergunningen/toelatingen aan ZBC-locaties in de periode 2000-2006



(Bron: Nederlandse Zorgautoriteit, 2007)

Uit figuur 2.4. blijkt dat het totaal aantal afgegeven vergunningen voor ZBC's de afgelopen jaren sterk is gestegen. Dit aantal komt niet per definitie overeen met het aantal ZBC's dat daadwerkelijk actief is gedurende dat jaar. Het is immers mogelijk dat sommige ZBC's niet langer actief zijn, of nog niet zijn opgestart. In box a vermeld een toelichting op de registratie van actieve ZBC's (Nederlandse Zorgautoriteit, 2007).

Box a Geen complete registratie van actieve ZBC's

Er bestaat momenteel geen complete registratie van actieve ZBC's. Dit zorgt ervoor dat verschillende registraties uitgaan van verschillende startpunten. Per 15 oktober 2006 is de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) gestart met een actieve registratie van ZBC's en privé-klinieken. Vermeld moet worden dat het wel om een vrijwillige registratie gaat. Hierdoor ontstaat het feit dat van een optimale en betrouwbare registratie geen sprake is (zie bijlage 5 'Overzicht van ZBC's in Nederland').

Bij de oprichting van een ZBC kan onderscheid worden gemaakt tussen een ZBC welke gelieerd is aan een regulier ziekenhuis en een ZBC die op zichzelf staat. Helaas zijn er

geen exacte aantallen beschikbaar van de oprichting van ZBC's door ziekenhuizen.

Naar schatting zijn volgens de Nederlandse Mededingingsautoriteit (NMa) ongeveer veertien locaties van ZBC's gelieerd aan een ziekenhuis. Welke beweegredenen ziekenhuizen daarvoor hebben komt in de volgende paragraaf aan de orde (Nederlandse Zorgautoriteit, 2007).

2.6 Beweegredenen van een ziekenhuis voor het oprichten van een ZBC

Volgens de Nederlandse Zorgautoriteit (2007) kan als eerste reden worden vermeld dat in het A-segment voor ziekenhuizen een budget geldt. Indien de DBC-tarieven voor een bepaalde behandeling hoger liggen dan de budgetvergoeding, bestaat voor ziekenhuizen een prikkel om hiervoor een ZBC op te zetten. In dit geval wordt zorg van het ziekenhuis overgeheveld naar een ZBC. Ten tweede worden voor privé-klinieken in het A-segment maximumtarieven en voor ziekenhuizen vaste tarieven gehanteerd. ZBC's beschikken hierdoor over de mogelijkheid een behandeling goedkoper aan te bieden, dan een ziekenhuis. Als derde reden wordt gegeven dat door middel van een ZBC wordt voorkomen dat specialisten van een ziekenhuis in een andere privé-kliniek gaan werken. Doordat een ziekenhuis zelf een ZBC opricht, kunnen specialisten die graag in een ZBC zouden willen werken in de kliniek van het ziekenhuis terecht. Ten slotte wordt door middel van het opzetten van een ZBC door een ziekenhuis de mogelijkheid om een lager tarief te declareren voor een onderdeel van een DBC bewerkstelligd. Indien een ziekenhuis slechts een onderdeel van een DBC uitvoert, is het voor zorgverzekeraars voordeliger als dit in een privé-kliniek plaatsvindt. Een kliniek mag namelijk één lager tarief in rekening brengen (Nederlandse Zorgautoriteit, 2007).

Indien een ziekenhuis zoekt naar een manier om het zorgproces efficiënter in te richten kan dit tevens goed via een buitenpoli⁷ voor één of meerdere specialismen. Een aantal ziekenhuizen is bezig met het oprichten van zogenaamde 'Zorg BV's'.

Dit valt eigenlijk onder de noemer buitenpoli, maar dan in de vorm van een BV in plaats van een stichting. Het onderbrengen van zorg in een buitenpoli is een manier die het mogelijk maakt om het zorgproces efficiënter te organiseren. Specialisten worden namelijk niet meer weggeroepen voor een acute behandeling. Daarnaast kunnen investeringsbeslissingen sneller worden genomen, omdat deze niet meer via de Raad van Bestuur van een ziekenhuis moeten lopen.

Naast overeenkomsten bestaan er ook verschillen tussen een buitenpoli en een privé-kliniek. Zo hoeft een buitenpoli geen wettelijke toelating aan te vragen, een ziekenhuis mag nu immers een deel van de zorg uitbesteden. Het afsluiten van contracten met zorgverzekeraars loopt via het ziekenhuis, waardoor de onderhandelingsmacht richting zorgverzekeraars groeit. Bovendien zijn financiële risico's kleiner dan bij het opzetten van een privé-kliniek en kan een buitenpoli ter profilering de naam van het ziekenhuis gebruiken. Ziekenhuizen maken intern de afweging welke vorm, privé-kliniek of buitenpoli, het meest geschikt is. Dit kan per specialisme verschillen en is afhankelijk van de DBC tarieven en de budgetvergoeding (Nederlandse Zorgautoriteit, 2007).

Gezien de beperkte tijd is er in deze scriptie voor gekozen om een mogelijk samenwerkingsverband van een privé-kliniek orthopedie met het UMCG toe te spitsen op een ZBC. Een eventueel vervolgonderzoek kan zich richten op een buitenpoli, om zo de voor- en nadelen van een ZBC versus een buitenpoli in kaart te brengen.

⁷ Een buitenpoli verschaft ambulante zorg- in het algemeen geen behandeling- die alleen overdag en op werkdagen geopend is. Tussen buitenpoli's bestaan grote verschillen in functie. De meest eenvoudige vorm is een spreekuurvoorziening voor medische-specialisten (Visiedocument, 2004).

2.7 Koepelorganisatie Zelfstandige Klinieken Nederland

Zelfstandige klinieken, die zijn verenigd in de Zelfstandige Klinieken Nederland (ZKN), zijn zoals eerder vermeld, voor iedereen toegankelijke medische centra. De ZKN laat door onafhankelijke specialisten onderzoeken of klinieken aan strikte kwaliteitseisen voldoen. Dit gebeurt door middel van visitaties van het certificeringbureau KIWA. Klinieken kunnen alleen aansluiting vinden bij de ZKN als ze deze visitaties met goed gevolg hebben doorlopen. Iedere drie jaar vindt opnieuw visitatie plaats, om te waarborgen dat de aangesloten leden hun kwaliteit op peil houden (Zelfstandige klinieken Nederland, 4 oktober 2007).

De ZKN bepleit een brede maatschappelijke erkenning van particuliere klinische gezondheidszorg. Een grotere toegankelijkheid van deze vorm van zorg is niet alleen in het voordeel van de cliënt en een kliniek zelf, ook de gezondheidszorg in Nederland als geheel heeft hier baat bij. Tevens is het ZKN ervan overtuigd, dat zelfstandige klinieken binnen de zorgsector een innoverende rol vervullen. Doordat zij zich specialiseren in dagbehandelingen leveren ze onder andere een actieve bijdrage aan het terugdringen van onnodige ziekenhuisopnames. Daarnaast is het ZKN van mening dat zelfstandige klinieken door hun efficiënte exploitatie en hun cliëntgerichte aanpak vaak in staat zijn de zorg tegen scherpere prijs aan te bieden. Diverse zorgverzekeraars zijn zich hiervan bewust en steunen de ZKN dan ook door contracten af te sluiten met zelfstandige klinieken. Zo waarborgen zij dat hun cliënten snelle en adequate zorg kunnen krijgen. Het komt ook voor dat zorgverzekeraars het ontstaan van nieuwe klinieken bevorderen. Zij worden hierdoor in staat gesteld om al dan niet op flexibele basis extra behandelcapaciteit in te kopen. Op deze manier wordt een belangrijke stap gezet naar een oplossing voor de wachtlijstproblematiek in Nederland (Zelfstandige klinieken Nederland, 4 oktober 2007).

2.8 Conclusies

Zoals blijkt uit dit hoofdstuk zijn zelfstandige klinieken in twee groepen te verdelen. Bij sommige zelfstandige klinieken kunnen cliënten uitsluitend terecht voor behandelingen die niet worden vergoed door zorgverzekeraars, dit zijn privé-klinieken. Bij andere zelfstandige klinieken kunnen cliënten juist wel terecht voor behandelingen die door zorgverzekeraars worden vergoed, dit zijn ZBC's. In dit onderzoek ligt de focus van een mogelijk samenwerkingsverband van een privé-kliniek orthopedie met het UMCG op een ZBC.

De meest essentiële voordelen van privé-klinieken ten opzichte van reguliere ziekenhuizen zijn de kleinschaligheid, het intensieve persoonlijke contact, het centraal staan van de cliënt en de realisatie van kortere wachttijden.

Wat betreft de wet- en regelgeving van ZBC's blijkt dat zij sinds 1998 vallen onder het vergunningen-systeem van de WZV. Een vergunning voor een ZBC wordt afgegeven als er sprake is van: (1) een samenwerkingsverband tussen twee of meer medische specialisten (2) een organisatorisch verband zonder winstoogmerk (3) zorg die wordt vergoed door de zorgverzekeraar. Medio 2003 is de uit 1998 daterende regelgeving inzake ZBC's vereenvoudigd en versoepeld. De voorwaarde dat er een wachtlijst moet bestaan voor het specialisme waar een behandelcentrum zich op wil gaan richten, kwam te vervallen, tevens is ook het vereiste van een samenwerkingsovereenkomst met een ziekenhuis opgeheven.

Met ingang van 1 februari 2005 is de DBC systematiek geïntroduceerd als nieuwe bekostigings- en financieringswijze voor de ziekenhuissector. ZBC's leveren naast uit het B-segment (vrije prijsvorming en relatief eenvoudige en planbare ingrepen) tevens zorg uit het A-segment (prijzen van DBC's zijn landelijk vastgesteld).

Met de invoering van de WTZi in januari 2006, opvolger van de WZV wordt er een basis gelegd voor een systeem

van geregleerde marktwerking in de zorg. Hierdoor is er sprake van nieuwe toetreders op de zorgmarkt, de ZBC's. Deze zijn het meest gevestigd in en rondom de vier grote steden. De omzet van ZBC's is het grootst bij de specialismen oogheelkunde, dermatologie, orthopedie, heekunde en plastische chirurgie. Ziekenhuizen richten steeds vaker zelf een ZBC op. Dit vanwege een viertal feiten:

1. voor ziekenhuizen gelden in het A-segment een budget;
2. voor ZBC's in het A-segment worden maximumtarieven en voor ziekenhuizen vaste tarieven gehanteerd;
3. door middel van een ZBC wordt voorkomen dat specialisten van een ziekenhuis in een andere ZBC gaan werken;
4. door het opzetten van een ZBC door een ziekenhuis wordt de mogelijkheid om een lager tarief te declareren voor een onderdeel van een DBC bewerkstelligt.

Naast het oprichten van een ZBC kan het zorgproces tevens efficiënter worden ingericht door middel van het oprichten van een buitenpoli voor één of meerdere specialismen. Gezien de beperkte tijd is er in dit onderzoek voor gekozen om een mogelijk samenwerkingsverband van een privé-kliniek orthopedie met het UMCG toe te spitsen op een ZBC.

De ZKN bepleit een brede maatschappelijke erkenning van particuliere klinische gezondheidszorg. Door middel van visitaties van het certificeringbureau KIWA wordt onderzocht of klinieken aan strikte kwaliteitseisen voldoen. Klinieken kunnen alleen aansluiting vinden bij de ZKN als ze deze visitaties met goed gevolg hebben doorlopen.

Nadat de terminologie en ontwikkelingen van privé-klinieken in de Nederlandse zorgmarkt zijn besproken kan er aandacht worden besteed aan welke soorten samenwerkingsverbanden zich voordoen in de literatuur. Hoofdstuk 3 zal hierop voortborduren.

3 Samenwerkingsverbanden in soorten en maten

Voor het in kaart brengen van een mogelijke vormgeving van een samenwerkingsverband van een privé-kliniek orthopedie met het UMCG, dient er een kader opgezet te worden, waarin de situatie theoretisch uiteen wordt gezet. Dit theoretisch kader zal als fundering dienen voor het empirisch onderzoek. Het kader geeft richting aan thema's welke centraal zullen staan tijdens het empirisch onderzoek. Ter afbakening geldt dat gedetailleerde financiële aspecten bij samenwerkingsverbanden buiten beschouwing zullen worden gelaten.

Dit hoofdstuk bestaat uit een tweetal paragrafen. In de eerste paragraaf wordt het begrip samenwerking uiteengezet. De tweede paragraaf omvat relevante literatuur over mogelijke vormen van samenwerkingsverbanden, door diverse auteurs op dit terrein te bespreken.

3.1 Samenwerking

Samenwerking tussen bedrijven staat al enige jaren volop in de belangstelling. De kranten staan bol van artikelen over strategische allianties, fusies en overnames. Maar samenwerking is niet altijd een gemakkelijk middel. Er is namelijk geen simpel recept voor aanwezig, dat in elke situatie van toepassing is. Samenwerking vereist een ontwerp en een implementatietraject dat past bij de huidige omstandigheden (Risseuw e.a., 2003). Daarnaast levert samenwerking iets op (bijvoorbeeld schaalvergroting), maar vraagt ook iets (bijvoorbeeld het inleveren van autonomie). Van belang is daarom om de 'kosten' en 'baten' goed tegen elkaar af te wegen. De

noodzaak tot samenwerking moet duidelijk zijn, evenals het nut voor alle betrokken partijen (Scherjon e.a., 1998).

Iedere ondernemer heeft zijn of haar eigen relatienetwerk passend bij de onderneming. De omvang van het netwerk hangt af van de mate waarin een bedrijf introvert, op het eigen innerlijk georiënteerd, of extravert, op de buitenwereld georiënteerd is.

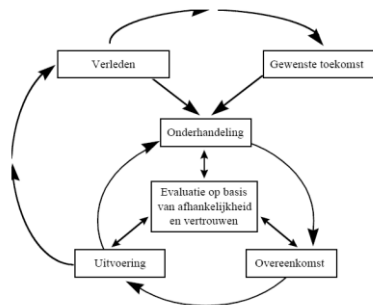
Samenwerking kan plaatsvinden op het niveau van primaire en secundaire bedrijfsactiviteiten. Bij primaire activiteiten kan gedacht worden aan: logistiek, productie, marketing, verkoop en service. Onder secundaire activiteiten worden verstaan: management, organisatie, inkoop en R&D. Deze activiteiten en/of combinaties van activiteiten lenen zich uitstekend voor een samenwerkingsverband en worden in het bedrijfsleven ook daadwerkelijk gebruikt. Voorbeelden hiervan zijn inkoopcombinaties, productiesamenwerking, licenties en franchise. Ook binnen de gezondheidszorg zijn vergelijkbare samenwerkingsvormen mogelijk. Productiesamenwerking kan plaatsvinden bij activiteiten waar sprake is van grote investeringen in apparatuur, bijvoorbeeld MRI- en CT-scans. Gezamenlijk gebruik van apparatuur zal lagere kosten per onderzoek bewerkstelligen. Een ander voorbeeld is het gezamenlijk inkopen van goederen en diensten, waardoor een lagere prijs, betere levertijden en/of hogere kwaliteit bedongen kan worden (Boon, 1995).

Om te weten te komen welke samenwerkingsvormen voor een organisatie mogelijk zijn, moet eerst duidelijk zijn welke activiteiten de organisatie kent. Vervolgens dient bepaald te worden, welke activiteiten zich lenen voor samenwerking. Gedurende dit proces spelen vragen een rol als: Is de activiteit strategisch van belang voor de organisatie? Is er sprake van onder- overbezetting bij deze activiteit? Welke relatie kent deze activiteit tot de andere activiteiten?, etc. Een belangrijk onderdeel is vervolgens, of

de beoogde activiteit efficiënter en/of effectiever kan worden uitgevoerd door een samenwerkingsverband met derden aan te gaan (Boon, 1995).

Om inzicht te krijgen in de dynamische aspecten van een samenwerkingsverband, dient dit volgens Klein Woolthuis (1999) als een proces te worden opgevat en geanalyseerd. Klein Woolthuis (1999) ontwikkelde dan ook een procesmodel om een beter inzicht te krijgen in het proces van samenwerking, zie figuur 3.1.

Figuur 3.1 Onderdelen van een samenwerkingsproces



(Bron: Klein Woolthuis, 1999)

In het procesmodel wordt samenwerking besproken, waarbij de nadruk wordt gelegd op het heden, verleden en de toekomst. Volgens Larson (1992) zal het verleden dat betrokken partijen met elkaar hebben meespelen in de keuze van een partner. Partijen kunnen reeds bekend zijn met elkaar vanwege het feit dat:

- zij als klant, leverancier, of partner hebben samengewerkt;
 - men elkaar persoonlijk kent van studie, bijeenkomsten, lidmaatschap, of een ander sociaal verband;
 - men elkaar kent 'van horen zeggen', oftewel reputatie.
- Tevens speelt ervaring van vorige relaties een rol. Deze zijn van belang ten aanzien van de inzichten en vaardigheden die partijen ontwikkeld hebben, betreffende het ontwerp en de ontwikkeling van relaties.

Met welke partij een samenwerkingsverband zal worden aangegaan, zal ook afhangen van de toekomstplannen die de betrokken partijen individueel en samen hebben. Voor een korte termijn project zal namelijk een andere partner worden gekozen, dan voor een complex, strategisch lange termijn project. Daarnaast is het ook afhankelijk van het doel, of een betrokken partij veel tijd en moeite wil en zal investeren in een partnersselectie en opbouw van een relatie.

Op basis van de bekendheid met de betrokken partijen en de gezamenlijke plannen, vinden onderhandelingen plaats. Indien partijen niet met elkaar bekend zijn, dient deze onderhandeling tevens als een soort van kennismakingsproces. Naast het onderhandelen over zakelijke afspraken, spelen ook normen en waarden een belangrijke rol. De betrokken partijen dienen het eens te zijn, over wat wel en niet acceptabel is binnen een samenwerkingsverband. Tijdens het onderhandelen wordt gaandeweg een overeenkomst bereikt, eerst vaak mondeling en later vastgelegd op schrift. Vervolgens kan er een start worden gemaakt, met een samenwerkingsverband. Gedurende een samenwerking leren de betrokken partijen elkaar pas echt kennen en kan er een realistische beoordeling worden gemaakt van elkaars kennis, kunde, en betrouwbaarheid (Klein Woolthuis, 1999).

Hoe een samenwerkingsproces aan kan worden gestuurd en waarom partijen op lange termijn aan elkaar verbonden blijven, worden bepaald door een tweetal factoren, te weten:

1. afhankelijkheid;
2. vertrouwen.

Partijen moeten een noodzaak hebben om met elkaar samen te werken (economisch belang/afhankelijkheid) en ze moeten met elkaar samen willen werken (vertrouwen) (Klein Woolthuis, 1999).

3.2 Vormen van samenwerkingsverbanden

Samenwerking kent vele vormen en kan plaatsvinden op verschillende niveaus. Een veelvoorkomende vorm van een samenwerkingsverband is een joint-venture. Deze is gecreëerd door twee of meer onafhankelijke organisaties, om samen één economische activiteit te ondernemen. Ondernemingen hebben volgens Dollinger (2003) drie redenen om deel te nemen aan een joint-venture:

1. het versterkt de strategische positie en concurrentiekracht;
2. het verhoogt de interne mogelijkheden en geeft bescherming aan bestaande resources (door middel van bijvoorbeeld risicodelende overeenkomsten);
3. het ontwikkelt een lange termijn strategie.

Doordat er bij een joint-venture wordt samengewerkt met twee of meer organisaties is er bij deze vorm van samenwerking sprake van gedeeld eigenaarschap van producten en diensten. Doordat er vaak meerdere partijen participeren, is een joint-venture een complexe vorm van samenwerking. Tijdens de inrichting van een joint-venture is het dan ook nodig concrete afspraken te maken en deze vast te leggen in een contract (Cultuurnetwerk, 19 april 2008).

Volgens het Cultuurnetwerk (2008) zijn mogelijke voordelen van een joint-venture:

- de samenwerkende partijen lopen minder risico, omdat ze hun zelfstandige positie behouden;
- het is mogelijk gezamenlijke diensten en producten te ontwikkelen die elke afzonderlijke partner niet kan realiseren door gebrek aan middelen, kennis of mankracht.

Naast deze voordelen zijn er volgens het Cultuurnetwerk (2008) ook mogelijke nadelen van een joint-venture te benoemen:

- wegens de complexiteit kost deze vorm van samenwerking veel tijd en overleg;
- er kunnen zeggenschapsproblemen ontstaan als gevolg van machtsverschillen.

In de volgende deelparagraaf wordt een samenwerkingsverband onder de loep genomen dat in de literatuur ook grote aandacht krijgt: de spin-off. Hierbij worden de kenmerken van personen die bij een spin-off betrokken zijn en de motieven en kenmerken van het moederbedrijf uitgelegd.

3.2.1. Spin-off

Volgens Bernardt e.a. (2002) is een spin-off: een individu dat, of een groep individuen die een moederbedrijf verlaat om een nieuw bedrijf op te zetten, gebaseerd op de kennis en competenties die bij het moederbedrijf zijn opgebouwd. Het moederbedrijf beschikt over de mogelijkheid om het nieuwe bedrijf te steunen door middel van kennis, competenties en/of middelen.

In dit geval is er sprake van een samenwerkingsverband tussen het moederbedrijf en een spin-off.

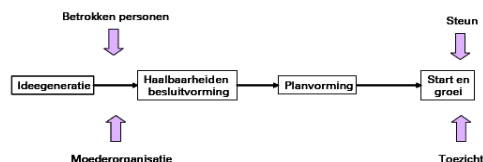
Elfring e.a. (2000) hebben zich verdiept in de ontwikkelde relatie tussen een spin-off en het moederbedrijf. De vraag die hierbij centraal staat luidt: gaat een spin-off samenwerken of juist concurreren met zijn vroegere werkgever? Elfring e.a. (2000) maken in dit verband onderscheid tussen een virtuous spin-off, dit is een opsplitsing die gunstig is voor het moederbedrijf en een vicious spin-off, met vooral een negatief effect als gevolg van directe concurrentie. In het geval van een virtuous spin-off zijn de nieuwe bedrijfsactiviteiten complementair aan de kernactiviteiten van de moederonderneming, en/of maken zij deel uit van de waardeketen van het oorspronkelijke bedrijf. Bij een vicious spin-off richten zowel het moederbedrijf als de nieuwe onderneming zich op dezelfde product-markt combinaties en wordt hun nieuwe onderlinge relatie gekenmerkt door rivaliteit.

Het proces dat bij een spin-off wordt doorlopen bestaat volgens Braaksma e.a. (2005) uit vier verschillende fasen:

1. genereren van ideeën;
2. beoordelen van de haalbaarheid en besluitvorming;
3. planvorming;
4. starten en doorgroeiën.

Zowel op het ontstaan van spin-offs als op hun overlevings- en groeikansen zijn verschillende factoren van invloed, zie figuur 3.2.

Figuur 3.2. Spin-off proces en beïnvloedende factoren



(Bron: Braaksma e.a., 2005)

Factoren die het ontstaan van spin-offs beïnvloeden betreffen:

- A. kenmerken van personen die bij een spin-off betrokken zijn;
- B. motieven en kenmerken van het moederbedrijf.

A. Kenmerken van personen: Diverse auteurs zijn van mening dat persoonlijkheid een belangrijke katalysator is voor ondernemerschap. Zij beargumenteren dat het beschikken over specifieke karaktereigenschappen een persoon ertoe kan zetten om een eigen bedrijf op te starten. Volgens Brandstätter (1997) beschikken ondernemers over de volgende eigenschappen: grotere drang naar onafhankelijkheid, hogere emotionele stabiliteit, meer extravert en openstaan voor nieuwe ideeën en ervaringen. Emotionele stabiliteit en onafhankelijkheid lijken het zelfvertrouwen van een ondernemer te stimuleren, waardoor deze persoon uitprobeert en durft te ondernemen. Uit diverse studies blijkt eveneens dat risico nemen een relevante pull factor is. Tevens speelt het motief om hoge financiële beloningen te verkrijgen middels een

vermogensdeelname in een onderneming mee, als belangrijke factor voor het opstarten van nieuwe bedrijvigheid. In sommige gevallen is het starten van een bedrijf niet iets dat geheel vrijwillig wordt ondernomen, maar waartoe men haast gedwongen wordt om economisch succesvol te zijn. In dergelijke gevallen wordt gesproken van pushfactoren, oftewel afstotingsfactoren. Pushfactoren binnen het moederbedrijf lijken een vruchtbare bodem voor de totstandkoming van spin-offs. Zo zal een stabiele werkomgeving minder spin-offs produceren dan een werkomgeving die enigszins instabiel is. Een slechte verhouding met een werkgever of het feit dat een topmanagement niet open staat voor ideeën, kan ertoe leiden dat een persoon (of een groep personen) besluit om een eigen bedrijf op te richten (Elfring e.a., 2000).

Naast de kenmerken van personen voor het opstarten van een spin-off, zijn er ook andere redenen die het ontstaan van een spin-off creatie bewerkstelligen. Onder andere het moederbedrijf, deze heeft zo haar eigen motieven voor de uitbesteding van specifieke activiteiten in de vorm van een spin-off.

Deze motieven worden door Quinn (1992) middels de resource-basedtheorie (RBT) geïdentificeerd. In de RBT staan strategieën voor het exploiteren van ondernemingsspecifieke middelen en vaardigheden, ook wel resources genoemd, centraal. Hierbij kunnen resources van organisaties tot duurzame concurrentievoordelen leiden.

B. Motieven en kenmerken van het moederbedrijf: Volgens Quinn (1992) kan door middel van het strategisch uitbesteden van specifieke activiteiten een organisatie een grotere flexibiliteit en meer focus op haar kernactiviteiten opleveren. Het strategisch uitbesteden van specifieke activiteiten heeft betrekking op de uitbesteding van die activiteiten die door externe partijen (bijvoorbeeld een spin-off) beter uitgevoerd kunnen worden en waarbij zij meer waarde kunnen toevoegen, dan de uitbestedende organisatie zelf kan.

Hierdoor houdt de uitbestedende organisatie slechts die activiteiten aan, waarin zij wel kan uitblinken. Doordat bepaalde activiteiten worden uitbesteed, wordt de organisatie platter met als positieve gevolgen, het terugdringen van bureaucratie en een snellere reactie op de markt.

Kenmerken van het moederbedrijf kunnen worden onderverdeeld in:

- steun van het moederbedrijf;
- toezicht van het moederbedrijf.

Steun van het moederbedrijf aan een spin-off staat volgens Pfeffer e.a. (1978) in het teken van de resource-dependencetheorie. Deze theorie is gericht op de onderlinge relatie van actoren en stelt dat een organisatie zal overleven, indien zij in staat is om voldoende resources te verwerven en deze ook te behouden. Bij resources kan gedacht worden aan het delen van opdrachten, het beschikbaar stellen van faciliteiten, het verschaffen van financiële middelen en overdracht van kennis en advies. In de context voor een mogelijk samenwerkingsverband van een privé-kliniek orthopedie met het UMCG hebben deze vormen van steun betrekking op:

Opdrachten: Bij het aspect opdrachten kan gedacht worden aan zorgvraag.

Door middel van het opzetten van een samenwerkingsverband van een privé-kliniek orthopedie met het UMCG bestaat de mogelijkheid om de zorgvraag op de meest efficiënte manier in te delen.

Faciliteiten: Bij het aspect faciliteiten ligt vooral de nadruk op de ondersteunende diensten van het UMCG. Hierbij valt te denken aan verzorging van de administratie en ICT/netwerk gebruik, maar ook aan onderzoekslaboratoria.

Financiën: Bij financiële steun moet vooral worden gedacht aan directe kapitaalinjecties van het UMCG. Tevens kunnen er leningen of gegarandeerde verliescompensaties plaatsvinden.

Kennis/advies: Overdracht van kennis en adviezen kan betrekking hebben op technische, commerciële of organisatorisch-juridische aangelegenheden, zoals de

organisatie van bedrijfsactiviteiten of het benutten van fiscale constructies (Braaksmas e.a., 2005).

Voor een spin-off bestaan er twee mogelijkheden voor de bemachtiging van resources. Zij kan deze ofwel verwerven via het moederbedrijf, of zij zal deze middelen extern moeten aantrekken (een combinatie van beide is ook mogelijk). De afhankelijkheid van een organisatie van zijn omgeving blijkt variabel in de loop der tijd. Een spin-off zal in de beginfase afhankelijker zijn van het moederbedrijf, dan wanneer deze zich in haar groeifase bevindt, aangezien in de beginfase de spin-off wordt geconfronteerd met een grote mate van onzekerheid. In de volgende fases kan de spin-off ervoor kiezen om zich meer (of helemaal) los te maken van het moederbedrijf en de dan belangrijke fondsen, middelen en relaties binnen te halen via een breder en divers netwerk, dat gaandeweg zelf is ontwikkeld (Elfring e.a., 2000).

Het toezicht van het moederbedrijf kan volgens Douma e.a. (1992) geanalyseerd worden op basis van de agency-theorie. Deze theorie analyseert de relaties tussen de principaal, in dit geval het moederbedrijf en de agent, de spin-off. Vanuit deze theorie wordt gekeken naar de hiërarchische relatie die ontstaat tussen het moederbedrijf, die het gezag uitoefent en de beslissingen neemt en de spin-off die in zijn uitvoerende taak weliswaar geen machtsmiddelen heeft, maar wel een informatievoorsprong op het moederbedrijf heeft.

Een financiële beloningsstructuur voor een ondernemer zou van belang kunnen zijn voor het behalen van de doelstellingen van een spin-off, maar ook die van het moederbedrijf. Wanneer een idee voor een eigen bedrijf ontstaat bij een werknemer, dan zal zijn motivatie om nog veel voor een werkgever te doen, sterk afnemen. Voor een werkgever geldt juist dat deze wil weten of een werknemer daadwerkelijk voor zichzelf wil beginnen en wie en wat hij wil meenemen naar zijn nieuwe bedrijf. Deze complexe situatie wordt gekenmerkt door een belangentegenstelling en informatieasymmetrie. Hierbij is het belangrijk om een organisatie- of contractvorm te selecteren, welke

voldoende rekening houdt met de motieven en eventuele beloningen van beide partijen en tevens de informatiebehoefte over welke activiteiten de spin-off en het moederbedrijf ondernemen, honoreert (Elfring e.a., 2000).

Het centrale thema van de agency-theorie is, hoe in dergelijke situaties van informatieasymmetrie, waarbij het moederbedrijf en spin-off moeten samenwerken voor een gezamenlijke output, het beste kunnen worden ingericht. Over de beste manier om toezicht op spin-offs vorm te geven is geen eenduidig antwoord voorhanden. Een te losse relatie geeft gelegenheid tot free-riding door de spin-off, als het moederbedrijf wel steun geeft. Een te nauwe relatie zal echter de voordelen van het buiten het eigen bedrijf organiseren van activiteiten grotendeels tenietdoen en kan leiden tot motivatieproblemen bij de spin-off en zijn werknemers (Elfring e.a., 2000).

In de praktijk zijn diverse redenen te benoemen waarmee een moederbedrijf zijn toezicht op de spin-off kan vormgeven. In dit onderzoek zullen onder andere de volgende indicatoren onder de loep worden genomen:

- *participatie door het moederbedrijf*: Dient de participatie te bestaan uit een meerderheids- of minderheidsbelang?
- *Delen van human resources*: Dienen human resources gedeeld te worden door een spin-off en het moederbedrijf, of juist niet? (Braaksma e.a., 2005).

Het bovenstaande maakt duidelijk dat het initiatief tot een spin-off bij het management van een organisatie kan liggen, maar ook bij individuele medewerkers. Spin-offs kunnen daarom nader worden verdeeld in:

- *managerial spin-offs*: waarbij het initiatief primair ligt bij het management;
- *entrepreneurial spin-offs*: waarbij het initiatief primair ligt bij een medewerker, of een groep medewerkers, die nieuwe mogelijkheden ziet(n) en dit in een nieuwe onderneming waar wil(len) maken.

Het onderscheid tussen managerial en entrepreneurial spin-offs is van belang, omdat de overheersende motieven

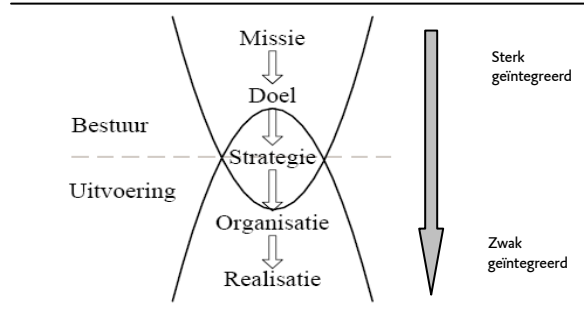
en uitgangspunten kunnen verschillen. Ook zijn er volgens Braaksma e.a. (2005) verschillen in de steun van het moederbedrijf te verwachten.

Kijkend naar de focus die centraal staat in dit onderzoek rijst de vraag: 'In hoeverre kan een samenwerkingsverband van een privé-kliniek orthopedie met het UMCG getypeerd worden als een joint-venture dan wel een spin-off? Deze vraag zal worden meegenomen in het empirisch onderzoek.

3.2.2. Integratie

Bij een samenwerkingsverband fungeert de mate van integratie als een soort graadmeter van hoeveel impact deze voor alle betrokken partijen heeft. De term integratie bestaat volgens Nooteboom (1999) uit een tweetal aspecten te weten, financiële en organisatorische integratie. Financiële integratie omvat zaken als gezamenlijk bezit en winst. Bij organisatorische integratie moet gedacht worden aan, de mate van collectieve besluitvorming. Organisatorische integratie van een samenwerkingsverband kan worden opgedeeld in een bestuurlijk-organisatorische integratie en een uitvoerend-organisatorische integratie, zie figuur 3.3. (Vries, 2005).

Figuur 3.3. De mate van organisatorische integratie



(Bron: Vries, 2005)

De bovenzijde van het figuur geeft de bestuurlijk-organisatorische integratie weer. Deze omvat de integratie

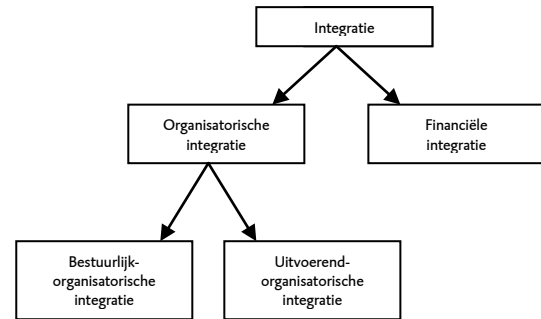
van de gezamenlijke missie, doelen en strategieën. De onderzijde van het figuur laat de uitvoerend-organisatorische integratie zien. Deze heeft betrekking op de gezamenlijke uitvoering van strategieën, organisatievraagstukken en het realiseren van taken. Het aspect strategie vormt de spil van beide vormen van integratie. Het verschil betreft dat in de bestuurlijke samenwerkingsvormen er een gezamenlijke besluitvorming van strategieën plaatsvindt. Echter bestaan samenwerkingsverbanden die gericht zijn op de uitvoering in het teken van een gezamenlijke uitvoering van individuele strategieën (Vries, 2005).

Een samenwerkingsverband kan op bestuurlijk niveau plaatsvinden, indien de missie, doelstellingen en strategievorming samengevoegd worden. Een zeer sterk geïntegreerd samenwerkingsverband zal een gezamenlijke missie genereren. In vele gevallen is dan sprake van een fusie. Bij een minder sterk geïntegreerd samenwerkingsverband kan een bestuurlijke samenwerking worden beperkt tot gezamenlijke strategievorming. In dit geval is sprake van een joint-venture. Figuur 3.4. geeft een overzicht op basis van Vries (2005), waarin de integratie van samenwerkingsverbanden schematisch uiteen wordt gezet.

Toegespitst op een samenwerkingsverband van een privé-kliniek orthopedie met het UMCG lijken relevante vragen: In hoeverre dient het samenwerkingsverband deel uit te maken van organisatorische integratie? En in hoeverre dient er bij het samenwerkingsverband sprake te zijn van financiële integratie?

Naast het kwalificeren van samenwerkingsverbanden op basis van integratie kunnen soorten van samenwerking

Figuur 3.4. Overzicht van de soorten integratie van samenwerkingsverbanden



(Bron: Vries, 2005)

volgens Nooteboom (1999) ook onderverdeeld worden op basis van een aantal andere dimensies:

- aantal deelnemers;
- duur van de samenwerking;
- grootte van het gezamenlijke bezit;
- onderverdeling van het totale bezit;
- hoeveelheid activiteiten waarin wordt samengewerkt;
- intensiteit van de samenwerking;
- onderverdeling van de besluitvorming.

J.A.P.M. Smeekens beschrijft in Scherjon en Thurik (1998) nog een aantal andere varianten die volgens hem tevens relevant zijn, te weten:

- de aard van de samenwerkende bedrijven; zijn het concurrenten, collega's of vullen ze elkaar aan?
- de onderlinge verhoudingen; is het belang voor alle betrokken partijen even groot?
- de structuur; bestaat er een juridische structuur of wordt er gewerkt op basis van goed vertrouwen?

De dimensies van Nooteboom (1999) met de aanvullingen van J.A.P.M. Smeekens worden meegenomen voor de formulering van vragen van het empirisch onderzoek. Hierbij moet gedacht worden aan: 'Welke partijen zijn gerelateerd aan het samenwerkingsverband? Wat is de duur van het samenwerkingsverband? Hoe is het samenwerkingsverband tot stand gekomen? Wat is het doel van het samenwerkingsverband?'

Tot zover de vormen van samenwerkingsverbanden weergegeven in de literatuur. Toegesplitst op de gezondheidszorg rijst de vraag 'Hoe worden samenwerkingsverbanden in de gezondheidszorg vormgegeven? En in het speciaal een samenwerkingsverband tussen een privé-kliniek en een ziekenhuis? Vanwege het feit dat literatuur, welke geheel is toegelegd op samenwerkingsverbanden in de gezondheidszorg en in het bijzonder tussen privé-klinieken en ziekenhuizen niet voorhanden is, zal dit vraagstuk worden geanalyseerd op basis van empirisch onderzoek. Met al het bovenstaande in ogenschouw nemend, zijn er een tal van vragen gecreëerd voor het empirisch onderzoek. De opzet en uitwerking hiervan komt dan ook aan bod in hoofdstuk 4.

4 Empirisch onderzoek

In dit hoofdstuk wordt het empirisch onderzoek besproken. Achtereenvolgens zal worden behandeld: de methoden en technieken, de resultaten van het empirisch onderzoek en tot slot de deelconclusies.

4.1 Methoden en technieken

Het type onderzoek dat is uitgevoerd om de deelvragen twee, ('Welke soorten samenwerkingsverbanden zijn er en in welke mate maken privé-klinieken hiervan gebruik?') en drie ('Welke soorten samenwerkingsverbanden komen in aanmerking voor een privé-kliniek orthopedie met het UMCG?') te kunnen beantwoorden, betreft een kwalitatief onderzoek. Volgens Baarda e.a. (1997) is kwalitatief onderzoek een onderzoek waarbij overwegend gebruik wordt gemaakt van gegevens van kwalitatieve aard en dat als doel heeft onderzoeksproblemen in of van situaties, gebeurtenissen en personen te beschrijven en te interpreteren.

Dit kwalitatieve onderzoek heeft een explorerend karakter, waarbij het ontdekken van verbanden of verschillen tussen kenmerken binnen een specifieke groep, in dit geval privé-klinieken, centraal staat. Tevens staat het kwalitatieve onderzoek in het teken van een 'casestudie.' Er is sprake van een casestudie als één of enkele cases intensief worden bestudeerd, dat wil zeggen: aan de hand van veel aspecten (variabelen), met behulp van diverse typen gegevensbronnen, gedurende een zekere periode, met inachtneming van de context. Bij een casestudie gaat het niet om de case als zodanig, maar om de case als 'drager' van een bepaald verschijnsel of probleem (Cooper e.a., 2003).

Voor dit onderzoek zijn in totaal zes privé-klinieken in Nederland benaderd. Allereerst is door middel van desk research⁸ een viertal privé-klinieken gericht op orthopedie en aangesloten bij de koepelorganisatie ZKN geselecteerd.

Ook is er een ZBC geselecteerd welke opgericht is vanuit een ziekenhuis en zodoende over een voorbeeldfunctie beschikt voor een eventueel in de toekomst op te zetten privé-kliniek orthopedie met het UMCG. Aanvullend is een kliniek die nog in oprichting is en beschikt over een samenwerkingsverband met twee ziekenhuizen geraadpleegd. De geselecteerde cases zijn kort weergegeven in tabel 4.1.

Tabel 4.1. Kenmerken van de geselecteerde ZBC's

Jaar van Oprichting	Specialismen	Aantal werknemers	Zorgsegment
1992	KNO, orthopedie, kaak- en plastische chirurgie gynaecologie en pijnbestrijding	45	A (85%) B en niet-verzekerde zorg (15%)
1998	Orthopedie en algemene en plastische chirurgie	50	A (80%) B (20%) Niet-verzek. zorg (10%)
1999	Algemene en plastische chirurgie, flebologie, gynaecologie, interne geneeskunde, orthopedie, neurologie, radiologie en anesthesie	25	A (75%) B en niet-verzekerde zorg (25%)
2000	Anesthesie, neurologie orthopedie en radiologie	24	A, B en niet-verzekerde zorg
-	Oogheelkunde	15	-
In oprichting	Vaatchirurgie	-	A

Het kwalitatieve onderzoek staat in het teken van een persoonlijk bezoek aan de privé-klinieken, waar betrokken personen worden geïnterviewd. De functies van de

⁸ Onder desk research wordt volgens Baarda e.a. (1997) verstaan; het gebruik maken van bestaande gegevens.

geïnterviewden lopen uiteen van kliniek manager - tot directeur - tot aan de voorzitter van Raad van Bestuur.

Voor een verdere beschrijving van methoden en technieken van kwalitatief onderzoek zullen achtereenvolgens de aspecten data verzameling, validiteit en betrouwbaarheid en data analyse aan bod komen.

Data verzameling: Bij dit onderzoek vormen interviews naast literatuurbronnen, de meest primaire bronnen van informatie. De interviews zijn semi-gestructureerd en met behulp van een topiclijst uitgevoerd. Hierbij liggen de vragen en antwoorden niet van tevoren vast, maar de onderwerpen wel. Het interview begint met enkele gestructureerde vragen naar persoonlijke gegevens en vervolgens komen er een aantal van tevoren vastgestelde onderwerpen aan de orde, die door middel van een open beginvraag en doorvragen worden uitgediept. De onderwerpen bevinden zich in logische volgorde in de topiclijst. Voor de samenstelling van de topiclijst is de probleemstelling van het onderzoek richtinggevend. Tevens biedt het theoretisch kader wetenschappelijke verantwoording voor de geselecteerde thema's, welke centraal staan tijdens de interviews. Voor de lijst van interviewvragen, zie bijlage 6 'Topiclijst kwalitatief onderzoek'.

De interviewvragen die zijn gehanteerd voor informatievergaring van het kwalitatieve onderzoek zijn allereerst in de vorm van een pilot voorgelegd. Dit vanwege het feit dat een pilot een belangrijk instrument is om vast te stellen of de gevraagde gegevens eenvoudig te verzamelen zijn en welke beperkingen zich voordoen. Tijdens de pilot kwam naar voren dat de opgestelde topiclijst naar behoren functioneerde. Soms gaf de topic 'integratie van samenwerking' ietswat overlapping met het gedeelte 'samenwerkingsverbanden', maar dit was absoluut niet storend en deed zo dienst als controlefactor. Door middel van de pilot bleek wel dat er nog een tweetal invalshoeken konden worden toegevoegd te weten: 'Vindt u dat er sprake is van marktwerking in de gezondheidszorg? En hoe ziet het toekomstperspectief van ZBC's er volgens u uit?'

Elk interview had zijn eigen wending, maar met behulp van de topiclijst werden steeds dezelfde gegevens verzameld.

Validiteit en betrouwbaarheid: Een goede mogelijkheid voor het versterken van validiteit is het gebruik van meerdere methoden en/of databronnen. In dit onderzoek is er voor gekozen om zowel literatuur als interviews te raadplegen voor het vergaren van informatie. Bevindingen zullen worden ondersteund met citaten uit interviews, om zo het aspect betrouwbaarheid ten goede te komen. Tevens is de betrouwbaarheid van dit onderzoek gewaarborgd door de interviews op te nemen met behulp van een voice-recorder en deze vervolgens letterlijk uit te typen, waardoor de objectiviteit zoveel mogelijk behouden blijft (Baarda e.a., 1997).

Data analyse: De data analyse is uitgevoerd door de afgenomen interviews aan de hand van een labelingsproces, bestaande uit een zestal stappen uit te werken, met behulp van het computerprogramma Atlas TI. Tijdens de eerste analyse stap is de ingewonnen informatie geselecteerd op relevantie. Dit betreft het schrappen van niet-relevante informatie. Daarbij vormde de probleemstelling het uitgangspunt. De tweede analysestap bevatte het opsplitsen van relevante tekst in fragmenten. Ter onderscheiding voor het opsplitsen van de fragmenten zijn de volgende richtlijnen gehanteerd: 1) het fragment gaat over één onderwerp 2) het fragment dient los van de context te lezen en te begrijpen zijn 3) het fragment dient niet te klein te zijn 4) fragmenten mogen elkaar overlappen. Bij de derde analysestap stond het labelen centraal, oftewel het voorzien van een naam of namen van tekstfragmenten. Gedurende het labelingsproces is een tweetal richtlijnen gehanteerd: 1) een zoektocht naar belangrijke termen die kenmerkend zijn voor de tekstfragmenten 2) een fragment kan meer dan één label krijgen, maar maximaal zes. Analysestap 4 betrof het ordenen en reduceren van labels en analysestap 5 bestond uit het vaststellen van intersubjectiviteit. Om het aspect intersubjectiviteit te vermijden, is ervoor gekozen om het labelen van de interviews tevens door een onafhankelijke onderzoeker te laten uitvoeren, de heer van der Liet. Hierdoor vindt er een

filtering van subjectieve verschillen plaats. Vermeld moet worden dat vooraf het gebruikte labelingschema is aangereikt en hieruit bleek dat de labeling van de heer van der Liet voor 90% overeen kwam met de labeling van de onderzoeker. Na overleg is er overeenstemming bereikt over de overige 10%. Het geringe verschil is dan ook niet noemenswaardig om intersubjectiviteit te bewerkstelligen.

De keuze voor een labelingsproces is gelegen in het feit dat dit een systematische en wetenschappelijke manier van verwerking van kwalitatieve gegevens teweeg brengt (Baarda e.a., 1997). Na de data analyse is er vervolgens een koppeling gemaakt van de gegenereerde kwalitatieve gegevens met het literatuuronderzoek.

Tot zover de uiteenzetting van de methoden en technieken. Aansluitend worden de resultaten van het empirisch onderzoek weergegeven.

4.2 Resultaten empirisch onderzoek

De resultaten van het empirisch onderzoek zijn zoals eerder vermeld tot stand gekomen op basis van het theoretisch kader (hoofdstuk 3). Het kader geeft namelijk richting aan thema's welke centraal staan bij het empirisch onderzoek. Ook is de probleemstelling van het onderzoek richtinggevend gevend voor de samenstelling van het empirisch onderzoek. De thema's die voortvloeien vanuit de lijst van interviewvragen, zie bijlage 6 'Topiclijst kwalitatief onderzoek' zullen in deze paragraaf als leidraad dienen voor het weergeven van de resultaten sectie. Achtereenvolgens worden behandeld de achtergronden, beweegredenen en de voordelen van ZBC's. Hierop volgend zullen samenwerkende partijen, concurrentie aspecten en toekomstperspectieven van ZBC's uiteen worden gezet.

4.2.1 Achtergronden

De bestaansreden oftewel de missie van privé-klinieken lopen van de onderzochte cases nogal uiteen. Zo is er een ZBC welke fungeert als een diagnostisch centrum op een deelgebied, een kliniek die zich op de korte termijn naast dagverpleging ook gaat richten op de uitvoering van klinische verpleging en een privé-kliniek die zorg gaat leveren aan één bepaalde zorggroep. Daarnaast is er een kliniek in oprichting die zich gaat toeleggen op een samenwerkingsverband met twee ziekenhuizen, een kliniek die staat voor kwaliteit, service en snelheid, en een academisch refractiecentrum. Samengevat variëren de onderzochte ZBC's dus van puur diagnostiek - via dagbehandeling - naar langere opnames.

Overwegend zijn alle klinieken begonnen met 1, 2 à 3 specialismen gericht op onder andere keel, neus en oorheelkunde, plastische chirurgie, vaatchirurgie en oog refractiechirurgie. In de loop van de tijd werd het aanbod uitgebreid met een aantal andere specialismen, zoals orthopedie en algemene chirurgie.

4.2.2 Beweegredenen voor het oprichten van een ZBC

Het initiatief tot oprichten van een ZBC ligt zowel bij individuele medische specialisten als bij ziekenhuisdirecties. In het geval van individuele medische specialisten betreft het vaak artsen met ondernemersbloed die in ziekenhuizen tegen "gesloten deuren" aanliepen en zodoende besluiten om voor zichzelf te beginnen. Bij ziekenhuisdirecties ligt het initiatief vaak bij het Raad van Bestuur en kan een ZBC opgezet worden vanuit één ziekenhuisdirectie evenals een combinatie van twee ziekenhuizen.

Motieven van medische specialisten om een ZBC op te richten zijn naast financieel een drang naar onafhankelijkheid. Tevens speelt een directie en een politieke organisatie die niet open staat voor nieuwe ideeën een rol.

'Ondernemen in een ziekenhuis heeft vaak niet iets specifiek met één iemand te maken, maar het bedrijf is een systeem van dingen, dat op een bepaalde manier werkt. De mensen interacteren op een bepaalde manier. Als jij duwt, dan duwt iemand terug, of niet. Ik denk dat dat het lastig maakt, om binnen een ziekenhuis wat te gaan doen.'

'In het ziekenhuis had ik een hekel aan managers die rondliepen met mappen onder hun arm en veel vergaderden. Die liepen mij in de weg en niemand had er wat aan.'

'Om iets nieuws te kunnen maken moet je soms weg uit het bestaande bedrijf. Neem nou Mercedes die de Smart ontwikkelde. Even los van de kwaliteit van de Smart en wat er allemaal aan mankeerde. Om iets nieuws te kunnen maken moet je soms weg uit het bestaande bedrijf. Ik denk dat het lastige van ziekenhuizen nu is, dat die initiatieven daar een mooie dood sterven en ik denk zeker dat daar mensen zijn met capaciteiten die iets willen en ik denk ook kunnen, maar dat sterft gewoon ergens.'

Een motief voor een ziekenhuis om een ZBC op te richten is dat naast privé-klinieken, ook ziekenhuizen als instituut gaan inspelen op de vragen en wensen van patiënten. De gedachtegang dat ook zij meer bedrijfsmatiger en financieel moeten gaan nadenken in plaats van zorgtechnisch komt steeds meer op gang. Tevens blijkt dat ziekenhuizen door middel van het opzetten van een ZBC ervaring kunnen opdoen in een andere bedrijfsorganisatorische setting. Ook wordt de mogelijkheid gecreëerd om personeel naast in een ziekenhuis, werkzaam te laten zijn in een zelfstandige kliniek. Bovendien blijkt dat ziekenhuizen geen trek hebben om private zorg zelf aan te bieden. Mensen dienen de betreffende behandelingen uit hun eigen portemonnee te betalen en zijn hierdoor kritischer ingesteld. Deze instelling brengt vaak meer problemen en klachtenafhandeling teweeg, vandaar de keuze om de private zorg niet in het ziekenhuis zelf aan te bieden, maar in een ZBC. Naast deze beweegredenen van een ziekenhuis voor het oprichten van een ZBC, spelen ook de factoren bureaucratie, organisatiestructuur en cultuur een belangrijke rol.

'De wijze waarop de zorg in een ZBC wordt vormgegeven kan ook in een ziekenhuis. Het zou zelfs beter moeten kunnen. Alleen het feit dat een ziekenhuis vol zit met koninkrijkes en hiërarchische

lagen en relaties waarin dokters en allerlei mensen een rol spelen denkt men van; dat moeten we allemaal over boord gooien in een ZBC, gericht op één aandoening en dan kunnen we alles rond het ene proces vormgeven en dan hebben we geen last meer van alle andere mensen.'

Ook wanneer het initiatief tot oprichting van een ZBC ligt bij twee ziekenhuisdirecties speelt de drijfveer om meer in te kunnen spelen op de vragen en wensen van patiënten een rol, maar het belangrijkste motief ligt bij het genereren van kwantiteit, oftewel een vergroting van de afzetmarkt, waardoor de kosten per eenheid product kunnen worden verlaagd.

'De strategie van het ziekenhuis is erop gericht om te penetreren op de zorgmarkt en om zo de slagkracht van het ziekenhuis te vergroten en de continuïteit te versterken.'

Daarnaast kunnen de betrokken partijen door middel van het samenwerkingsverband elkaars "zwakke punten" opheffen respectievelijk complementeren. Hierbij kan gedacht worden aan het uitwisselen van personeel en productiemiddelen. Bovendien biedt het initiatief tot oprichting van een ZBC vanuit twee ziekenhuisdirecties, cliënten meer keuzemogelijkheden van zorgbehandeling.

4.2.3 Voordelen van ZBC's ten opzichte van ziekenhuizen

De bovengenoemde beweegredenen voor het oprichten van een ZBC zowel door medische specialisten als door één of meerdere ziekenhuisdirecties komen tot stand doordat privé-klinieken een voorspong hebben op ziekenhuizen wat betreft hun kleine (bedrijfs)omvang. Hierdoor zijn ze in staat flexibel en snel te reageren op veranderingen in hun omgeving. Vanwege een platte organisatiestructuur zijn er korte communicatielijnen wat miscommunicatie tegengaat en het invoeren van veranderingen ten goede komt. Daarnaast zijn er geringe hiërarchische niveaus, waardoor er zelden of geen sprake is van bureaucratie. Een management dat tegengas geeft ontbreekt en het werken met een klein allround team staat centraal. Tevens worden ZBC's gekenmerkt door het leveren van maatwerk, service, klantvriendelijkheid en geen

wachtlijsten. Door het aanbieden van een beperkt aantal behandelingen zijn artsen binnen hun vakgebied dan ook uitermate gespecialiseerd.

'Wanneer je in een privé-kliniek een nieuwe knie krijgt, dan doet de arts misschien zo'n 10, 20 operaties per week. De arts in het ziekenhuis doet misschien zo'n 10, 20 operaties per jaar, omdat hij ook nog allemaal andere behandelingen doet. Dus het specialisme van orthopedie wordt bij onze kliniek wat teruggebracht met het aantal verschillende verrichtingen, maar vervolgens worden die verrichtingen zo vaak gedaan dat je gewoon een specialist binnen een specialisme bent.'

4.2.4 Samenwerkende partijen

Betreffende samenwerkingsvormen van ZBC's kan gesteld worden dat, indien een kliniek als diagnostisch centrum (onderzoekscentrum) functioneert, deze geheel zelfstandig opereert en zodoende dus ook geen ervaring heeft met samenwerkende partijen.

Alle benodigde faciliteiten worden binnen de eigen kliniek geplaatst, waardoor een diagnostisch centrum een onafhankelijke positie in kan nemen.

'Er wordt niet zozeer met bepaalde ziekenhuizen samengewerkt, maar natuurlijk wel met specialisten, chirurgen, neurochirurgen, maar dit is allemaal op individuele basis. Wij hebben gewoon een aantal contacten met specialisten, waarvan wij vinden dat zij goed werken. Dus wij leveren hun goed werk aan, zodat zij weer verder kunnen met een patiënt qua operatie en dergelijke. Dus er zijn wel samenwerkingsverbanden, maar geen afhankelijke samenwerkingsverbanden. Dat is wel een erg groot verschil.'

De motieven om een kliniek geheel zelfstandig te laten opereren is gelegen bij de waarborging van het leveren van kwaliteit en een onafhankelijke bedrijfsvoering.

'Een volledige onafhankelijke kliniek biedt ondersteuning aan het leveren van zorgkwaliteit, want hoe meer afhankelijkheid, hoe meer bureaucratie en hoe meer formulieren er heen en weer moeten worden geschoven. En dat komt de patiënt uiteindelijk niet ten goede.'

Indien een privé-kliniek actief is op het gebied van dag- en klinische verpleging is er een aantal vormen van samenwerking te onderscheiden, te weten:

1. samenwerking met een ziekenhuis;
2. samenwerking met andere ZBC's;
3. samenwerking met re-integratiebureaus;
4. samenwerking met zorgverzekeraars;
5. samenwerking met huisartsen.

Ad 1. Allereerst samenwerking met een ziekenhuis. Dit verband is ontstaan vanwege het feit dat het tot 2003 wettelijk verplicht was dat privé-klinieken een samenwerkingsverband hadden met een ziekenhuis. Maar ondanks dat dit tegenwoordig officieel niet meer verplicht is beschikken de onderzochte klinieken over een achterwacht afspraak met diverse ziekenhuizen in de nabije omgeving. Mochten er zich calamiteiten voordoen, dan biedt een samenwerkingsverband met een ziekenhuis uitkomst. Privé-klinieken welke opgericht zijn door medische specialisten beschikken het merendeel over een samenwerkingsverband met ziekenhuizen, waar specialisten naast de kliniek tevens werkzaam zijn. In de gevallen dat een ZBC ontstaan is vanuit een ziekenhuis ligt een samenwerking met beide partijen voor de hand. In de praktijk worden deze kruisbestuivingen dan ook zeker gelegd en benut. Niet alleen wordt er gebruik gemaakt van een achterwachtconstructie, maar er worden ook inkoopvoordelen gecreëerd en er vindt een uitwisseling van personeel en OK-ruimte plaats. In het geval tot oprichting van een ZBC door twee ziekenhuisdirecties wordt er naast bovengenoemde kruisbestuivingen ook mogelijk voordeel behaald door het delen van marketingactiviteiten.

Kijkend naar de financiële integratie kan gesteld worden dat indien ZBC's ontstaan zijn vanuit een ziekenhuisdirectie, het desbetreffende ziekenhuis de financiële inbreng geheel voor hun rekening neemt. Bij klinieken opgericht door een aantal ondernemende specialisten is er sprake van particuliere inbreng. Ingeval het initiatief tot oprichting van een ZBC ligt bij twee ziekenhuisdirecties bestaat het

voornemen om de financiële inbreng gelijkwaardig te verdelen. Hierbij wordt de mogelijkheid om artsen financieel te laten participeren in ogenenschouw genomen.

Omtrent organisatorische integratie blijkt dat ZBC's opgericht vanuit een ziekenhuis over een eigen management team en een eigen directiebestuur beschikken. Op gezette momenten vindt er tussen het Raad van Bestuur van het ziekenhuis en het bestuur van de ZBC functioneel en bestuurlijk contact plaats. Ondanks het integraal toebehoren aan een ziekenhuis functioneren de privé-klinieken op organisatorisch en operationeel gebied geheel zelfstandig. ZBC's opgericht door individuele medische specialisten zijn naast een stichting vaak georganiseerd als Besloten Vennootschap (BV). De organisatievorm BV fungeert vaak onder de vleugels van een holdingmaatschappij, met de daarbij behorende aandeelhouders. Betreffende organisatorische integratie kan vermeld worden dat de directie en het management team verantwoording dienen af te leggen aan de aandeelhouders, oftewel de holdingmaatschappij, aangezien zij tenslotte de officiële eigenaren van de kliniek zijn.

Vanwege het feit dat het initiatief tot oprichting van een ZBC vanuit twee ziekenhuisdirecties zich nog in de opstartfase bevindt, bestaat er rondom het aspect organisatorische integratie momenteel nog geen eenduidige aanpak en/of werkwijze.

Ad 2. Voor een ZBC opgericht door individuele medische specialisten vindt er naast een samenwerkingsverband met een ziekenhuis ook samenwerking plaats met andere ZBC's. Waar een ZBC opgericht vanuit één of meerdere ziekenhuizen een beroep doet op de bestaande ziekenhuisfaciliteiten dienen klinieken opgericht door medische specialisten in de onderzoeksfase van het zorgtraject samenwerking te hebben op het gebied van bijvoorbeeld bloeuduitslagen, ECG uitslagen, röntgenfoto's en MRI-scans, omdat deze faciliteiten financieel-technisch niet in de kliniek voorhanden zijn. Privé-klinieken staan bekend om een snelle behandeling, dus is het noodzaak om over de voorgaande aspecten, afspraken te maken met

ziekenhuizen of andere ZBC's om zo een snelle behandelingstijd te bewerkstelligen. Naast het uitwisselen van middelen tussen ZBC's opgericht door medische specialisten vinden er ook samenwerkingsverbanden plaats bij het delen van kennis en personeel. Voor een ZBC opgericht door medische specialisten zijn een ziekenhuis en ZBC dus partijen waarmee wordt samengewerkt om het behandelingstraject van cliënten te ondersteunen en in kaart te brengen.

Ad 3-5. Daarnaast zijn er partijen die zowel voor een ZBC opgericht door een ziekenhuisdirectie evenals door medische specialisten in aanmerking komen om cliënten te werven, bijvoorbeeld re-integratiebureaus. Hierbij is het uitgangspunt dat mensen uit de Ziektewet zo snel mogelijk weer aan het werk gaan. Een privé-kliniek kan hieraan een steentje bijdragen door het aanbieden van een snelle zorgbehandeling, aangezien er geen wachtlijsten zijn.

Naast re-integratiebureaus vormt samenwerking met zorgverzekeraars en huisartsen een belangrijk punt voor het werven van cliënten.

Vooraf bij verzekerde zorg speelt zorgbemiddeling, oftewel samenwerking met zorgverzekeraars een grote rol. Vanwege lange wachtlijsten bellen cliënten zelf hun zorgverzekeraar op, om te vragen of zij via zorgbemiddeling ergens sneller terecht kunnen. Hierbij heeft een verzekeraar een cruciale rol als verwijzer en is het voor een privé-kliniek ontstaan vanuit zowel een ziekenhuis alsmede opgericht door medische specialisten belangrijk om te weten op welke basis en vereisten deze verwijzing tot stand komt. Daarnaast treden huisartsen op als verwijzer in het bemiddelingsproces. Maar in tegenstelling tot vroeger neemt de invloed van huisartsen omtrent het behandelingsproces af. Patiënten gaan steeds meer zelf op onderzoek uit. Het internet tijdperk versterkt deze tendens en patiënten beschikken dan ook over veel meer keuzevrijheid.

'Momenteel wordt er allerlei onderzoek gedaan naar of patiënten nog luisteren naar hun dokter. Je komt bij de huisarts en die zegt; ga naar die en die specialist, dat is een goede. Nog ongeveer 60%

van de mensen doet wat de dokter zegt, maar je hebt wel steeds meer mensen die zelf op onderzoek uit gaan. En die bellen zelf naar de kliniek van; ik heb dit en dit, ik wil een orthopeed zien, wanneer kan ik bij u terecht. Die hebben dus ook geen zorgbemiddeling meer nodig.'

Aangezien het initiatief tot oprichting van een ZBC door twee ziekenhuizen nog in ontwikkeling is, zijn partijen die in aanmerking komen om cliënten te werven nog niet uitgekristalliseerd.

4.2.5 Concurrentie

Zowel privé-klinieken opgericht door medische specialisten als vanuit één of meerdere ziekenhuisdirecties zien ziekenhuizen niet als concurrent, maar als een verlengde van de dienstverlening naar cliënten. Maar naast deze complementariteit is er ook sprake van rivaliteit. Hiermee kwam een medische specialist in aanraking toen hij de deuren van zijn tweede privé-kliniek opende. Hij had er namelijk geen rekening mee gehouden dat de ziekenhuizen in de nabije omgeving, terwijl de specialist daar tevens werkzaam was, negatief zouden reageren. Geografische adherenties speelden voor deze ziekenhuizen een cruciale rol en een nieuwe ZBC zou dit ernstig verstoren.

Er bleek geen discussie mogelijk, de medische specialist nam na een twintigtal jaren dienstverband afscheid van het ziekenhuis en koos voor zijn eigen klinieken.

'Ziekenhuizen dachten nog in geografische adherenties. Dus die hebben een lijn getrokken om hun ziekenhuis; dit is ons terrein. En dat is volstrekt uit de tijd. Want het gaat nu om marktwerking en marktwerking houdt geen rekening met geografische grenzen, die houdt rekening met; als ik het goed doe, dan komen de mensen uit alle hoeken en gaten en dat is mijn adherentie.'

De discussie of er daadwerkelijk sprake is van marktwerking wordt hierbij aangehaald. De privé-klinieken opgericht door medische specialisten en één of meerdere ziekenhuisdirecties zijn het erover eens dat het traject naar volledige marktwerking nog in de kinderschoenen staat.

'Politiek had ik wel iets met minister Hoogervorst, die zei: Genoeg gepraat, nu gaan we het doen. We laten allerlei initiatieven ontstaan, de beste komen vanzelf boven drijven. Ik hoop voor Nederland op gezonde concurrentie: Wij zijn er klaar voor!'

Maar volgens sommige mag het deze titel nog niet eens toebedeeld krijgen.

'Je ziet dus ook dat er in Nederland ambitie komt van partijen, van bedrijven, om professioneel de zorg in te gaan en te kijken of daar op langere termijn iets mee te verdienen valt, zoals in het buitenland. Dat is een zekere professionalisering van de markt. De discussie of er daadwerkelijk sprake is van marktwerking wordt hierbij aangehaald. Persoonlijk vind ik niet dat er marktwerking is, maar je ziet wel dat partijen erop anticiperen.'

4.2.6 Toekomstperspectieven

Over het mogelijke toekomstperspectief van ZBC's, lopen de meningen uiteen. Volgens privé-klinieken opgericht door medische specialisten dienen ziekenhuizen en ZBC's in de toekomst gewoon naast elkaar te bestaan. Het ziekenhuis groot, complex en algemeen. Een ZBC klein, eenvoudiger en privé.

'De monitor ZBC's van de Nederlandse Zorgautoriteit wees eind 2006 uit dat zelfstandige klinieken 22% goedkoper zijn dan ziekenhuizen. Ze maken echter maar 1% van de totale zorg uit. Maar we zijn nog niet interessant omdat we nog geen body hebben.

Een zorgverzekeraar beschouwt ons toch als iets erbij. Mijn credo is dat er meer moeten komen.'

Daarentegen zijn privé-klinieken ontstaan vanuit een ziekenhuisdirectie ervan overtuigd dat de toename van ZBC's in de toekomst geen stand zal houden.

'Het toekomstperspectief is niet dat ZBC's als paddenstoelen uit de grond blijven schieten. Wanneer reguliere ziekenhuizen zich tezamen eens boos maken, zullen ZBC's het niet overleven. Een ZBC kan een deel element selecteren en daarmee kleinschaligheid, efficiency en klantvriendelijkheid genereren, maar uiteindelijk zullen ze te weinig volume hebben om te overleven. Het ontbreekt ze uiteindelijk aan geld, middelen, faciliteiten en macht om de concurrentiestrijd van ziekenhuizen te overwinnen.'

Tot slot nog enkele aanbevelingen van ondernemende specialisten in de zorg voor het oprichten van een ZBC.

'Schat de inkomsten niet te hoog in en de kosten niet te laag en vertrouw op je goede karaktereigenschappen. Het is nog steeds een beetje een avant-garde die dit doet, dus je moet rekening houden dat er gevechten moeten worden geleverd met de gevestigde orde.'

'Als ik nu een ZBC zou openen en ik ben orthopeed dan zou ik dat niet zelf doen. Dan zou ik een partner zoeken om dat samen mee te doen. Naast een investeerder heb je gewoon goed management nodig. Elke arts is namelijk geen ondernemer.'

'Ondernemen in de zorg is het bij elkaar brengen van kansen. Je moet anticiperen en weten wat de klant van je vraagt en je moet eerder zijn dan een ander.'

'Het doet er niet toe of je nu een fysiotherapeut bent, een diëtiste, tandarts of specialist: initiatief loont in de gezondheidszorg!'

ZBC's opgericht vanuit één of meerdere ziekenhuisdirecties raden zorgondernemers in spé het volgende aan:

'Wat concreet te doen bij het opzetten van een zelfstandige kliniek? De inhoud verbinden aan bedrijfsvoering. Oftewel je moet de capaciteit en de expertise wel in huis hebben. Maar voor de opzet van een kliniek moet je absoluut rekening houden met serieuze aanlooptijden, voor je daadwerkelijk kunt draaien. En als je draait moet je wederom serieuze aanlooptijden inplannen voor het werven van cliënten.'

'De enige manier om ZBC's te laten slagen is om dokters ook zelf financieel te laten participeren.'

4.3 Conclusies

Concluderend variëren de onderzochte ZBC's van puur diagnostiek - via dagbehandeling - naar langere opnames en zijn alle klinieken overwegend begonnen met 1, 2 à 3 specialismen. Het initiatief tot oprichten van een ZBC ligt

zowel bij individuele medische specialisten als bij één of meerdere ziekenhuisdirecties.

Motieven van medische specialisten om een ZBC op te richten zijn naast financieel een drang naar onafhankelijkheid. Bovendien speelt een directie en een politieke organisatie die niet open staat voor nieuwe ideeën een rol. Een motief voor een ziekenhuis om een ZBC op te richten is dat naast privé-klinieken, ook ziekenhuizen als instituut gaan inspelen op de vragen en wensen van patiënten. Tevens blijkt dat ziekenhuizen door middel van het opzetten van een ZBC ervaring kunnen opdoen in een andere bedrijfsorganisatorische setting. Ook wordt de mogelijkheid gecreëerd om personeel naast in een ziekenhuis, werkzaam te laten zijn in een zelfstandige kliniek. Daarnaast blijkt dat ziekenhuizen geen trek hebben om private zorg zelf aan te bieden. Behalve deze beweegredenen van een ziekenhuis voor het oprichten van een ZBC, spelen ook de factoren bureaucratie, organisatiestructuur en cultuur een belangrijke rol. Ook wanneer het initiatief tot oprichting van een ZBC ligt bij twee ziekenhuisdirecties speelt de drijfveer om meer in te kunnen spelen op de vragen en wensen van patiënten een rol. Bovendien ligt het belangrijkste motief bij het genereren van kwantiteit. Ook kunnen de betrokken partijen door middel van het samenwerkingsverband elkaars "zwakke punten" opheffen en biedt een ZBC opgericht vanuit twee ziekenhuisdirecties, cliënten meer keuzemogelijkheden van zorgbehandeling.

De bovengenoemde beweegredenen voor het oprichten van een ZBC zowel door medische specialisten als door één of meerdere ziekenhuisdirecties komen tot stand doordat privé-klinieken een voorspong hebben op ziekenhuizen wat betreft hun kleine (bedrijfs)omvang, een platte organisatiestructuur en geringe hiërarchische niveaus. Een management dat tegengas geeft ontbreekt en het werken met een klein allround team staat centraal. Tevens worden ZBC's gekenmerkt door het leveren van maatwerk, service, klantvriendelijkheid en geen wachtlijsten. Door het aanbieden van een beperkt aantal

behandelingen zijn artsen binnen hun vakgebied dan ook uitermate gespecialiseerd.

Betreffende samenwerkingsvormen van ZBC's kan gesteld worden dat, indien een privé-kliniek als diagnostisch centrum (onderzoekscentrum) functioneert, deze geheel zelfstandig opereert en zodoende dus ook geen ervaring heeft met samenwerkende partijen. De motieven om een kliniek geheel zelfstandig te laten opereren is gelegen bij de waarborging van het leveren van kwaliteit en een onafhankelijke bedrijfsvoering.

Indien een privé-kliniek opgericht is door medische specialisten en actief is op het gebied van dag- en klinische verpleging is er een aantal vormen van samenwerking te onderscheiden, te weten:

- samenwerking met een ziekenhuis;
- samenwerking met andere ZBC's;
- samenwerking met re-integratiebureaus;
- samenwerking met zorgverzekeraars;
- samenwerking met huisartsen.

Wanneer een privé-kliniek ontstaan is vanuit een ziekenhuisdirectie en tevens actief is op het gebied van dag- en klinische verpleging komen de bovengenoemde vormen van samenwerking overeen, uitgezonderd de samenwerking met andere ZBC's.

De benoemde motieven voor samenwerkingsverbanden zijn gebaseerd op wettelijke restricties en kwaliteits-organisatorische aspecten. Aangezien het initiatief tot oprichting van een ZBC door twee ziekenhuizen nog in de steigers staat kan alleen 'samenwerking met een ziekenhuis' als samenwerkende partij worden aangemerkt.

Zowel privé-klinieken opgericht door medische specialisten als vanuit één of meerdere ziekenhuisdirecties zien ziekenhuizen niet als concurrent, maar als een verlengde van de dienstverlening naar cliënten. Maar naast deze complementariteit is er ook sprake van rivaliteit voor een medische specialist.

Wat betreft marktwerking kan geconcludeerd worden dat privé-klinieken opgericht door medische specialisten en één of meerdere ziekenhuisdirecties het erover eens zijn dat het traject naar volledige marktwerking nog in de kinderschoenen staat, maar volgens sommige mag het deze titel nog niet eens toebedeeld krijgen.

Over het mogelijke toekomstperspectief van ZBC's, zijn de meningen sterk verdeeld. Volgens sommige privé-klinieken opgericht door medische specialisten dienen ziekenhuizen en ZBC's in de toekomst gewoon naast elkaar te bestaan. Daarentegen zijn sommige privé-klinieken opgericht door een ziekenhuisdirectie ervan overtuigd dat de toename van ZBC's in de toekomst geen stand zal houden.

Nadat de resultaten van het kwalitatieve onderzoek zijn besproken kan er een koppeling worden gemaakt tussen de literatuur en het empirisch onderzoek. Dit zal dan ook plaatsvinden in hoofdstuk 5.

5 Analyse

In dit hoofdstuk wordt er een koppeling gemaakt tussen de literatuur (hoofdstuk 3) en de resultaten van het empirisch onderzoek (hoofdstuk 4). Door middel van het theoretisch kader zijn er een aantal vragen gecreëerd voor het empirisch onderzoek. In dit hoofdstuk zal dan ook gekeken worden of de literatuur door middel van de empirische gegevens bevestigd wordt, of juist in strijd met elkaar is. In de eerste paragraaf zullen de voordelen van ZBC's aanbod komen, waarna in de volgende paragraaf de mogelijke vormen van samenwerkingsverbanden onder de loep worden genomen.

5.1 Voordelen van ZBC's ten opzichte van ziekenhuizen

Volgens de literatuur (Gezondheidsplein, 2007) zijn de meest essentiële voordelen van privé-klinieken ten opzichte van reguliere ziekenhuizen kleinschaligheid, het intensieve persoonlijke contact, het werkelijke centraal staan van de cliënt en de realisatie van kortere wachttijden. Tevens hebben de meeste privé-klinieken zich gespecialiseerd in één of twee specialismen, waardoor er op enkele medische deelgebieden veel deskundigheid en ervaring beschikbaar is.

In het geval van de onderzochte cases speelt kleinschaligheid ook een prominente rol. Hierdoor zijn privé-klinieken opgericht door medische specialisten als door één of meerdere ziekenhuisdirecties in staat flexibel en snel te reageren op veranderingen in hun omgeving. Daarnaast is er vaak een platte organisatiestructuur met korte communicatielijnen, zodat miscommunicatie minder vaak voorkomt en het invoeren van veranderingen makkelijker is. Met andere woorden er zijn geringe

hiërarchische niveaus, waardoor er zelden of geen sprake is van bureaucratie. Een management dat tegengas geeft ontbreekt en het werken met een klein allround team staat centraal. Tevens worden ZBC's in de praktijk gekenmerkt door het leveren van maatwerk, service, klantvriendelijkheid en geen wachtlijsten. Door het aanbieden van een beperkt aantal behandelingen zijn artsen binnen hun vakgebied dan ook uitermate gespecialiseerd.

5.2 Vormen van samenwerkingsverbanden

Volgens de literatuur (Dollinger, 2003) is een joint-venture een veelvoorkomende vorm van een samenwerkingsverband. Deze is gecreëerd door twee of meer onafhankelijke organisaties, om samen één economische activiteit te ondernemen. Naast een joint-venture wordt er in de literatuur ook aandacht besteed aan een spin-off. Volgens Bernardt e.a. (2002) wordt onder een spin-off verstaan: een individu dat, of een groep individuen die een moederbedrijf verlaat om een nieuw bedrijf op te zetten, gebaseerd op de kennis en competenties die bij het moederbedrijf zijn opgebouwd. Bij het initiatief tot oprichting van een spin-off kan volgens Braaksma e.a. (2005) een onderscheid worden gemaakt tussen een managerial spin-off, waarbij het initiatief primair ligt bij het management en een entrepreneurial spin-off, waarbij het initiatief voornamelijk ligt bij een medewerker of een groep medewerkers.

Uit de resultaten van het empirisch onderzoek komt naar voren dat het initiatief tot oprichten van een ZBC ligt bij zowel individuele medische specialisten, als bij één of meerdere ziekenhuisdirecties. In het geval van individuele medische specialisten betreft het vaak artsen met ondernemersbloed die in ziekenhuizen tegen "gesloten deuren" aanliepen en zodoende besluiten om voor zichzelf te beginnen. Dit kan vanuit de literatuur gezien aangemerkt

worden als een entrepreneurial spin-off, omdat een groep individuen, in dit geval medische specialisten een moederbedrijf verlaat om een nieuw bedrijf op te zetten, gebaseerd op de kennis en competenties die bij het moederbedrijf zijn opgebouwd. Indien het initiatief voor oprichting van een ZBC ligt bij een ziekenhuisdirectie kan deze getypeerd worden als een managerial spin-off.

In het geval tot oprichting van een ZBC door twee ziekenhuisdirecties kan gesteld worden dat dit een spin-off creatie is bestaande uit een twee-ouder component, welke onder de noemer van een joint-venture valt.

Dit vanwege het feit, dat het een samenwerkingsverband betreft tussen twee partijen, in dit geval twee ziekenhuizen, om samen één bedrijfseconomische activiteit te ondernemen. Indien er sprake is van een oprichting van een ZBC door twee ziekenhuisdirecties kan dit ook betrekking hebben op internationaal perspectief.

In bijlage 7 'Internationale joint-venture' zal aandacht worden besteed aan de oprichting van een ZBC met een Nederlands en een Duits ziekenhuis.

5.2.1. Beweegredenen voor het oprichten van een joint-venture oftewel twee-ouder spin-off

Volgens Dollinger (2003) zijn ondernemingen gemotiveerd om deel te nemen aan een joint-venture vanwege een drietal redenen:

1. het versterkt de strategische positie en concurrentiekracht;
2. het verhoogt de interne mogelijkheden en geeft bescherming aan bestaande resources (door middel van bijvoorbeeld risicodelende overeenkomsten);
3. het ontwikkelt een lange termijn strategie.

Maar naast de motieven van Dollinger (2003) spelen volgens het Cultuurnetwerk (2008) de volgende beweegredenen voor het oprichten van een joint-venture een rol:

- de samenwerkende partijen lopen minder risico, omdat ze hun zelfstandige positie behouden;

- Het is mogelijk gezamenlijke diensten en producten te ontwikkelen die elke afzonderlijke partner niet kan realiseren door gebrek aan middelen, kennis of mankracht.

Behalve deze voordelen zijn er volgens het Cultuurnetwerk (2008) ook mogelijke nadelen van een joint-venture te benoemen:

- wegens de complexiteit kost deze vorm van samenwerking veel tijd en overleg;
- er kunnen zeggenschapsproblemen ontstaan als gevolg van machtsverschillen.

Uit de empirie komt naar voren dat wanneer het initiatief tot oprichting van een ZBC ligt bij twee ziekenhuisdirecties de drijfveer om meer in te kunnen spelen op de vragen en wensen van patiënten een rol speelt. Bovendien ligt het belangrijkste motief bij het genereren van kwantiteit. Ook kunnen de betrokken partijen door middel van het samenwerkingsverband elkaars "zwakke punten" opheffen respectievelijk complementeren en biedt een ZBC opgericht vanuit twee ziekenhuisdirecties, cliënten meer keuzemogelijkheden van zorgbehandeling. De empirische motieven bevestigen dus de beweegredenen van het Cultuurnetwerk (2008). Omdat het initiatief tot oprichting van een ZBC door twee ziekenhuisdirecties momenteel nog in ontwikkeling is zijn de precieze 'winsten van een joint-venture oftewel twee-ouder spin-off' nog niet volledig uitgekristalliseerd. Verwacht wordt dat naast het gebruik van een achterwachtconstructie er mogelijk voordeel kan worden behaald door het delen van marketingactiviteiten, het creëren van inkoopvoordelen en het uitwisselen van een personeel en OK-ruimte. Op deze manier verhoogt het samenwerkingsverband dus de interne mogelijkheden voor de twee ziekenhuizen. Daarnaast wordt door middel van een joint venture oftewel twee-ouder spin-off, de strategische positie en concurrentiekracht van de betrokken partijen versterkt, aangezien de slagkracht van de betrokken ziekenhuizen worden vergroot en de continuïteit wordt versterkt. Tevens brengt het samenwerkingsverband een lange termijn strategie teweeg, aangezien de start van een privé-kliniek de tijd en ruimte

moet krijgen om zichzelf te ontwikkelen en te bewijzen. De motieven van Dollinger (2003) om deel te nemen aan een joint-venture worden dus door de empirie bevestigd. De mogelijke nadelen van een joint-venture worden vanuit de empirie daarentegen niet ondersteund met de literatuur. Uit de praktijk blijkt namelijk dat een joint-venture een hele andere manier van bedrijfsvoering vereist, waarbij organisatie-, cultuurverschillen en het inleveren van autonomie een belangrijke rol spelen.

Volgens Nooteboom (1999) fungeert bij een samenwerkingsverband de mate van integratie als een soort graadmeter van hoeveel impact deze voor alle betrokken partijen heeft. De term integratie bestaat volgens Nooteboom (1999) uit een tweetal aspecten te weten, financiële en organisatorische integratie. Uit de praktijk blijkt dat indien het initiatief tot oprichting van een ZBC ligt bij twee ziekenhuisdirecties er bij financiële integratie het voornemen is om de financiële inbreng gelijkwaardig te verdelen over de twee ziekenhuizen. Hierbij wordt de mogelijkheid om artsen financieel te laten participeren in ogenschouw genomen. Rondom het aspect organisatorische integratie bestaat nog geen eenduidige aanpak en/of werkwijze, aangezien het initiatief van oprichting van een ZBC door twee ziekenhuisdirecties momenteel in ontwikkeling is.

5.2.2 Beweegredenen voor het oprichten van een spin-off

Volgens Quinn (1992) liggen de motieven van het moederbedrijf voor het oprichten van een spin-off in het feit dat door middel van het strategisch uitbesteden van specifieke activiteiten er een grotere flexibiliteit en meer focus op haar kernactiviteiten kan worden geleverd. Doordat bepaalde activiteiten worden uitbesteed, wordt de organisatie platter met als positieve gevolgen, het terugdringen van bureaucratie en een snellere reactie op de markt. Volgens de Nederlandse Zorgautoriteit (2007) zijn er een viertal beweegredenen voor ziekenhuizen om een ZBC op te richten te weten: Voor ziekenhuizen gelden in het A-segment een budget. Indien de DBC-tarieven voor een bepaalde behandeling hoger liggen dan de

budgetvergoeding, bestaat voor ziekenhuizen een prikkel om hiervoor een ZBC op te zetten. Ten tweede worden voor ZBC's in het A-segment maximumtarieven en voor ziekenhuizen vaste tarieven gehanteerd. Ten derde door middel van een ZBC voorkomen dat specialisten van een ziekenhuis in een andere ZBC gaan werken. Ten slotte wordt door middel van het opzetten van een ZBC door een ziekenhuis de mogelijkheid om een lager tarief te declareren voor een onderdeel van een DBC bewerkstelligt. Een ZBC mag namelijk één lager tarief in rekening brengen.

Uit de resultaten van het empirisch onderzoek blijkt dat motieven voor ziekenhuizen om een ZBC op te richten meer in het teken staan van bedrijfsorganisatorische aspecten overeenkomstig met Quinn (1992), en niet zozeer zijn oorsprong vinden in financiële beweegredenen berustend op de Nederlandse Zorgautoriteit (2007). Uitgezonderd de reden dat door middel van een ZBC voorkomen wordt dat specialisten van een ziekenhuis in een andere ZBC gaan werken, deze komt namelijk overeen met de praktijk en de Nederlandse Zorgautoriteit (2007). De rest van de motieven sluiten aan bij de gedachtegang van Quinn (1992) waarbij de nadruk ligt op de tendens dat naast privé-klinieken, ook ziekenhuizen als instituut gaan inspelen op de vragen en wensen van patiënten. Tevens blijkt dat ziekenhuizen door middel van het opzetten van een ZBC ervaring kunnen opdoen in een andere bedrijfsorganisatorische setting en ziekenhuizen geen trek hebben om private zorg zelf aan te bieden. Behalve deze beweegredenen van een ziekenhuis voor het oprichten van een spin-off creatie, spelen ook de factoren bureaucratie, organisatiestructuur en cultuur in de praktijk een belangrijke rol.

Naast het oprichten van een ZBC door een ziekenhuisdirectie (managerial spin-off) ligt het initiatief voor een spin-off ook bij individuele medische specialisten (entrepreneurial spin-off). Diverse auteurs zijn van mening dat persoonlijkheid een belangrijke katalysator is voor ondernemerschap. Volgens Brandstätter (1997) beschikken

ondernemers over de volgende eigenschappen: grotere drang naar onafhankelijkheid, hogere emotionele stabiliteit, meer extravert en openstaan voor nieuwe ideeën en ervaringen. Uit diverse studies blijkt eveneens dat risico nemen een relevante pull factor is.

Tevens speelt het motief om hoge financiële beloningen te verkrijgen middels een vermogensdeelname in een onderneming mee, als belangrijke factor voor het opstarten van nieuwe bedrijvigheid. Daarnaast blijkt uit de literatuur (Elfring e.a., 2000) dat in sommige gevallen het starten van een bedrijf niet iets is dat geheel vrijwillig wordt ondernomen, maar waartoe men haast gedwongen wordt om economisch succesvol te zijn.

Zo zal een stabiele werkomgeving minder bedrijvigheid produceren dan een werkomgeving die enigszins instabiel is. Een slechte verhouding met een werkgever of het feit dat een topmanagement niet open staat voor ideeën, kan ertoe leiden dat een persoon (of een groep personen) besluit om een eigen bedrijf op te richten.

Gekeken naar de resultaten van het empirisch onderzoek blijkt dat de motieven van medische specialisten om een ZBC op te richten naast financieel een drang naar onafhankelijkheid zijn. Tevens speelt een directie en een politieke organisatie die niet open staat voor nieuwe ideeën een rol. Hierbij kan gesteld worden dat de literatuur door middel van de empirische resultaten wordt bevestigd.

5.2.3 Steun van het moederbedrijf bij een spin-off

Steun van het moederbedrijf aan een spin-off staat volgens Pfeffer e.a. (1978) in het teken van de resource-dependencetheorie. Deze theorie is gericht op de onderlinge relatie van actoren en stelt dat een organisatie zal overleven, indien zij in staat is om voldoende resources te verwerven en deze ook te behouden. Bij resources kan gedacht worden aan het delen van opdrachten, het beschikbaar stellen van faciliteiten, de overdracht van kennis en advies en het verschaffen van financiële middelen.

Gezien de resultaten vanuit het empirisch onderzoek blijkt inderdaad dat steun van het moederbedrijf overeenkomt met de uitwisseling van resources beschreven in de literatuur. Zo komt in de onderzochte cases naar voren dat entrepreneurial spin-offs die actief zijn op het gebied van dag- en klinische verpleging ondanks dat dit tegenwoordig officieel niet meer verplicht is beschikken over een achterwacht afspraak met diverse ziekenhuizen in de nabije omgeving. Overwegend zijn dit samenwerkingsverbanden met ziekenhuizen, waar specialisten naast de kliniek tevens werkzaam zijn. Bij klinieken gericht op een managerial spin-off wordt deze achterwacht afspraak vanzelfsprekend vervuld door het moederbedrijf. Maar naast alleen een achterwachtconstructie verleent het moederbedrijf ook steun door middel van het genereren van inkoopvoordelen. Door het gezamenlijk inkopen van goederen en diensten kunnen er namelijk prijsvoordelen en snellere levertijden bedongen worden. Bovendien staat de steun van het moederbedrijf in het teken van het uitwisselen van personeel en OK-ruimte. Aangaande het verschaffen van financiële middelen blijkt dat bij een managerial spin-off het moederbedrijf de financiële inbreng geheel voor zijn rekening neemt. Bij entrepreneurial spin-offs is er sprake van particuliere inbreng en speelt het moederbedrijf op het gebied van financiële steun geen rol.

Volgens Elfring e.a., (2000) bestaan er voor een spin-off twee mogelijkheden wat betreft de bemachtiging van resources. Zij kan deze ofwel verwerven via het moederbedrijf, of zij zal deze middelen extern moeten aantrekken (een combinatie van beide is ook mogelijk).

Kijkend naar de resultaten van het empirisch onderzoek blijkt inderdaad dat entrepreneurial spin-offs naast een samenwerkingsverband met het moederbedrijf ook over samenwerking beschikken met andere ZBC's. Waar een managerial spin-off een beroep doet op de bestaande ziekenhuisfaciliteiten -aangezien door productiesamenwerking lagere kosten per onderzoek kunnen worden bewerkstelligd- dienen entrepreneurial spin-offs middelen zoals ECG uitslagen, röntgenfoto's en MRI-scans te bemachtigen door niet alleen het

moederbedrijf, maar ook door andere privé-klinieken. Naast het uitwisselen van middelen tussen entrepreneurial spin-offs vinden er ook samenwerkingsverbanden plaats door het delen van kennis en personeel. Daarnaast zijn er externe partijen die zowel voor een entrepreneurial spin-off als een managerial spin-off in aanmerking komen om cliënten te werven, zoals re-integratiebureaus, zorgverzekeraars en huisartsen.

5.2.4 Toezicht van het moederbedrijf bij een spin-off

Het toezicht van het moederbedrijf bij een spin-off is volgens Douma e.a. (1992) gericht op de agency-theorie. Deze theorie analyseert vooral de relaties tussen het moederbedrijf en de spin-off.

Vanuit deze theorie wordt gekeken naar de hiërarchische relatie die ontstaat tussen het moederbedrijf, die het gezag uitoefent en de beslissingen neemt en de spin-off die in zijn uitvoerende taak weliswaar geen machtsmiddelen heeft, maar wel een informatievoorsprong op het moederbedrijf heeft.

Uit de empirie blijkt dat managerial spin-offs over een eigen management team en een eigen directiebestuur beschikken. Op gezette momenten vindt er tussen het Raad van Bestuur van het moederbedrijf en het bestuur van de ZBC functioneel en bestuurlijk contact plaats. Hoewel dus uit de literatuur naar voren komt dat het moederbedrijf het gezag uitoefent en de beslissingen neemt, blijkt in de praktijk dat ondanks dat managerial spin-offs integraal toebehoren aan het moederbedrijf geheel zelfstandig functioneren op organisatorisch en operationeel gebied.

Entrepreneurial spin-offs zijn naast een stichting vaak georganiseerd als Besloten Vennootschap (BV). De organisatievorm BV fungeert vaak onder de vleugels van een holdingmaatschappij, met de daarbij horende aandeelhouders. Betreffende organisatorische integratie kan vermeld worden dat de directie en het management team verantwoording dienen af te leggen aan de aandeelhouders, oftewel de holdingmaatschappij,

aangezien zij tenslotte de officiële eigenaren van de kliniek zijn. Hierbij speelt toezicht van het moederbedrijf op de entrepreneurial spin-off dus geen rol.

Elfring e.a. (2000) hebben zich verdiept in de ontwikkelde relatie tussen een spin-off en het moederbedrijf. De vraag die hierbij centraal staat luidt: gaat een spin-off samenwerken of juist concurreren met zijn vroegere werkgever?

Elfring e.a. (2000) maken in dit verband onderscheid tussen een virtuous spin-off, dit is een opsplitsing die gunstig is voor het moederbedrijf

en een vicious spin-off, met vooral een negatief effect als gevolg van directe concurrentie. In het geval van een virtuous spin-off zijn de nieuwe bedrijfsactiviteiten complementair aan de kernactiviteiten van de moederonderneming, en/of maken zij deel uit van de waardeketen van het oorspronkelijke bedrijf. Bij een vicious spin-off richten zowel het moederbedrijf als de nieuwe onderneming zich op dezelfde productmarkt combinaties en wordt hun nieuwe onderlinge relatie gekenmerkt door rivaliteit.

Blijkend uit de resultaten van het empirisch onderzoek ziet het merendeel van de spin-off creaties zowel opgericht door medische specialisten als vanuit een ziekenhuisdirectie het moederbedrijf niet als concurrent, maar als een verlengde van de dienstverlening naar cliënten. Zij vallen dan ook onder de noemer virtuous spin-off omdat de nieuwe bedrijfsactiviteiten complementair zijn aan de kernactiviteiten van de moederonderneming, waardoor zij deel uit maken van de waardeketen van het oorspronkelijke bedrijf. Maar naast deze complementariteit kwam een medische specialist bij zijn ZBC oprichting ook in aanraking met rivaliteit. Deze gebeurtenis kan benoemd worden als een vicious spin-off, aangezien de onderlinge relatie van het moederbedrijf gekenmerkt wordt door rivaliteit.

6 Conclusie en beschouwing

De vraag die centraal staat tijdens dit onderzoek luidt: *‘Op welke manieren kan een samenwerkingsverband van een privé-kliniek orthopedie met het UMCG vorm gegeven worden?’*

Het antwoord op de vraagstelling is ontleend aan de hand van het theoretische kader en kwalitatief onderzoek. Hieronder zullen achtereenvolgens de belangrijkste conclusies geformuleerd worden, gevolgd door aanbevelingen en een beschouwing.

6.1 Conclusie

Geconcludeerd kan worden dat privé-klinieken te onderscheiden zijn door de oorsprong van oprichting. Hierbij kan een drietal typen ZBC's worden benoemd:

1. één of meerdere individuele medische specialist(en) richt(en) een ZBC op;
2. één ziekenhuis richt een ZBC op;
3. twee ziekenhuizen richten een ZBC op.

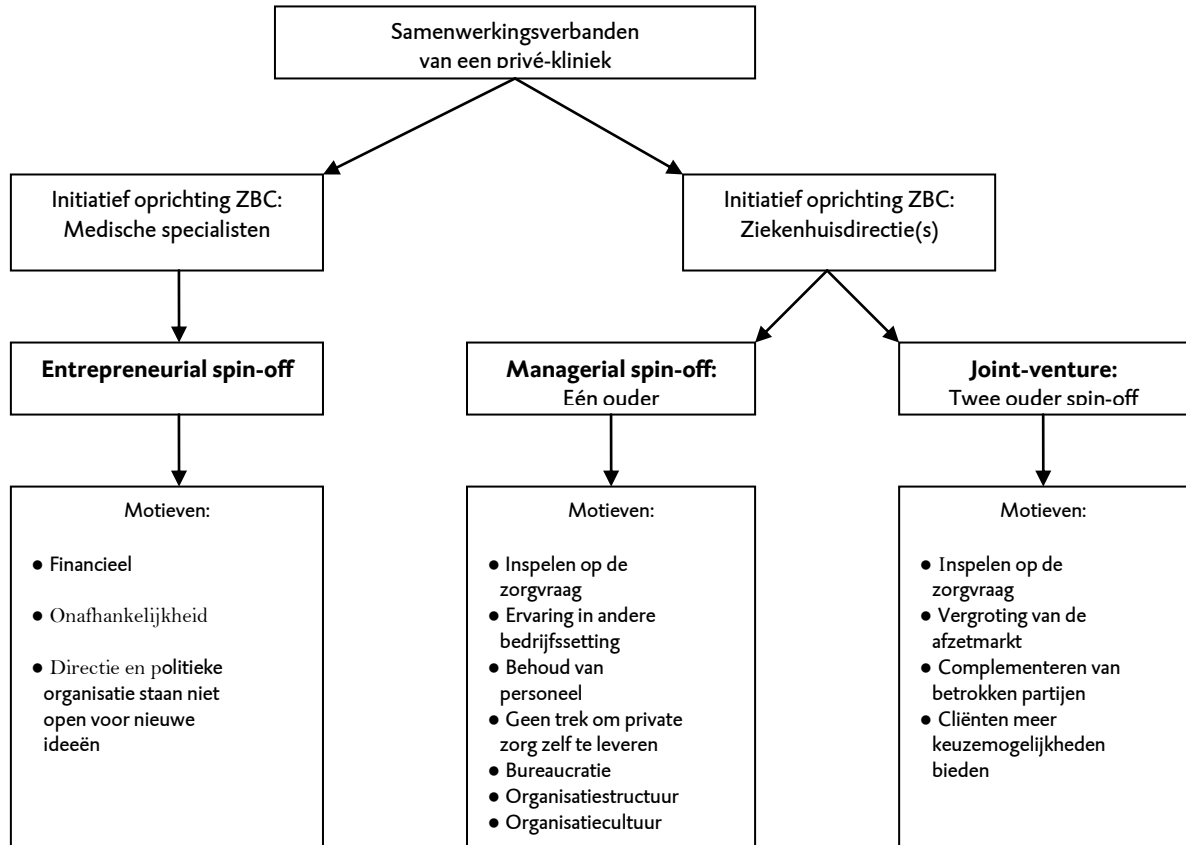
Uit het empirisch onderzoek komt naar voren dat in het geval van oprichting van een ZBC door individuele medische specialisten het dikwijls artsen betreft met ondernemersbloed die in ziekenhuizen tegen "gesloten deuren" aanliepen en zodoende besluiten om voor zichzelf te beginnen. Dit kan vanuit de literatuur aangemerkt worden als een entrepreneurial spin-off. Indien het initiatief voor oprichting van een ZBC ligt bij een ziekenhuisdirectie kan deze getypeerd worden als een managerial spin-off. In het geval tot oprichting van een ZBC door twee ziekenhuisdirecties kan geconcludeerd worden dat dit een spin-off creatie is bestaande uit een twee-ouder component, welke onder de noemer van een joint-venture valt.

Aan het oprichten van een joint-venture oftewel een twee-ouder spin-off liggen een aantal motieven ten grondslag. Slechts één aspect vormt de belangrijkste drijfveer en dit is dat door een joint-venture een vergroting van de afzetmarkt wordt gecreëerd.

Naast het gebruik maken van schaalvoordelen en het completeren van betrokken partijen speelt het motief van cliënten meer keuzemogelijkheden kunnen bieden een rol.

Refererend naar de motieven van medische specialisten om een ZBC op te richten zijn naast financieel een drang naar onafhankelijkheid. Bovendien speelt een directie en een politieke organisatie die niet open staat voor nieuwe ideeën een rol. Bij motieven voor ZBC's ontstaan vanuit een ziekenhuisdirectie blijkt dat deze meer in het teken staan van bedrijfsorganisatorische aspecten en niet zozeer zijn oorsprong vinden in financiële beweegredenen. Een motief voor een ziekenhuis om een ZBC op te richten is dat naast privé-klinieken, ook ziekenhuizen als instituut gaan inspelen op de vragen en wensen van patiënten. Tevens blijkt dat ziekenhuizen door middel van het opzetten van een ZBC ervaring kunnen opdoen in een andere bedrijfsorganisatorische setting. Ook wordt de mogelijkheid gecreëerd om personeel naast in een ziekenhuis, werkzaam te laten zijn in een zelfstandige kliniek. Daarnaast blijkt dat ziekenhuizen geen trek hebben om private zorg zelf aan te bieden. Behalve deze beweegredenen van een ziekenhuis voor het oprichten van een ZBC, spelen ook de factoren bureaucratie, organisatiestructuur en cultuur een belangrijke rol. Voor een schematisch overzicht heb ik figuur 6.1. opgesteld.

Figuur 6.1. Schematisch overzicht van samenwerkingsverbanden voor privé-klinieken



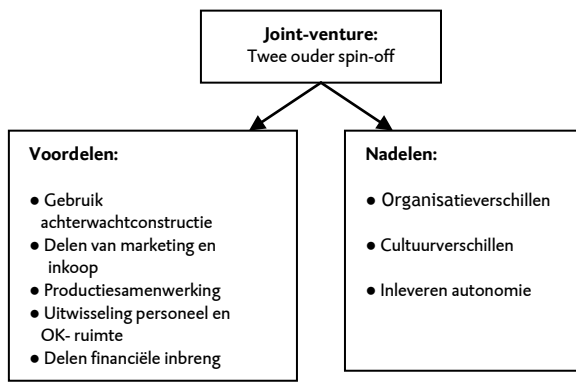
6.1.1 Joint-venture oftewel twee-ouder spin-off

Omdat het initiatief tot oprichting van een ZBC door twee ziekenhuisdirecties nog in ontwikkeling is zijn de precieze 'winsten van een joint-venture, oftewel twee-ouder spin-off' nog niet volledig uitgekristalliseerd.

Men verwacht dat naast het gebruik van een achterwachtconstructie er mogelijk voordeel te behalen is door het delen van marketingactiviteiten, het creëren van inkoopvoordelen en het uitwisselen van personeel en OK-ruimte.

Gezien financiële integratie bestaat het voornemen om de inbreng gelijkwaardig te verdelen over de twee ziekenhuizen. Hierbij overweegt men de mogelijkheid om artsen financieel te laten participeren. Rondom het aspect organisatorische integratie bestaat nog geen eenduidige aanpak en/of werkwijze. Tevens brengt het samenwerkingsverband een lange termijn strategie teweeg en vereist het een andere manier van bedrijfsvoering. Hierbij spelen organisatie- en cultuurverschillen en het inleveren van autonomie een belangrijke rol. Zie figuur 6.2 voor een schematisch overzicht.

Figuur 6.2. De voor- en nadelen van een joint-venture oftewel twee-ouder spin-off



6.1.2 Entrepreneurial spin-off

Kijkend naar een entrepreneurial spin-off blijkt dat steun van het moederbedrijf in het teken staat van het verlenen van een achterwachtconstructie. Overwegend zijn dit samenwerkingsverbanden met ziekenhuizen, waar specialisten naast de kliniek tevens werkzaam. Aangaande het verschaffen van financiële middelen blijkt steun van het moederbedrijf geen rol te spelen.

Bovendien blijkt dat entrepreneurial spin-offs naast een samenwerkingsverband met het moederbedrijf ook over productiesamenwerking beschikken met andere ZBC's.

Evenals het uitwisselen van middelen tussen ZBC's opgericht door medische specialisten vinden er ook samenwerkingsverbanden plaats door het delen van kennis en personeel. Daarnaast zijn re-integratiebureaus, zorgverzekeraars en huisartsen partijen, die voor een entrepreneurial spin-off in aanmerking komen om cliënten te werven. Omtrent het toezicht van het moederbedrijf kan gesteld worden dat deze nagenoeg geen rol krijgt toebedeeld.

Blijkend uit de resultaten van het empirisch onderzoek vallen spin-off creaties opgericht door medische specialisten onder de noemer virtuous spin-off. Maar naast deze complementariteit kwam een medische specialist bij zijn ZBC oprichting ook in aanraking met rivaliteit. Deze gebeurtenis kan benoemd worden als een vicious spin-off.

6.1.3 Managerial spin-off

Kijkend naar een managerial spin-off blijkt dat steun van het moederbedrijf in de vorm van een achterwachtconstructie vanzelfsprekend wordt vervuld. Maar naast alleen een achterwachtconstructie verleent het moederbedrijf ook steun door middel van het genereren van inkoopvoordelen en het uitwisselen van personeel en OK-ruimte. Aanvullend biedt het moederbedrijf ook ondersteuning op het gebied van productiesamenwerking. Uitgezonderd op het gebied

van cliëntenwerving maakt een managerial spin-off gebruik van externe partijen, zoals re-integratiebureaus, zorgverzekeraars en huisartsen.

Aangaande het verschaffen van financiële middelen blijkt dat bij een managerial spin-off het moederbedrijf de financiële inbreng geheel voor zijn rekening neemt. Refererend naar het toezicht van het moederbedrijf bij een managerial spin-off blijkt dat, hoewel uit de literatuur naar voren komt dat het moederbedrijf het gezag uitoefent en de beslissingen neemt, het in de praktijk ondanks dat de managerial spin-offs integraal toebehoren aan het moederbedrijf, deze geheel zelfstandig functioneren op organisatorisch en operationeel gebied.

Uit het empirisch onderzoek blijkt verder dat het merendeel van de spin-off creaties opgericht vanuit een ziekenhuisdirectie vallen onder de noemer virtuous spin-off. Al het bovenstaande in ogenschouw nemend, heb ik een samenvattend overzicht opgesteld, zie figuur 6.3.

6.2 Aanbevelingen

Naar aanleiding van de bovenstaande conclusies zijn er een aantal aanbevelingen te benoemen voor het UMCG wat betreft de vraag: *‘Op welke manieren kan een samenwerkingsverband van een privé-kliniek orthopedie met het UMCG vorm gegeven worden?’*

Uit onderzoek blijkt dat een mogelijk samenwerkingsverband van een privé-kliniek orthopedie met het UMCG rekening dient te houden met een drietal opties, te weten:

1. Eén of meerdere individuele medische specialist(en) van de afdeling orthopedie van het UMCG richt(en) een ZBC op;
 - ◇ Samenwerkingsverband staat in het teken van een **entrepreneurial spin-off**
2. De afdeling orthopedie van het UMCG richt zelf een ZBC op;

◇ Samenwerkingsverband staat in het teken van een **managerial spin-off**

3. De afdeling orthopedie van het UMCG en een ander (regionaal of internationaal) ziekenhuis richten een ZBC op;

◇ Samenwerkingsverband staat in het teken van een **joint-venture (twee-ouder spin-off)**

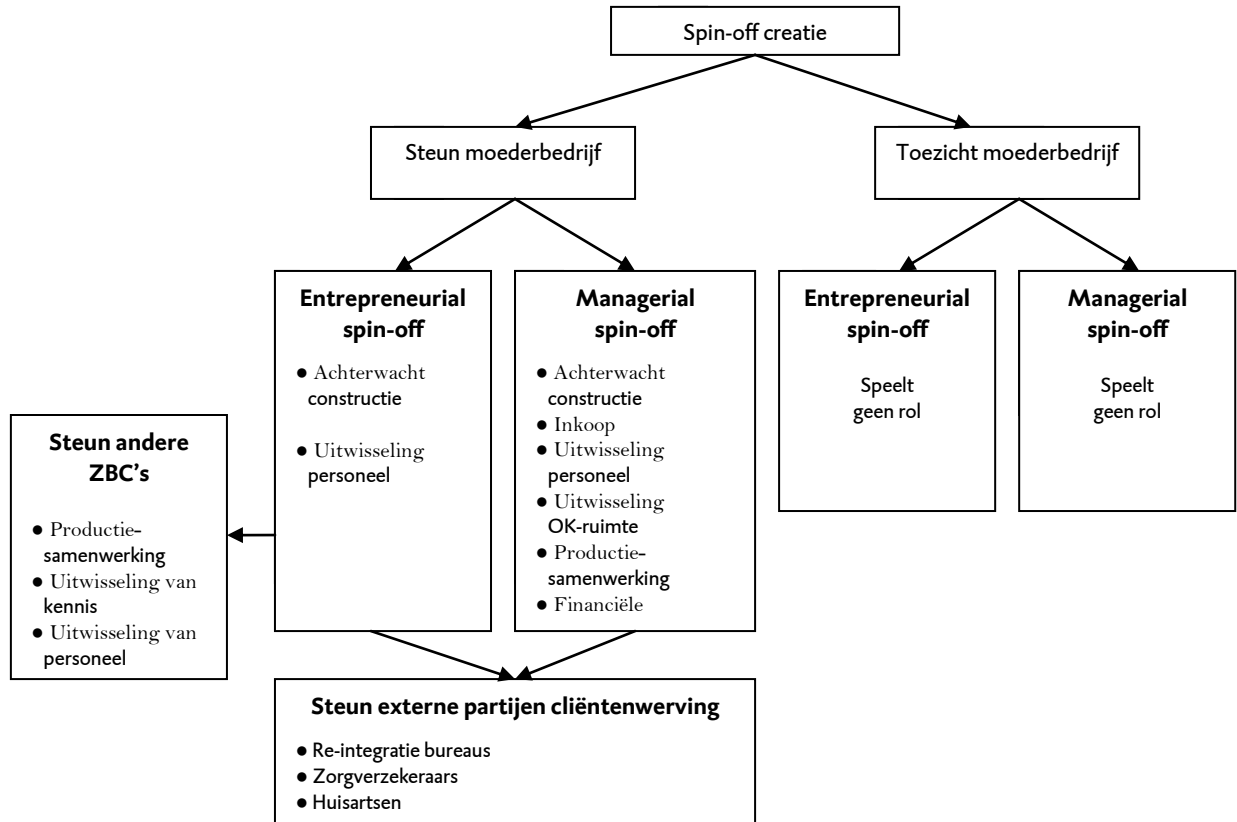
Ad 1. Dat partijen in de zorg sterk in beweging zijn en de markt herverdelen is een feit. Mijns inziens spelen ondernemende specialisten een cruciale rol voor de afdeling orthopedie van het UMCG op de sterk ontwikkelende zorgmarkt. Het gegeven dat individuele medische specialisten van de afdeling orthopedie zelf een ZBC op gaan richten is dan ook een negatieve ontwikkeling voor het UMCG. Hierdoor vindt er onder andere een verlies van kennis, ervaring en kwalitatief goede arbeidskrachten plaats. Voor de afdeling orthopedie van het UMCG geldt dan ook de vraag, hoe de initiatieven voor een ZBC gecombineerd kunnen worden met de organisatie en belangen van een Universitair Medisch Centrum. Oftewel: ‘Hoe kan er een ‘win-win situatie’ gecreëerd worden voor zowel de afdeling orthopedie van het UMCG als ondernemende medisch specialist(en)?’

Om deze ‘win-win situatie’ te kunnen realiseren is het van belang om te kijken naar de motieven voor oprichting van ZBC’s. Gegeven het onderzoek kwam naar voren dat ZBC-plannen van medische specialisten voortkomen uit een drietal motieven:

1. financieel, oftewel het verhogen van de netto inkomsten;
2. drang naar onafhankelijkheid;
3. directie en politieke organisatie staan niet open voor nieuwe ideeën.

Prof. Dr S.K. Bulstra heeft als belangrijkste aanvulling op bovengenoemde motieven dat door middel van een privé-kliniek orthopedie de academische, orthopedische zorg in het UMCG kan plaatsvinden en de gewone (minder complexe) orthopedische zorg kan worden uitbesteed in een ZBC. Hierdoor vindt er een verschuiving plaats van

Figuur 6.3. Samenvattend overzicht van kenmerken van het moederbedrijf bij een spin-off



zorg, om zo de verdien capaciteit van het UMCG te vergroten.

Gezien het visie document van het UMCG (2007-2011) (voor een korte samenvatting van het visie document, zie bijlage 7 'Samenvatting visiedocument UMCG') lijken bovengenoemde motieven van medische specialisten uitstekend aan te sluiten bij de strategieën die het UMCG zelf aan het ontwikkelen is met het oog op de zich ontwikkelende zorgmarkt. Ook het UMCG krijgt naast marktwerking namelijk te maken met een krapte op de arbeidsmarkt vooral voor hoger opgeleiden. Uit het verleden is gebleken dat bij een aantrekkelijke economie, medewerkers uit het UMCG naar het bedrijfsleven en de algemene ziekenhuizen worden gezogen. In combinatie met de vergrijzing onder zorgpersoneel en de toenemende vraag naar zorg, realiseert het UMCG zich maar al te goed dat alle zeilen bij moeten worden gezet om competente medewerkers en in het bijzonder medische specialisten in huis te halen en te houden. Kijkend naar de afdeling orthopedie blijkt dat volgens het TNS NIPO (2007) een lage dichtheid van orthopeden is in de noordelijke provincies van Nederland. Waar het landelijk cijfer van orthopeden ligt op 2.5 per 100.000 inwoners, geldt in de drie noordelijke provincies het getal 1.9. Terwijl in de Randstad de dichtheid van orthopeden ligt bij 3.0 per 100.000 inwoners. Dit relatieve hoge getal van orthopeden dichtheid zorgt in de Randstad voor hoge onderlinge concurrentie en daarmee een indroging van de wachtlijstproblematiek van orthopedie. Daarentegen krijgen wachtlijsten door middel van een relatief lage dichtheid van orthopeden in de noordelijke provincies een grotere rol toebedeeld. Kortom de krapte op de arbeidsmarkt houdt het UMCG sterk in de greep.

Door middel van het opzetten van een ZBC door de afdeling orthopedie van het UMCG kunnen medische specialisten die graag in een ZBC zouden willen werken in de kliniek van het UMCG terecht. Zo wordt voorkomen dat specialisten van het UMCG het ziekenhuis verruilen voor een andere privé-kliniek of de keuze maken om zelf een kliniek op te richten. Een ziekenhuis zoals het UMCG heeft

er alle belang bij om proactief te anticiperen op de behoeften van haar ondernemingsgezinde medische specialisten. Door middel van een juiste vertaling en vormgeving kunnen initiatieven voor ZBC's positief uitpakken voor zowel medische specialisten en het UMCG en zodoende een versterking van beide partijen bewerkstelligen in plaats van een fragmentatie.

Ad 2. Daarbij biedt de liberaliserende zorgmarkt niet alleen extra mogelijkheden voor medische specialisten, maar ook voor het UMCG. Uit de case van een managerial spin-off blijkt dat er zich verscheidene voordelen voordoen indien de afdeling orthopedie van het UMCG ervoor kiest om een deel van de zorg onder te brengen in een ZBC. Zo zal de afdeling orthopedie van het UMCG door oprichting van een ZBC flexibeler en sneller in kunnen gaan spelen op externe veranderingen in de omgeving. Kleinschaligheid en een platte organisatiestructuur met korte communicatielijnen komen miscommunicatie en het invoeren van veranderingen namelijk ten goede. Dit in tegenstelling tot het UMCG die door zijn grote omvang juist een starre reactie op externe veranderingen teweegbrengt en welke berucht is als politieke organisatie, waarin hiërarchie, bureaucratie en een politieke bedrijfscultuur een grote rol krijgen toebedeeld. Tevens kan de afdeling orthopedie van het UMCG door middel van het opzetten van een ZBC ervaring opdoen in een andere bedrijfsorganisatorische setting.

Terugkomend op het visiedocument van het UMCG blijkt eveneens dat een belangrijk doel gericht is op: 'Het leveren van goede, veilige en patiëntvriendelijke zorg van voorbeeldige kwaliteit. Rond die zorg staat de best denkbare service en gastvrijheid centraal'. Dit doel kan bekrachtigd worden door het oprichten van een ZBC, omdat ZBC's gekenmerkt worden door het werkelijke centraal staan van de cliënt, het intensieve persoonlijke contact en de realisatie van korte wachttijden. Bovendien brengt een gerichte specialisatie, veel deskundigheid, ervaring en een hoge kwaliteit teweeg.

Zoals in paragraaf 2.4. Wet Toelating Zorginstellingen eerder is vermeld dienen ZBC's volgens de regels van het WTZI onafhankelijke juridische en economische entiteiten te zijn. Met deze beperking in het achterhoofd, zijn er verschillende mogelijkheden voor de afdeling orthopedie van het UMCG en een ZBC om op bestuurlijk niveau met elkaar samen te werken. Als de afdeling orthopedie van het UMCG vergaand in een ZBC wil participeren, kan dat vooralsnog alleen in de personele sfeer: het bestuur en medische specialisten van het UMCG en een ZBC kunnen dezelfde personen zijn. Belangrijk is dat er sprake is van een gescheiden bedrijfsvoering en aparte contracten met de onderscheiden juridische entiteiten. Ook de geldstromen moeten afzonderlijk geregeld zijn. Bij het bestuurlijk verbinden van twee organisaties kan een personele unie een goed alternatief zijn. Door beide Raden van Toezicht en Raden van Bestuur dezelfde samenstelling te geven is feitelijk sprake van eenheid van bestuur. Hierdoor blijven beide rechtspersonen in tact en medewerkers houden formeel dezelfde werkgever. Vervolgens kunnen met zorgverzekeraars en overheden afspraken gemaakt worden over de regie ten aanzien van budgetten, erkenningen en dergelijke.

Een belangrijk gegeven indien de afdeling orthopedie van het UMCG ervoor kiest om een deel van de zorg onder te brengen in een ZBC is de bereidheid van het personeel. Zoals eerder beschreven in hoofdstuk 3 blz. 18 zou volgens Douma e.a. (1992) een financiële beloningstructuur hierbij van belang kunnen zijn voor het behalen van de doelstellingen van een privé-kliniek orthopedie maar ook die van het UMCG. Op de afdeling orthopedie is er veel vast personeel in dienst, waaronder veel vrouwelijke evenals mannelijke parttimers. Een prestatieafhankelijke arbeidsbeloning zoals bijvoorbeeld een bonusregeling biedt een mogelijkheid om werknemers die momenteel in loondienst van het UMCG zijn te stimuleren tot ondernemend en resultaat gericht gedrag. Hierbij is het dan wel belangrijk om vooraf te bepalen welk gedrag als ondernemend wordt aangemerkt en hoe dit wordt gemeten. Een privé-kliniek orthopedie biedt mogelijk

uitkomst voor werknemers op parttime basis, aangezien het een flexibele bedrijfstijdverlening met zich meebrengt. Zo kan er bijvoorbeeld op een avond of op een zaterdag in een privé-kliniek orthopedie worden gewerkt, waardoor er een doordeweekse woensdag kan worden vrij genomen.

Ad 3. Tot slot kan de afdeling orthopedie van het UMCG ervoor kiezen om met een ander regionaal of internationaal ziekenhuis een ZBC op te starten. Gekeken naar het Visiedocument (2007-20011) van het UMCG sluit het doel: 'We zetten ons in voor meer samenwerking, met elkaar en met anderen, regionaal, nationaal en internationaal', hierop naadloos aan. Uit de case van een ZBC opgericht vanuit twee ziekenhuisdirecties blijkt dat een belangrijk motief voor het oprichten van samenwerking met een ander ziekenhuis het vergroten van de afzetmarkt is, waardoor de kosten per eenheid product kunnen worden verlaagd. Door schaalvergroting is het namelijk, vanuit economisch-operationeel perspectief en in het kader van efficiëntie aantrekkelijk en interessant om gebruik te maken van elkaars zorgverlening. Tevens zal samenwerking met een ander ziekenhuis het complementeren van partijen tweebrengen aangezien beide partijen van elkander expertise kunnen profiteren en zodoende elkaars zwakke punten kunnen vereffenen. Ook kan de afdeling orthopedie van het UMCG door een samenwerkingsverband met een ander ziekenhuis cliënten meer keuzemogelijkheden aanbieden van zorgverlening.

Een samenwerkingsverband van de afdeling orthopedie van het UMCG met een ander ziekenhuis kan zowel regionaal/nationaal als internationaal gericht zijn. Gezien de strategische ligging van de provincie Groningen ten opzichte van Duitsland is het fenomeen grensoverschrijdende samenwerking wel een interessante invalshoek. Zorgactiviteiten stoppen immers niet aan de grens en in sommige gevallen kunnen deze door middel van samenwerking beter worden opgelost. Momenteel zijn er geen samenwerkingsverbanden gericht op orthopedie met de Duitse grensstreek. Alleen samenwerking met het westelijk deel van Duitsland aangaande traumazorg. Vervolgonderzoek kan zich dan ook richten op hoe de

vraag naar orthopedisch zorg in Duitsland zich ontwikkeld en welke Duitse academische ziekenhuizen in aanmerking komen voor een mogelijk samenwerkingsverband met het UMCG. Door middel van een mogelijk samenwerkingsverband met de Duitse grensstreek kan het adherentiegebied van het UMCG flink worden vergroot. Met het oog op toenemende marktontwikkelingen in de zorg is grensoverschrijdende samenwerking zeker het overwegen waard. Uit dit onderzoek blijkt wel dat hierbij rekening dient te worden gehouden met een taalbarrière, cultuurverschillen en discrepanties van de Nederlandse en Duitse wet- en regelgeving. Accurate juristen en adviseurs zijn dan ook van belang om het proces van samenwerking over de grens in goede banen te leiden.

6.3 Beschouwing

Gezien het onderzoek dat is uitgevoerd naar de manieren waarop een samenwerkingsverband van een privé-kliniek orthopedie met het UMCG kan worden vorm gegeven zijn een aantal beperkingen te benoemen. Allereerst de afbakening van het kader, waardoor gedetailleerde financiële aspecten van samenwerkingsverbanden buiten beschouwing zijn gelaten. Een mogelijk vervolgonderzoek kan dan ook worden aanbevolen om dit onderzoek te bekrachtigen door middel van een gedegen financiële analyse.

Ten tweede is er in deze scriptie gezien de beperkte tijd voor gekozen om het onderzoek van een privé-kliniek orthopedie toe te spitsen op een ZBC. Uit onderzoek bleek echter dat indien een ziekenhuis zoekt naar een manier om het zorgproces efficiënter in te richten dit naast een ZBC ook goed kan via een buitenpoli voor één of meerdere specialismen. Een vervolgonderzoek kan zich dan ook richten op een buitenpoli, om zo de mogelijke voor- en nadelen van een ZBC versus een buitenpoli in kaart te brengen.

Gegeven het kwalitatief onderzoek kan gesteld worden dat met een zestal cases het niet mogelijk is om een 'harde uitspraak' te doen over samenwerkingsverbanden die gelden voor alle ZBC's in Nederland. Hierdoor is de externe validiteit van dit onderzoek enigszins beperkt. Daarentegen geeft dit onderzoek wel een indicatie en inzicht, en het schept het een algemeen beeld in de wijze waarop ZBC's functioneren.

Wat betreft de methodiek van het onderzoek kan gesteld worden dat door middel van semi-gestructureerde interviews de ingewonnen informatie zeer gericht vergaard is. Het nadeel is echter dat de afgenomen interviews te veel zijn gestuurd, waardoor mogelijk informatie verloren is gegaan. Om hier zo goed mogelijk op in te spelen is er bewust voor gekozen om de interviewvragen zo open mogelijk te stellen en goed door te vragen bij nieuwe informatie. Tevens is ingehaakt op nieuwe relevante thema's die ter sprake zijn gekomen. Doordat er grote openheid en betrokkenheid leefde voor het onderwerp onder de respondenten kon er met veel enthousiasme informatie worden gedeeld, waardoor dit de objectiviteit en betrouwbaarheid van dataverzameling ten goede kwam.

Aangezien de geselecteerde cases allen goed functionerende ZBC's bleken te zijn is het interessant om in een vervolgonderzoek een ZBC onder de loep te nemen die minder rooskleurig functioneert of zelfs failliet is gegaan. Op deze manier kunnen onderliggende motieven voor 'goed' versus 'slecht' functionerende ZBC's met elkaar worden vergeleken. De vraag is echter wel hoe je een minder rooskleurige dan wel failliet verklaarde ZBC op het spoor komt, deze staan namelijk nergens wettelijk verplicht geregistreerd. Vervolgens is het de vraag of de betrokken personen over de onderliggende motieven wel het achterste van hun tong laten zien.

Een mogelijke kanttekening die verder bij dit onderzoek kan worden gemaakt is dat er in deze scriptie wordt gesproken over het aspect marktwerking in de zorg.

Gedurende het kwalitatieve onderzoek bleek dat experts hierover sterk van mening wisselden en de vraag: 'In hoeverre is er nou daadwerkelijk sprake van marktwerking in de gezondheidszorg?' keer op keer werd aangehaald en geëvalueerd. Een eenduidig antwoord op deze vraag blijkt in deze scriptie niet voorhanden te zijn.

Ondanks dat dit onderzoek is geschreven voor de afdeling orthopedie van het UMCG, blijken de resultaten en analyse generaliseerbaar te zijn voor meerdere medische specialismen. Dit vanwege het feit dat de onderzochte privé-klinieken naast orthopedie meerdere specialismen vertegenwoordigen en gezien het aggregatieniveau van het onderzoek. Door middel van een hoog aggregatieniveau is de mate van detaillering van de resultaten en analyse ook hoog waardoor er een generaliserend beeld optreedt van medische specialismen.

Tot slot een laatste kanttekening wat betreft de conclusies en aanbevelingen van dit onderzoek. Aangaande het onderzoek kwam naar voren dat de afdeling orthopedie van het UMCG voor het initiatief van oprichting van een ZBC rekening dient te houden met een drietal opties, te weten:

1. Eén of meerdere individuele medisch specialist(en) van de afdeling orthopedie van het UMCG richt(en) een ZBC op;
Samenwerkingsverband staat in het teken van een **entrepreneurial spin-off**
2. De afdeling orthopedie van het UMCG richt zelf een ZBC op;
Samenwerkingsverband staat in het teken van een **managerial spin-off**
3. De afdeling orthopedie van het UCMG en een ander (regionaal of internationaal) ziekenhuis richten een ZBC op;
Samenwerkingsverband staat in het teken van een **joint-venture (twee-ouder spin-off)**

Dit leidt tot de volgende aanbevelingen tot verder onderzoek:

- een verdieping en/of detaillering, zowel organisatorisch als financieel van de benoemde mogelijkheden van het UMCG om steun en toezicht te verlenen aan een zelf opgerichte privé-kliniek orthopedie;
- het onderzoeken van de mogelijkheden welke ziekenhuizen, regionaal of internationaal, in aanmerking komen voor het UMCG om samen een ZBC op te starten;
- een verdieping en/of detaillering, zowel organisatorisch als financieel van de benoemde mogelijkheden van het UMCG om steun en toezicht te verlenen aan een privé-kliniek orthopedie opgericht met een ander regionaal of internationaal ziekenhuis.

Referentielijst

Beliën, M., *Orthopedische chirurgie, Operatieve zorg technieken*, Maarssen: Elsevier gezondheidszorg, 2000.

Baarda, D.B. en M.P.M. de Goede en J. Teunissen, *Basisboek kwalitatief onderzoek, praktische handleiding voor het opzetten en uitvoeren van kwalitatief onderzoek*, Eerste druk, Houten: Stenfert Kroese, 1997.

Bernardt, Y. en R. Kerste en J. Meijaard, 'Spin-off start-ups in the Netherlands', *EIM*, mei (2002).

Blokzijl, J., 'Meegaan met de tijd, De mogelijkheden tot, en de voorwaarden gesteld aan een polikliniek buiten kantooruren', (2007).

Boon, L., *Zorgdynamiek & samenwerking*, Amstelveen: Stichting Sympoz, Platform voor ontwikkelingen in de gezondheidszorg, 1995.

Braaksma, R. en J. de Jong, 'Spin-offs van grote bedrijven in Nederland, een verkennend onderzoek', *EIM*, april (2005).

Brandstätter, H., 'Becoming an Entrepreneur: A Question of Personality Structure?', *Journal of Economic Psychology*, (1997).

CEG expertmeeting, 'Economisering van zorg en beroepsethiek', (2004).

Cooper, D.R. en P.S. Schindler, *Business research methods*, eighth edition, Singapore: Mc Graw Hill, 2003.

CPB document, 'Concurrentie in de zorg', juli (2002).

Dollinger, M., *Entrepreneurship, strategies and resources*, New Jersey: Prentice Hall, 2003.

Douma, S. en H. Schreuder, *Economic approaches to organizations*, Tweede druk, Hemel Hempstead: Prentice Hall, 1992.

Elfring, T. en N. Foss, 'Competence building, understanding the role of internal venturing and spin-offs, Advances in applied business strategy', (2000).

Elfring, T. en W. Hulsink, 'Laat duizend nieuwe ICT-bedrijven bloeien', *Economische statistische berichten*, (2000).

Grit, K.G., *Economisering als probleem: een studie naar de bedrijfsmatige stad en de ondernemende universiteit*, Assen: Van Gorcum, 2000.

Harten, H. van en R. Schuring, *Ondernemers in de zorg*, Assen: Koninklijke Van Gorcum BV., 2003.

Hesseling, G., 'Onderzoeksrapport grensoverschrijdende traumazorg in de Euregio', juli (2005).

Homberg, J., 'Zelfstandige behandelcentra in de branding, positioneren en profileren met een merk', juni (2006).

Hout, E.J.T.H. van en K. Putters, 'De waarde van de norm: effecten van economisering op het handelen van artsen en managers in de ziekenhuiszorg', (2004).

Klein Woolthuis, R.J.A., 'Sleeping with the enemy-trust, dependence and contract in interorganisational relationships', *Proefschrift Universiteit Twente*, (1999).

Larson, A., 'Network dyads in entrepreneurial settings: a study of the governance of exchange relationships', *Administrative Science Quarterly*, (1992).

Mackenback, J.P. en P.J. van der Maas, *Volksgezondheid en gezondheidszorg*, Derde druk, Maarssen: Elsevier, 2004. Nederlandse Zorgautoriteit, 'Monitorspecial, De rol van ZBC's in de ziekenhuiszorg', januari (2007).

Nobels C. en B. Hermans, 'Prijsconcurrentie tussen ziekenhuis en ZBC', *Zorg&Financiering*, (2005).

Nooteboom, B., *Inter-firm alliances: Analysis and design*, Routledge, 1999.

Pfeffer, J. en G. Salancik, 'The external control of organizations; A resource dependence Perspective', *Harper and Row*, (1978).

Quinn, J.B., 'The intelligent enterprise', *The Free Press*, (1992).

Risseeuw, P. en R. Thurik, *Handboek Ondernemers en adviseurs, Management en economie van het midden- en kleinbedrijf*, Eerste druk, Deventer: Kluwer, 2003.

Scherjon, D.P. en A.R. Thurik, *Handboek Ondernemers en adviseurs in het midden- en kleinbedrijf*, Deventer: Kluwer, 1998.

Studiecentrum voor Bedrijf en Overheid, 'Private initiatieven in de cure, Succesvol ondernemen binnen en buiten het ziekenhuis,' (2007).

TNS NIPO, 'Bewegen = meedoen, Anna Fonds; Fonds voor problemen met het bewegingsapparaat', september (2007).

Visiedocument 3128/55, 'Concurrentie in de ziekenhuissector', januari (2004).

Visiedocument afdeling orthopedie UMCG, mei (2007).

Visiedocument, 'Bouwen aan de toekomst van gezondheid', Universitair Medisch Centrum Groningen, oktober (2007).

Vries, H. de, 'Samenwerken in de non-profit sector; Landelijk Overleg Wetenschapswinkels (LOW)', (2005).

Internet

Centraal Bureau voor de Statistiek, 4 november 2007, 17 december 2007

<http://www.cbs.nl/nl-NL/menu/methoden/begrippen/default.htm?ConceptID=2885>

College Bouw Ziekenhuisvoorzieningen, 4 november 2007 'Zelfstandige behandelcentra: Booming business of modegril?'
<http://www.bouwcollege.nl>

Cultuurnetwerk, 19 april 2008
http://www.cultuurnetwerk.nl/cultuureducatie/samenwerk en/joint_venture.html

Gezondheidsplein, 4 oktober 2007
<http://www.gezondheidsplein.nl/priveklinieken/uitleg/watzijn>

GGZ beleid, 4 maart 2008
<http://www.ggzbeleid.nl/pdfnma/29800XVInr25%20lib%20electieve%20zorg.pdf>

Inspectie voor de gezondheidzorg, 17 januari 2008
http://www.igz.nl/pdfs/Toezicht_op_de_zbc's.pdf

Intranet UMCG, 2 oktober 2007

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 10 november 2007, 3 en 7 december 2007
<http://www.minvws.nl/dossiers/dbc/>
<http://www.minvws.nl/dossiers/dbc/informatie-voor-patienten/dbcs-en-vws/default.asp>
<http://www.minvws.nl/dossiers/zorgverzekering/rolverdeling-in-het-verzekeringsstelsel/>
<http://www.minvws.nl/dossiers/wtzi/wtzi-in-vogelvlucht/bestuursstructuur-en-bedrijfsvoering-woorden-transparanter/default.asp>

RIVM Nationale Atlas Volksgezondheid, 20 oktober 2007
http://www.rivm.nl/vtv/object_map/o1913n21159.htm

Zelfstandige Klinieken Nederland, 4 oktober 2007
<http://www.zkn.nl/frameset2.html>

Bijlage 1 Economisering in de zorg

Het feit dat economische motieven en belangen dominant worden in de organisatie en uitvoering van de zorg duidt men vaak aan met de term economisering. Voor zorgverleners betekent dit dat ze bij behandelingen naast medische ook met economische overwegingen rekening moeten houden. Kenmerkend voor economisering is een managementaanpak, kwantificering, marktgericht werken, een ondernemende houding, productiviteit als norm en sturen op afstand (Grit, 2000). CEG expertmeeting (2004) voegt aan deze omschrijving toe: professionalisering van de organisatie, vermarkting en winstoriëntatie. Volgens hen doet economisering in de gezondheidszorg zich vooral voor als professionalisering van de organisatie en dan in de vorm van vermarkting.

Een voorkomende ontwikkeling is dat zorg commercieel wordt aangeboden. De privatisering van zorgverlening betekent o.a. dat private klinieken specifieke behandelingen gaan uitvoeren en dat bedrijvenpoli's, productiestraten (bijvoorbeeld een liesbreukstraat) en thuiszorgwinkels worden opgezet (Grit, 2000).

Redenen voor economisering in de zorg liggen volgens Hout e.a. (2004) bij:

Hogere kosten
Individualisering } Reactie: deregulering

Hogere kosten. Een belangrijke aanleiding om de zorg te economiseren door privatisering van de bedrijfsvoering zijn de steeds hogere kosten. Deze worden aangewakkerd door o.a. de vergrijzing, deze leidt namelijk tot meer vraag naar zorg en specifieke zorgvoorzieningen. De eerste reacties op de vergrijzing kennen dan ook een sterk korte termijn karakter. Terwijl men aan de ene kant de premies verhoogd en de prijzen van medicijnen nader bekijkt, kijkt men aan de andere kant naar de noodzakelijkheid van zorghandelingen.

De vergrijzing vraagt echter ook om nieuwe organisatievormen, het koppelen van verschillende netwerken van voorzieningen en het meer inspelen op de behoeften van de toekomst.

Technisch is er steeds meer mogelijk en dat leidt tot meer vraag. Technieken waarmee men ziektes sneller kan opsporen, of onderzoeken die leiden tot betere of goedkopere medicijnen hebben forse besparingen tot gevolg, waardoor men meer patiënten kan helpen tegen lagere kosten. De keerzijde is dat deze ontwikkelingen veel geld kosten en alleen tegen hoge prijzen beschikbaar zijn.

Individualisering: Men vindt het steeds belangrijker dat individuele patiënten zelfstandig kunnen beslissen over de medische zorg die ze ontvangen. Mensen willen meer keuzevrijheid en flexibiliteit om zelf zorg in te kopen. De autonomie van de patiënt is in de medische praktijk steeds belangrijker geworden. Er bestaat grote maatschappelijke zorg over de betaalbaarheid van het huidige stelsel, waarin gelijkheid en vrije toegankelijkheid zijn verankerd, maar ook niet langer lijken te kunnen worden gegarandeerd. De overheid reageert hierop door te proberen de zorg zo responsief mogelijk te maken en de keuzemogelijkheden voor zorgvragers te vergroten. Men stelt verzekeraars in de gelegenheid gesteld om selectiever te contracteren, laat private zorginstellingen toe op de zorgmarkt en men maakt het individuele zorgvragers gemakkelijk om te wisselen van verzekeraar. Kortom: men zoekt het antwoord op de individualiseringstendens in maatregelen die een grotere mate van marktwerking toelaten en de individuele keuzevrijheid verder vergroten.

Reactie op dynamiek; deregulering: Een nadere ontwikkeling die de privatisering in de zorg in de hand werkt is deregulering. Overmaat aan wet- en regelgeving deed de gezondheidszorg vastlopen; deregulering is dus aan de orde en ondernemerschap kan weer ruim baan krijgen. Door innovatie, creativiteit en bedrijfsmatigheid te stimuleren, kunnen de publieke belangen in de gezondheidszorg beter behartigd worden dan nu gebeurt.

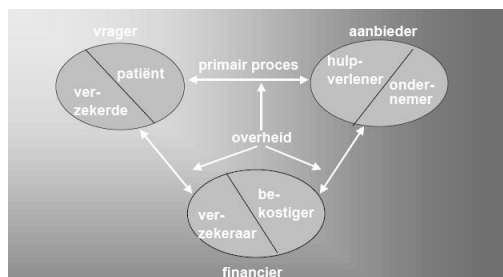
Bijlage 2 Veranderingen in de zorg 2006

Sinds januari 2006 is er één zorgverzekering voor iedereen. Ziekenfonds en particuliere verzekeringen bestaan niet meer. De nieuwe zorgverzekering is een belangrijk gevolg van de hervorming van het zorgstelsel. De veranderingen moeten het zorgstelsel toekomstbestendig maken en de zorg beter, efficiënter en klantgerichter vormgeven. Hierdoor vindt ook een verandering in rolverdeling plaats van cliënten (organisaties), zorgaanbieders, verzekeraars en de overheid (Ministerie VWS, 7 december 2007).

- Een cliënt heeft een centrale rol gekregen, met meer kansen en meer verantwoordelijkheden. Een goed geïnformeerde cliënt kan een zorgverlener kiezen die de beste zorg biedt voor zijn of haar ziekte.
- Stimulatie van zorgaanbieders tot betere prestaties;
- Grotere verantwoordelijkheid van verzekeraars om de wensen van consumenten en de mogelijkheden van zorgaanbieders op elkaar af te stemmen.
- De overheid houdt toezicht op de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de zorg.

Deze rolverdeling ziet er volgens Mackenback e.a. (2004) in schematische vorm als volgt uit, zie figuur a.

Figuur a Actoren in de gezondheidszorg



(Bron: Mackenback e.a. 2004)

Door middel van de nieuwe zorgverzekering is er een sleutelrol weggelegd voor het aspect concurrentie. In eerste instantie tussen zorgverzekeraars, maar ook tussen zorgaanbieders. Waarom wil de regering meer concurrentie invoeren in een zo complexe sector als de zorg? Omdat het centraal geleide stelsel niet in staat is gebleken een aantal belangrijke knelpunten in de zorg, zoals een doelmatige besteding van middelen en de wachtlijstproblematiek aan te pakken (CPB, 2002).

Bijlage 3 Reorganisatie van het UMCG

Motieven voor een reorganisatie

Sinds 1 januari 2007 startte het UMCG formeel met een organisatieverandering. De redenen luiden als volgt:

- Afstemming van de organisatie van de zorg op de behoeften van de patiënt. De aard van de aandoening wordt het uitgangspunt bij het inrichten en organiseren van zorgtrajecten. Voor zorgtrajecten komt de verantwoordelijkheid éénduidig te liggen bij herkenbare groepen medewerkers.
- Medewerkers moeten gemotiveerd en met plezier werkzaamheden verrichten door hen zelf mede invulling te laten geven aan de vormgeving van hun dagelijkse werk. Dat gebeurt in groepen van in beginsel niet meer dan 15 personen met een gemeenschappelijke taak. Zulke groepen, basiseenheden, worden gecreëerd in de patiëntenzorg (rond zorgtrajecten en binnen zorgfaciliteiten als poliklinieken, verpleegeenheden en functieafdelingen), maar ook in de algemene ondersteuning. Binnen heldere kaders krijgen deze groepen de ruimte om maatwerk te leveren.
- De organisatie zo inrichten dat ze voldoende aanpassingsvermogen heeft om in te spelen op de snel veranderende eisen van de buitenwereld, zoals een wijzigend patroon van ziekten en andere behandelingswijzen, maar ook meer concurrentie tussen instellingen binnen de grenzen van een krappere totaal budget. Daarom moeten de beschikbare middelen daar worden ingezet waar de behoefte het grootst is. Dit vereist flexibiliteit van medewerkers en organisatie.
- Een structuur moet ruimte bieden aan een informele afstemming van werkzaamheden. Dit wordt gerealiseerd door de verantwoordelijkheid te leggen bij overzichtelijke groepen met een heldere taakstelling, en door de algemene ondersteuning dicht bij het primaire proces te plaatsen. Dit zorgt voor het

insluipen van zo min mogelijk formele regelgeving en procedures.

(Intranet UMCG, 2 oktober 2007)

Organogram

Het organogram van het UMCG is weergegeven op de volgende pagina, zie figuur b.

Visiedocument afdeling orthopedie UMCG

Zoals blijkt uit figuur b is de afdeling orthopedie door de reorganisatie in sector B ondergebracht. De missie van de afdeling orthopedie is gericht op het behandelen van zowel standaard als complexe aandoeningen van het bewegingsapparaat. De afdeling heeft het streven om als kenniscentrum voorop te lopen in zorg, onderzoek, opleiding en onderwijs. Door middel van onderzoek in laboratoria en kliniek worden er nieuwe concepten van behandeling (innovatie) ontwikkeld.

De vier kerntaken van de afdeling orthopedie zijn:

1. Patiëntenzorg: De zorg van patiënten staat centraal. 'Bouwen aan de toekomst van gezondheid' en 'Gezond ouder worden' zijn belangrijke thema's. Het zelfstandig kunnen blijven functioneren van een patiënt is een doel waarmee het behoud van kwaliteit van leven kan worden gegarandeerd.
2. Onderzoek en innovatie: Het ontwikkelen van nieuwe concepten van zorg staat in hoog vaandel. Dit kunnen medisch-technische ontwikkelingen zijn, zoals scoliose, maar ook een nieuwe vorm van zorg voor of na operaties, zoals het gezamenlijk medisch consult.
3. Opleiding en onderwijs: De afdeling orthopedie biedt assistenten een stimulerende en inspirerende opleiding.
4. Cultuur: Op de afdeling orthopedie gaat iedereen op een respectvolle manier met elkaar om: patiënten, collega's, assistenten, studenten en medewerkers. In nauwe samenwerking met elkaar zoekt men steeds naar ruimte (tijd en geld) voor zowel de ontwikkeling van de afdeling als die van het individu.

(Visiedocument afdeling orthopedie, 2007)

BIJLAGE 4 TRANSPARANTIE-EISEN

Sinds 1 januari 2007 dienen volgens de WTZi zorginstellingen te voldoen aan een transparante bestuursstructuur en bedrijfsvoering.

Bestuursstructuur

De eisen die aan de bestuursstructuur worden gesteld zijn:

- Er is een toezichthoudend orgaan. Bij rechtspersonen moet dit blijken uit de statuten. In andere gevallen uit een verklaring van een bevoegde vertegenwoordiger.
- Toezichthouders moeten onafhankelijk zijn. Dat wil zeggen: de leden opereren onafhankelijk en kritisch ten opzichte van elkaar, de dagelijkse algemene leiding van de instelling en welk deelbelang dan ook.
- Duidelijke verantwoordelijkheidsverdeling tussen toezichthouders en bestuurders in de statuten.
- Er is een regeling voor conflicten tussen bestuurders en toezichthouders.
- Een zorginstelling moet in de statuten opnemen wie een enquêteverzoek bij de Ondernemingskamer kan indienen. Deze verplichting geldt alleen voor instellingen met de rechtsvorm stichting of vereniging die wettelijk verplicht zijn een ondernemingsraad in te stellen (waar minstens 50 mensen werken). De keuze wie - naast de cliëntenvertegenwoordiging - op grond van de statuten toegang krijgt tot de Ondernemingskamer, ligt bij de instelling. Bij de cliëntenvertegenwoordiging komen bijvoorbeeld een Consumentenbond in aanmerking. Maar het kan ook een vertegenwoordiging van beroepsbeoefenaren zijn (zoals de medische staf, de verpleegkundige /verzorgende adviesraad).

(Ministerie VWS, 3 december 2007).

Bedrijfsvoering

De eisen die aan de bedrijfsvoering worden gesteld:

- De taakverdeling binnen de organisatie moet schriftelijk vastgelegd zijn.
- Er is inzicht in de samenwerkingsrelaties met andere organisaties.
- Er is een adequate financiële administratie.
- De zorgactiviteiten van de instelling worden onderscheiden van de overige activiteiten van de instelling.

(Ministerie VWS, 3 december 2007).

Bijlage 5 Overzicht van ZBC's

Een overzicht van ZBC's in Nederland, op alfabetische volgorde, zoals deze staan geregistreerd bij de Inspectie voor de gezondheidszorg (Inspectie voor de gezondheidszorg, 17 januari 2008).

Naam ZBC	Adres	Postcode	Plaats
Alant Cardio	Koenenkade 8	1081 KH	Amsterdam
Alant Vrouw	Utrechtseweg 91	3702 AA	Zeist
Amnitrans	H.A. Maaskantstraat 31	3071 MJ	Rotterdam
Amnitrans (NIIOC)	H.A. Maaskantstraat 31	3071 MJ	Rotterdam
Annadal Medisch Centrum Maastricht	Becanusstraat 17 A 058	6216 BX	Maastricht
Antonius Behandelcentrum			
Braam Kliniek	Zoom 10	9405 PS	Assen
Centrum voor fertiliteitbehandelingen	Kort Rapenburg 1	2311 GC	Leiden
De vrouwenkliniek	Paasheuvelweg 50	1105 BG	Amsterdam
Dermatologiepraktijk Watergraafsmeer	Reguliersgracht 130-132	1017 LZ	Amsterdam
Diagnostisch Centrum Amsterdam	Tesselschadestraat 4	1054 ET	Amsterdam
Diagnostisch Centrum Amsterdam, locatie Maastricht	Brouwersweg 100	6216 EG	Maastricht
Diagnostisch Centrum Amsterdam, locatie Prinsengracht Zkh	Prinsengracht 769	1017 JZ	Amsterdam
Diagnostisch Centrum Den Haag	Rijswijkseweg 77	2516 EE	's-Gravenhage
Gezicht Noord-Brabant	Dillehof 73	4907 BG	Oosterhout
Groepspraktijk van Eendenburg/Nanninga	Hogeweg 50	1098 CE	Amsterdam
Groot Haaglanden	Frijdasstraat 24	2288 EX	Rijswijk
Haaglanden Kliniek	Koninginnegracht 94-96	2514 AK	's-Gravenhage
Hartmanstichting	Goeman Borgesiuslaan 45	9722 RC	Groningen
Hernia Instituut Nederland	Zuidereinde 199	1243 KW	s Graveland
Het Scheepvaarthuis	Haven Noordzijde 37	7607 ES	Almelo
Instituut voor Hyperbare Geneeskunde Stichting	Dokter G.H. Amshoffweg 7	7909 AK	Hoogeveen
Instituut voor Hyperbare Geneeskunde Rotterdam	Brielselaan 69	3081 AA	Rotterdam
Kindertherapeuticum, centrum voor diagnostiek en behandeling	Homeruslaan 22	3581 MG	Utrecht
Kliniek Berg&Bosch	Professor Bronkhorstlaan 10 a	3723 MB	Bilthoven

Kliniek De Lairesse	Valeriusplein 11	1075 BG	Amsterdam
Kliniek Klein Rosendaal	Rosendaalselaan 30	6891 DG	Rozendaal
Kliniek Lange Voorhout	Lange Voorhout 92	2514 EJ	's-Gravenhage
Kliniek OMC Haarlem	Amsterdamsevaart 268	2032 EK	Haarlem
Kliniek Oogzorg Amstelveen	Escapade 1	1183 HM	Amstelveen
Kliniek ViaSana	Hoogveldseweg 1	5451 AA	Mill
Kliniek voor esthetische chirurgie	Van Dijklaan 9	5581 WG	Waalre
Kliniek voor chirurgie, flebologie en proctologie	Zoom 10	9405 PC	Assen
Kliniek voor Oogheelkunde	Madam Curielaan 8	2289 CA	Rijswijk
Kliniek Zestienhoven	Vliegveldweg 65	3043 NT	Rotterdam
KSYOS Expertisecentrum BV.	IJburglaan 530	1087 BT	Amsterdam
Mauritsklinieken	Mauritskade 25	2514 HD	's-Gravenhage
Mauritsklinieken, locatie Nijmegen	Berg en Dalseweg 101	6522 BC	Nijmegen
Mauritsklinieken, locatie Utrecht	Burgemeester Reigerstraat 72	3581 KW	Utrecht
Medical Center Rotterdam Airport	Vliegveldweg 65	3043 NT	Rotterdam
MediNova	Backershage 97a	1082 GT	Amsterdam
Medisch Centrum Bilthoven	Prof. Bronkhorstlaan 10	3723 MB	Bilthoven
Medisch Centrum Biltstraat	Biltstraat 397-423	3572 AV	Utrecht
Medisch Centrum Breda	Sophiastraat 23	4811 EH	Breda
Medisch Centrum Regentesse	Regentesseplein 14	2562 EV	's-Gravenhage
Medisch Centrum Scheveningen	Binckhorstlaan 149	2516 BA	's-Gravenhage
Medisch Centrum Viken	Soestdijkseweg Zuid 261	3721 AE	Bilthoven
Medisch Centrum voor Staturele Aandoeningen	Provenierringel 39	3033 EG	Rotterdam
Melles Hoornvlieskliniek	Laan op Zuid 390	3071 AA	Rotterdam
Middellaankliniek	Middellaan 8	6881 RP	Velp
MultiCare	Hoge Naarderweg 7a	1217 AB	Hilversum
Multiple Sclerose Centrum	Heiweg 97	6533 PA	Nijmegen
Nederlands Proctologisch en Bekkenbodem Centrum	Simon Smitweg		Leiderdorp
Oogartsenpraktijk Veenendaal/Ede	Spoorlaan 5	3903 XS	Veenendaal
Oogheelkunde Zonnestraal	Loosdrechtse Bos 7	1213 RH	Hilversum
Oogheekkundig Medisch Centrum Amsterdam	De Lairessestraat 59	1071 NT	Amsterdam
Oogheekkundig Medisch Centrum Midden-Nederland	Prof. Bronkhorstlaan 10	3723 MB	Bilthoven
Oogheekkundige Zorg Nederland	Vlietlaan 12-14	1404 CA	Bussum
Oogvisie Zuid-Limburg	Mauritspark 3	6163 HM	Geleen

Oogzorg Amsetrdam	Assumburg 150	1081 GC	Amsterdam
Orthopedisch Medisch Centrum,	Het Bergske 4	6417 GN	Heerlen
Polikliniek De Blaak	Blaak 243	3011 GB	Rotterdam,
Prevalis Rotterdam BV.	Goudsesingel 230	3011 KE	Rotterdam
Reinaert Kliniek	Brouwersweg 100 C02	6216 EG	Maastricht
Roessingh Behandel Instituut	Roessinghsbleekweg 33	7522 AH	Enschede
SAGA Kliniek	Middellaan 8a	6881 RP	Velp
Sanamed	Weg door Jonkerbos 90	6532 SZ	Nijmegen
St. Incontinentie en Bekkenbodenzorg	Griend 1	8443 CG	Heerenveen
St. tot bev. vd ontw. v. dermatologie, venereologie en flebologie	Glashaven 14 G	3011 XH	Rotterdam
Stg. ZBC Paulus van Loo KNO	Paulus van Loolaan 8	1217 SG	Hilversum
Stichting Allergie Centrum Utrecht	Plomporengracht 22-24	3512 CD	Utrecht
Stichting Andros Mannenkliniek	Mr. E.N. van Kleffenstraat 5	6842 CV	Arnhem
Stichting Askleipion	Broekhem 25	6301 HD	Valkenburg
Stichting Behandelcentrum Extramuraal specialisten	Socratesstraat 3	1064 ZG	Amsterdam
Stichting Blue Label	Pastoor van Genklaan 6	4501 AJ	Oostburg
Stichting Cardiologie Geervliet	Geervliet 231	1082 NP	Amsterdam
Stichting Cardiologie Heelsum	Veentjesbrug 5	6866 NC	Heelsum
Stichting Cardiologie Landsmeer	Zuideinde 15	1121 CJ	Landsmeer
Stichting Dialysezorg Nederland	Kerkstraat 100	1354 AC	Almere
Stichting Dr. Kolbach Kliniek	Reaalruwe 37	6218 CM	Maastricht
Stichting Flebologisch Centrum Oosterwal	Overkrocht 10	1815 KX	Alkmaar
Stichting Geertgen	Oude Molenweg 4	5425 VR	De Mortel
Stichting Huidkliniek Zuid	Utenhagestraat 187	3083 VP	Rotterdam
Stichting HZCR	Houtkoperstraat 38	3334 KD	Zwijndrecht
Stichting Kitee Medifac	Prof. Bronkhorstlaan 10	3723 MB	Bilthoven
Stichting Kliniek Holystaete Heerenveen	Huismanstraat 5	8448 GZ	Heerenveen
Stichting MBC Poliklinieken	De Eiken 3		Delden
Stichting MBC Poliklinieken, Rozendaal	Rosendaalselaan 30	6941 HP	Rozendaal
Stichting MCD Behandelcentrum	Polanerbaan 2	3447 GN	Woerden
Stichting MDC Behandelcentrum	Marotplein 34	2728 EL	Zoetermeer
Stichting Medisch Centrum Molenhof	Heimolendreef 9	4715 TC	Rucphen
Stichting Medisch Centrum 't Gooi	Olmenlaan 42	1404 DG	Bussum
Stichting Moshe Yemin Kliniek Holystaete	Churchillsingel 480	3137 XB	Vlaardingen
Stichting MRI Diagnostiek	Ijsbaanpad 10b	1076 CV	Amsterdam
Stichting MRI Diagnostiek	Westerstraat 15	3016 DG	Rotterdam
Stichting MRI Diagnostiek	Hugo de Grootlaan 20-22	5223 LC	's-Hertogenbosch
Stichting Oogheekundig Medisch Centrum	Professor Bronkhorstlaan 10	3723 MB	Bilthoven

Midden-Nederland			
Stichting Oogheelkundig Medisch Centrum	Sylviuslaan 11	9728 NS	Groningen
Stichting Oogheelkundige Zorg Nederland	Vlietlaan 12-14	1404 CA	Bussum
Stichting Oogzorg Opticus	Koninginneweg 257	1075 CV	Amsterdam
Stichting Oogzorg Rotterdam	Zuidplein Hoog 448	3083 BL	Rotterdam
Stichting Poliklinisch Medisch Centrum	Clarissenhof 11	4133 AB	Vianen
Stichting Professor Hennemann Kliniek	Stevinweg 11	3208 KM	Spijkensisse
Stichting Psoriasis Dagbehandelingcentrum Midden-Nederland	Padberglaan 10	6711 PD	Ede
Stichting Pulmonaal			
Stichting Rozenstein	Wilhelminalaan 10	3743 DC	Baarn
Stichting TranSpaarne			
Stichting ZBC IJsselland	Prins Constantijnweg 2	2906 ZC	Capelle a/d IJssel
Stichting ZBC Rinne	Diedenweg 5	6721 HP	Bennekom
Stichting Zelfstandig Behandelcentrum Jeroen Bosch Ziekenhuis	Liduinahof 35	5281 AD	Boxtel
Stichting Zorgservices Twente	Geerdinksweg 153	7555 DL	Hengelo
Turk Medisch Centrum	Johan Huizingalaan 150	1065 JG	Amsterdam
Velthuis Kliniek	Keizer Karel V Singel 14	5615 PE	Eindhoven
Velthuis Kliniek Enschede	Beltstraat 68	7512 AA	Enschede
Velthuis Kliniek Hilversum	Emmastraat 15a	1211 NE	Hilversum
Velthuis Kliniek Rotterdam	Jan Leentvaarlaan 12-24	3065 DC	Rotterdam
Veluwekliniek	Eikenlaan 15	8051 BD	Hatterm
Visie Oogheelkundig Centrum	Hollantlaan 4	3526 AM	Utrecht
Vision Clinics Oogzorg	Oloaf Palmestraat 20	2616 LS	Delft
ZBC Bergland Kliniek	Hilvarenbeekseweg 60	5022 GC	Tilburg
ZBC Bosch en Duin	Biltseweg 14	3735 ME	Bosch en Duin
ZBC Diagnostisch Centrum Orbis	Walramstraat 23	6131 BK	Sittard
ZBC Eyescan	Lucas Bolwerk 10	3512 EH	Utrecht
ZBC FeM-Poli	P/a Van Leeuwenhoeklaan 14	8024 DR	Zwolle
ZBC Gewicht op Maat	Wagnerlaan 15	6815 AD	Arnhem
ZBC Hanzekliniek	Hanzeplein 1	9713 GZ	Groningen
ZBC Mond Kaak Chirurgie en Implantologie	Groenewoudseweg 315	6524 TX	Nijmegen
ZBC MultiCare	Hoge Naarderweg 7h	1217 AB	Hilversum
ZBC Stichting KNO Het Gooi	Borneolaan 23	1217 GX	Hilversum
Zelfstandig Behandelcentrum De Terp	Hollandsch Diep 63	2904 EP	Rotterdam
Zelfstandig Behandelcentrum De Terp	Kobelaan 7	3067 MD	Capelle a/d/ IJssel

Bijlage 6 Topiclijst kwalitatief onderzoek

Naam privé-kliniek (ZBC):.....
Uw naam:.....
Uw functie:.....
Sinds wanneer bent u werkzaam in de privé-kliniek (ZBC):.....
Telefoonnummer:.....
Emailadres:.....
Website privé-kliniek (ZBC):.....

Algemene vragen

Beweegreden:

- Wat is het jaar van oprichting en de ontstaansgeschiedenis van de privé-kliniek? (aanleiding)

Achtergrond:

- Wat is de algemene doelstelling, de bestaansreden (missie) van de privé-kliniek?
- Hoeveel specialisten zijn er werkzaam in de privé-kliniek?
 - Hoe zijn deze verdeeld over de privé-kliniek? (organogram)
- Is de privé-kliniek op meerdere locaties gevestigd? Indien ja, hoeveel en waar?
- Welke soort(en) specialisme(n) biedt de privé-kliniek aan?
- Hoeveel patiënten (ongeacht het aantal contacten per patiënt) heeft de privé-kliniek per jaar gemiddeld? (schatting)
 - Welk percentage van het geleverde zorgaanbod bestaat uit het A-segment? (Gemeten in % aantal patiënten) (schatting).
 - Welk percentage van het geleverde zorgaanbod bestaat uit het B-segment?
 - Welk percentage van het geleverde zorgaanbod bestaat uit niet verzekerde zorg?

- Wat is het voornaamste adherentiegebied van de privé-kliniek? (provincies)
- Op welke wijze komen patiënten/cliënten bij de privé-kliniek terecht? (huisartsen, verzekeraars, media)

Kenmerken privé-klinieken:

- Welke soort behandelingen vinden in de privé-kliniek plaats? En waarom juist deze?

Samenwerkingsverbanden

Samenwerkende partijen:

- Met welke partij(en) werkt de privé-kliniek samen? (ziekenhuis, maatschap van specialisten, privé-kliniek)
 - Waarom juist met deze partijen?
 - Wat is het doel van het samenwerkingsverband(en)?
 - In welke mate wordt samengewerkt?
- Hoe is het samenwerkingsverband tot stand gekomen? (persoonlijk contact, verleden, netwerk)
- Wat is de aard van de samenwerkende partij(en)? (concurrenten, collega's, aanvullingen)
- Wat is de duur van het samenwerkingsverband? (korte/langer termijn)
- Wat is het netwerk van relaties tussen de betrokken partijen; is er een centrale partner of hebben alle betrokken partijen een evenredig contacten met elkaar?
- Bestaat er een juridische structuur voor de samenwerkende partijen, of wordt er gewerkt op basis van goed vertrouwen?
- Hoe liggen de onderlinge verhoudingen van de samenwerkende partijen? Is het belang voor alle betrokken partijen even groot?
- Worden vestigingen/panden gedeeld met samenwerkende partijen?
- Worden human resources gedeeld met samenwerkende partijen?

Organisatorisch integratie:

(De volgende vragen zijn gericht op de bestuurlijk-organisatorische integratie: Besluitvorming)

- In hoeverre maakt de privé-kliniek organisatorisch deel uit van andere partijen?
- Heeft de privé-kliniek een gezamenlijke missie⁹ met samenwerkende partij(en)?
- Heeft de privé-kliniek een gezamenlijk doel met samenwerkende partij(en)?
- Heeft de privé-kliniek een gezamenlijke besluitvorming van strategieën met samenwerkende partij(en)?

(De volgende vragen zijn gericht op de uitvoerend-organisatorische integratie: Uitvoering)

- Heeft de privé-kliniek een gezamenlijke uitvoering van strategieën met samenwerkende partij(en)?
- Heeft de privé-kliniek gezamenlijke organisatievraagstukken¹⁰ met samenwerkende partij(en)?
- Heeft de privé-kliniek een gezamenlijke realisatie van taken met samenwerkende partij(en)?

Financiële integratie:

- In hoeverre maakt de privé-kliniek financieel deel uit van andere partijen?
- Wat is de grootte van het gezamenlijke bezit?
- Wat is de onderverdeling van het totale bezit?

Aanvullend (Pilot)

Marktwerking:

- Vindt u dat er sprake is van marktwerking in de gezondheidszorg?

Toekomstperspectief:

- Hoe ziet het toekomstperspectief van ZBC's er volgens u uit?

Afsluitend (evaluatie)

Leertrajecten:

- Wat zijn de leertrajecten van een samenwerkingsverband(en)?
- Welke knelpunten deden zich voor bij een samenwerkingsverband(en)?
- Welke aanbevelingen kunt u geven vanuit opgedane ervaringen?

Tips:

- Heeft u nog tips voor de vormgeving van een samenwerkingsverband van een privé-kliniek orthopedie met het UMCG?

⁹ Onder missie wordt verstaan de bestaansreden, of algemene doelstelling van een organisatie (Dollinger, 2003).

¹⁰ Organisatievraagstukken hebben betrekking op bijvoorbeeld leiderschap, teamwork, organisatieveranderingen, economisering in de zorg etc. (Dollinger, 2003).

Bijlage 7 Internationale joint-venture

Zoals eerder vermeld gaan ziekenhuizen als instituut naast privé-klinieken steeds meer inspelen op de vragen en wensen van patiënten. Vandaar ook de bewuste keuze voor een ziekenhuisdirectie om een privé-kliniek op te richten in samenwerking met een Duits ziekenhuis, genaamd een grensoverschrijdende joint-venture. Onder de noemer 'grensoverschrijdende samenwerking' bestaan allerlei vormen van samenwerking met uiteenlopende structuren, geografische grenzen en doelstellingen. Vandaar dat er in dit onderzoek gekozen is voor een afbakening welke betreft: *'Grensoverschrijdende samenwerking is het samenwerken van instellingen, gemeenten en regio's, die direct aan beide kanten van een staatsgrens liggen'* (Hesselink, 2005).

Bewegredenen voor grensoverschrijdende samenwerking

In het geval van grensoverschrijdende samenwerking ligt het belangrijkste motief voor het oprichten van een ZBC bij het genereren van kwantiteit, oftewel een vergroting van de afzetmarkt, waardoor de kosten per eenheid product kunnen worden verlaagd. Tevens kunnen de betrokken partijen door middel van het samenwerkingsverband elkaars "zwakke punten" opheffen respectievelijk completeren. Hierbij kan gedacht worden aan het inzetten van Duits personeel in Nederland om zo het personeelstekort tegemoet te komen en het gebruik maken van specialiteiten over de grens, die in eigen regio niet voorhanden zijn. Bovendien biedt grensoverschrijdende samenwerking cliënten meer keuzemogelijkheden van zorgbehandeling. Doordat het samenwerkingsverband nog in oprichting is, zijn de precieze 'winsten van bedrijfsvoering in Duitsland' nog niet volledig uitgekristalliseerd. Verwacht wordt dat naast het gebruik van een achterwachtconstructie er mogelijk marketingactiviteiten kunnen worden gedeeld en inkoopvoordelen kunnen worden gecreëerd. Vermoedelijk kan ook voordeel worden behaald op belastinggebied.

Financiële en organisatorische integratie

Bij financiële integratie is het voornemen om de financiële inbreng gelijkwaardig te verdelen over het Duitse en het Nederlandse ziekenhuis. Hierbij wordt de mogelijkheid om artsen financieel te laten participeren in ogenschouwen genomen. Rondom het aspect organisatorische integratie bestaat momenteel nog geen eenduidige aanpak en/of werkwijze. Hoewel voorgaande samenwerkingsverbanden overwegend gericht waren op een duur van een jaar met stilzwijgende verlenging bestaat nu het voornemen om deze duur te verbreden. Gewoonweg omdat het opzetten van een kliniek de tijd en ruimte moet hebben om zich te ontwikkelen, vandaar dat er geen ontbindingsclausules aanwezig zijn.

Neveneffecten

Bij grensoverschrijdende samenwerking komt een hele andere manier van bedrijfsvoering om de hoek kijken. Naast een taalbarrière spelen cultuurverschillen hierbij een belangrijke rol.

'Duitsers doen gewoon op een hele andere manier zaken, het lijkt bijna Japans. Ze moeten je echt persoonlijk kennen en vertrouwen, voordat ze het achterste van hun tong laten zien. En ze zijn natuurlijk ongelooflijk formeel.'

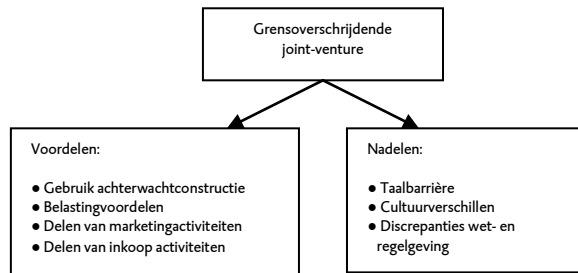
Daarnaast doen er zich verschillen voor bij de Nederlandse en Duitse wet- en regelgeving. Zo zijn er behandelingen die in Nederland worden vergoed en in Duitsland niet en andersom. Ook hebben Nederlandse zorgverzekeraars de vrije hand om de goedkoopste zorg in te winnen. Duitsland daarentegen heeft deze regelgeving strak geregeld via Länder. Länder, oftewel Duitse provincies hebben een belangrijke stem in de wet- en regelgeving en daaruit voorvloeiend de financiering van de gezondheidszorg. Eveneens maakt de Duitse gezondheidszorg geen gebruik van DBC's maar van Diagnosis-related-group (DRG's). Deze vorm is meer gericht op de financiering van klinische periodes, terwijl de DBC in het teken staat van de totale behandelperiode.

Momenteel staat het grensoverschrijdende samenwerkingsverband nog in de steigers, waardoor er nog volop onderzoek wordt gedaan door juristen en adviseurs om de Duitse en Nederlandse wetgeving goed op elkaar aan te laten sluiten.

'De beren op de weg houden niet op. Denk je er te zijn, verschijnen er weer nieuwe'.

Voor een schematisch overzicht heb ik figuur c opgesteld.

Figuur c Voor- en nadelen van een grensoverschrijdende joint-venture



Bijlage 8 Samenvatting visiedocument UMCG

Visiedocument UMCG

De missie van het UMCG luidt als volgt: 'Bouwen aan de toekomst van gezondheid'. Deze missie bestaat grofweg uit drie delen (Visiedocument, 2007):

- pionieren in onderzoek - Vanuit het wetenschappelijk onderzoek wezenlijk bijdragen aan nieuwe kennis over gezondheid, preventie, ziekte en behandeling;
- kennis toetsen en delen - Nieuwe kennis toetsen in de praktijk en deze op vele manieren overdragen;
- zorgzaam voor mensen - in de volle breedte: van preventie via basiszorg naar topzorg; fysiek en geestelijk; een leven lang.

Het UMCG wil de komende jaren een aantal belangrijke doelen waarmaken:

- het veroveren van een plaats in de internationale top 50 van wetenschappelijk onderzoek;
- het leveren van goede, veilige en patiëntvriendelijke zorg van voorbeeldige kwaliteit. Rond die zorg wordt de best denkbare service en gastvrijheid geleverd;
- het leveren van uitstekende topklinische en topreferente zorg aan de regio en op sommige terreinen landelijk, mede op basis van de inbreng vanuit onderzoek;
- het leveren van concurrerende basiszorg, want dat is de voorwaarde voor vruchtbare samenhang van patiëntenzorg met onderwijs, opleidings- en onderzoekstaken;
- het blijven van een vooraanstaand onderwijs- en opleidingscentrum;
- het inzetten voor meer samenwerking met elkaar en met anderen: regionaal, nationaal en internationaal;
- het blijven van een uiterst aantrekkelijke werkgever- ook in een steeds krappere arbeidsmarkt.

(Visiedocument, 2007).