

VOORWOORD

Deze Masterthesis is het resultaat van het afstudeeronderzoek dat ik heb verricht ter afronding van de Masteropleiding Bestuurskunde in de richting Management en Organisatie aan de Radboud Universiteit Nijmegen. Ik heb de kans gekregen om gedurende vijf maanden het onderzoek uit te voeren bij zorgverzekeraar Univé-VGZ-IZA-Trias (UVIT) over een innoverend, uitdagend en boeiend onderwerp in de Nederlandse Gezondheidszorg.

Ik wil graag een aantal mensen bedanken die mij hebben geholpen tijdens het voltooien van deze Masterthesis. Als eerste gaat mijn dank uit naar mijn scriptiebegeleider dr. C.J. Lako voor zijn scherpe feedback, inzet en ondersteuning gedurende mijn onderzoek. Deze steun was nodig om deze Masterthesis in deze vorm tot stand te laten komen. Daarnaast wil ik mijn collega's van VGZ hartelijk bedanken voor hun medewerking, behulpzaamheid, informatie en gezelligheid. Speciale dank gaat uit naar mijn begeleidster Nathalie Gauthier. Zij heeft mij gedurende het onderzoeksproces begeleid en ondersteund bij VGZ. Ook wil ik alle respondenten die hebben mee gewerkt aan mijn onderzoek hartelijk bedanken voor hun openhartigheid, medewerking en informatie. Tot slot bedank ik mijn familie en vrienden voor hun belangstelling, steun en begrip. Zonder hun waardevolle hulp zou ik deze Masterthesis en mijn studie nooit afgerond kunnen hebben. In het bijzonder wil ik daarbij mijn ouders, mijn broer Ruud, mijn zus Inge en mijn man Sieg noemen, zij staan altijd voor me klaar. Bedankt!

Ik heb met veel plezier aan dit onderzoek gewerkt en ik hoop dat het resultaat er mag zijn. Tot slot rest mij u veel leesplezier toe te wensen.

Anke Giesen

Berlicum, mei 2013

SAMENVATTING

In de Nederlandse gezondheidszorg werken organisaties steeds vaker samen met andere organisaties om de zorg kwalitatief goed, toegankelijk en betaalbaar te houden. In de regio Eindhoven hebben zorgverzekeraar VGZ, zorgverzekeraar CZ, zorggroep PoZoB, zorggroep DOH en cliëntenorganisatie Zorgbelang Brabant zich verbonden in een coalitie en het project *'Slimmer met Zorg'* in 2012 ingevoerd. In dit project wordt geëxperimenteerd met gedeelde regiobudgetten. In deze Masterthesis staat de volgende onderzoeksvraag centraal:

"Hoe kan de samenwerking tussen de coalitiepartijen zodanig vorm worden gegeven, dat deze samenwerking een goede marktwerking op de zorgmarkt niet belemmert en welke strategieën biedt de theorie voor het optimaliseren van de samenwerking tussen organisaties?"

Het onderzoek bestaat voor een deel uit literatuuronderzoek en daarnaast een onderzoek naar de praktijk. Om hoofdvraag te kunnen beantwoorden is een studie uitgevoerd naar de grenzen en mogelijkheden van de Mededingingswet. Daarnaast blijkt uit de literatuur dat samenwerking tussen organisaties niet eenvoudig is. In deze Masterthesis staan de volgende succesfactoren van interorganisationale samenwerking centraal: vertrouwen & verbindend leiderschap, ontwikkelen van gemeenschappelijke doelstellingen, gemeenschappelijke ambities & inzicht in elkaars belangen, ontwikkelen van daadkracht & draagvlak en regelmatige evaluaties & het ontwikkelen van alliantievaardigheden. In dit onderzoek zijn 17 deskundigen geïnterviewd. Alle kwalitatieve gegevens zijn ingevoerd in het softwareprogramma Weft QDA. De resultaten van het onderzoek zijn verkregen middels het uitvoeren van een kwalitatieve casestudy.

De belangrijkste conclusie van dit onderzoek is dat de respondenten de Mededingingswet een complexe wet vinden. Organisaties vinden het lastig om te bepalen wat is toegestaan volgens de Mededingingswet. Artikel 6 uit de Mededingingswet blijkt een belangrijk artikel te zijn om te toetsen of een specifieke situatie vanuit een mededingingsrechtelijk kader wel of niet is toegestaan. Daarnaast blijkt uit dit onderzoek dat de coalitiepartijen veel investeren in onderlinge relaties. Uit de interviews blijkt dat er behoefte is aan verbindend leiderschap en een communicatieplan. Bovendien moeten er goede informatiesystemen worden ontwikkeld en de achterban moet bij het project betrokken worden. Daarnaast is het noodzakelijk om het samenwerkingsverband vitaal te houden, door te investeren in evaluaties en alliantiemanagement. Tot slot zijn er op basis van dit onderzoek nog aanbevelingen gedaan voor vervolgonderzoek.

INHOUD

VOORWOORD	3
SAMENVATTING	4
1 INLEIDING EN AANLEIDING	8
1.1 Inleiding	8
1.2 Aanleiding	9
1.3 Probleemstelling	9
1.3.1 Doelstelling	9
1.3.2 Hoofdvraag	10
1.3.3 Deelvragen	10
1.4 Relevantie	10
1.4.1 Maatschappelijke relevantie	10
1.4.2 Wetenschappelijke relevantie	11
1.5 Leeswijzer	12
2 ACHTERGROND EN INVULLING PROJECT ‘SLIMMER MET ZORG’	13
2.1 Gereguleerde marktwerking als besturingsmodel	13
2.2 Invoering wetten	14
2.3 Integrale zorg	15
2.4 Het project ‘ <i>Slimmer met Zorg</i> ’	16
2.4.1 De regio Eindhoven	16
2.4.2 Strategieën project ‘ <i>Slimmer met Zorg</i> ’	17
2.4.3 Mededingingswet	18
3 MEDEDINGINGSWET	19
3.1 Invoering Mededingingswet	19
3.2 Ondernemers	20
3.3 Afbakening relevante markten	20
3.4 Samenwerking	20
3.5 Toezichthouders	21
3.6 Mededingingsregels	22
3.6.1 Het Kartelverbod	22
3.6.2 Verbod op misbruik van de machtspositie	23
3.6.3 Concentratiecontrole	24

3.6.4	Opleggen van een boete	24
4	THEORETISCH KADER	25
4.1	Theoretische basis	25
4.2	Interorganisationele samenwerking	25
4.3	Kenmerken van interorganisationele samenwerking	26
4.4	Falen interorganisationele samenwerking	27
4.4.1	Faalfactoren interorganisationele samenwerking	27
4.5	Redenen voor samenwerking	30
4.6	Succesfactoren	33
4.6.1	Vertrouwen en verbindend leiderschap	33
4.6.2	Doelstellingen, ambitie en inzicht in elkaars belangen	34
4.6.3	Draagvlak & Daadkracht	35
4.6.4	Vitaal houden samenwerkingsverband	35
4.7	Eigen conceptueel model	36
5	METHODOLOGIE	37
5.1	Onderzoeksstrategie	37
5.1.1	Onderzoekstype	37
5.1.2	Onderzoeksdesign	37
5.2	Dataverzameling, analyse en dataverwerking	38
5.2.1	Gebruikte onderzoeksmethoden	38
5.2.2	Onderzoekspopulatie	40
5.2.3	Selectie van respondenten	40
5.2.4	Data-analyse	41
5.3	Wetenschappelijke eisen	41
5.3.1	Triangulatie	41
5.3.2	Kwaliteitscriteria	42
5.3.2.1	Betrouwbaarheid	42
5.3.2.2	Validiteit	43
6	RESULTATEN	45
6.1	Resultaten Mededingingswet	45
6.1.1	Ervaring respondenten met de Mededingingswet	45
6.1.2	Samenwerking in de zorg	46
6.1.3	Aspecten Mededingingswet	48
6.1.4	Samenwerking organisaties	50
6.1.5	Resumé	52

6.2 Resultaten interorganisatiele samenwerking	54
6.2.1 Ervaringen respondenten interorganisatiele samenwerking	54
6.2.2 Succesfactoren	55
6.2.3 Resumé	61
7 CONCLUSIES EN AANBEVELINGEN	62
7.1 Conclusies Mededingingswet	62
7.2 Conclusies interorganisatiele samenwerking	63
7.3 Aanbevelingen	64
7.3.1 Aanbevelingen voor de coalitiepartijen	64
7.3.2 Aanbeveling voor vervolgonderzoek	66
7.4 Korte Reflectie	66
7.4.1 Beperkingen onderzoek	66
7.4.2 Reflectie	66
8 REFERENTIES	68
 BIJLAGES	 72
Bijlage 1 Interviewhandleiding	73
Bijlage 2 Deelnemers Interviews	76

1. INLEIDING EN AANLEIDING

1.1 Inleiding

De Nederlandse gezondheidszorg is ingrijpend aan het veranderen. Het doel van deze hervorming is dat de gezondheidszorg door middel van de invoering van marktwerking wordt getransformeerd van een door de overheid gestuurde markt naar een zorgmarkt waarin sprake is van geregleerde marktwerking (Huijben, 2008). De termen *'vraagsturing'* en *'marktwerking'* worden tegenwoordig dan ook veel gebruikt in de Nederlandse gezondheidszorg. De overheid heeft verschillende wetswijzigingen ingevoerd die de marktwerking in de gezondheidszorg moeten bevorderen. Dit moet leiden tot concurrentie op prijs en kwaliteit, nieuwe organisatiestructuren, nieuwe manieren van samenwerking tussen organisaties, meer innovaties in de zorg, doelgerichter werken, betere kwaliteit van zorg, meer keuze voor de burger en een betere kostenbeheersing (Friele, 2009). Uiteindelijk moet dit leiden tot herpositionering van de rollen en verantwoordelijkheden van de overheid, de burgers, de zorgverzekeraars, de zorginstellingen en de zorgaanbieders (Maarse, 2011). Daarnaast kunnen er nieuwe organisaties of organisatievormen ontstaan (Huijben, 2008).

De geregleerde marktwerking in de gezondheidszorg heeft grote gevolgen voor zorgverzekeraars. Zij staan voor de uitdaging om te reageren op de ontwikkelingen in de gezondheidszorg. Zorgverzekeraar VGZ heeft om die reden in samenwerking met zorgverzekeraar CZ, zorggroepen PoZoB en DOH en cliëntenorganisatie Zorgbelang Brabant het project *'Slimmer met Zorg'* in 2012 ingevoerd in de regio Eindhoven en omgeving. Deze vijf organisaties hebben zich verbonden in een coalitie en stellen hun capaciteit beschikbaar om het project *'Slimmer met Zorg'* op te zetten en tot een succes te maken (Poll, 2012). In dit project wordt geëxperimenteerd met gedeelde regiobudgetten. Dit houdt in dat alle zorgverleners één budget krijgen voor de eerste- en tweedelijnszorg in een afgebakend gebied, afgestemd op de kenmerken van de inwoners (Maassen, 2012). In dit project wordt de huidige bekostigingssystematiek veranderd, hierdoor is het mogelijk om maatwerk te leveren voor de inwoners en hun zorgvraag. De financiële prikkels worden in deze nieuwe bekostigingssystematiek verlegd. De beloning hangt niet af van de uitgevoerde medische handelingen maar van de gezondheidswinst in een bepaalde regio. Zorgaanbieders verdienen volgens deze bekostigingssystematiek als ze de patiënten niet onnodig behandelen (Maassen, 2012). Het project *'Slimmer met Zorg'* richt zich op alle zorg, waarbij de burger in zijn sociale omgeving centraal staat en waarbij doorgaans verschillende disciplines betrokken zijn, is efficiënt, effectief, innovatief, ondersteunt zelfmanagement van burgers, beloont de kwaliteit en niet de kwantiteit,

kent een optimale gegevensuitwisseling en coördinatie tussen zorgverleners, is transparant, maakt resultaten zichtbaar en is er op gericht de kwaliteit van leven te verbeteren (Maassen, 2012).

Belangrijke succesfactoren van het project *'Slimmer met Zorg'* zijn: een sterke eerstelijnszorg, ontzorgen en een goede samenwerking tussen organisaties in de zorg over de schotten heen (Poll, 2012). Dit project is per definitie teamwork. Er moeten duidelijke afspraken worden gemaakt tussen de coalitiepartijen. Maar sinds de invoering van de gereguleerde marktwerking in de Nederlandse gezondheidszorg gelden er ook nieuwe regels voor de samenwerking in de zorgsector (NMa, 2010). De Mededingingswet geeft richtlijnen voor deze samenwerking. Wat zijn de mogelijkheden voor de coalitiepartijen en wat zijn de wettelijke grenzen van de Mededingingswet voor het project *'Slimmer met Zorg'*? Mogen de coalitiepartijen afspraken met elkaar maken? Belemmert dit niet de concurrentie volgens de Mededingingswet? Levert het samenwerkingsverband een bijdrage aan het verbeteren van de kwaliteit, efficiëntie, innovatie en betaalbaarheid van de zorgsector?

1.2 Aanleiding

Nederlandse burgers zijn afhankelijk van kwalitatief goede, toegankelijke en betaalbare zorg. Om dit in de toekomst te kunnen blijven garanderen moeten er verschillende innovaties in de zorgsector plaatsvinden. Minister Schippers (VWS) is bereid om experimenten met alternatieve vormen van bekostiging plaats te laten vinden in de Nederlandse gezondheidszorg (VWS, 2012). Het project *'Slimmer met Zorg'* is zo'n experiment dat op langere termijn kostenbesparing, kwaliteitsverbetering, doelmatigheid en andere financiële prikkels kan bewerkstelligen.

1.3 Probleemstelling

1.3.1 Doelstelling

Dit onderzoek bestaat uit twee delen. Het eerste deel van dit onderzoek heeft als doelstelling: het vaststellen hoe de coalitiepartijen om kunnen gaan met de Mededingingswet bij het invoeren van het project *'Slimmer met Zorg'*. Hierbij worden de wettelijke grenzen, kansen en mogelijkheden in kaart gebracht. De verkregen inzichten dienen als handvatten voor de conclusies en aanbevelingen. Het doel van het tweede gedeelte van dit onderzoek is inzichtelijk maken van de succesfactoren omtrent de samenwerking tussen de coalitiepartijen. Daarnaast wordt geanalyseerd hoe deze samenwerking tussen organisaties geoptimaliseerd dan wel organisatorisch opgezet kan worden.

1.3.2 Hoofdvraag

Naar aanleiding van de gestelde doelstelling, wordt hieronder de hoofdvraag van dit onderzoek geformuleerd:

“Hoe kan de samenwerking tussen de coalitiepartijen zodanig vorm worden gegeven, dat deze samenwerking een goede marktwerking op de zorgmarkt niet belemmert en welke strategieën biedt de theorie voor het optimaliseren van de samenwerking tussen organisaties?”

1.3.3 Deelvragen

De hoofdvraag zal worden uitgesplitst in de volgende vijf deelvragen teneinde een zo volledig en beredeneerd mogelijk antwoord op de hoofdvraag te geven:

1. Wat houdt de Mededingingswet in?
2. Welke grenzen en mogelijkheden van samenwerking in de zorg biedt de Mededingingswet?
3. Op welke manier kunnen de coalitiepartijen het project ‘*Slimmer met Zorg*’ ontwikkelen zodat deze voldoet aan de eisen die de Mededingingswet stelt?
4. Wat zijn succesfactoren bij interorganisationale samenwerking volgens de theorie?
5. Hoe kan de samenwerking tussen de coalitiepartijen bij het project ‘*Slimmer met Zorg*’ organisatorisch worden opgezet?

1.4 Relevantie

In de paragrafen hieronder worden de maatschappelijke en wetenschappelijke relevantie van dit onderzoek besproken. Dit onderzoek biedt aanvullingen op beide gebieden.

1.4.1 Maatschappelijke relevantie

Deze scriptie is maatschappelijk relevant omdat goede zorg uiteindelijk de hele maatschappij ten goede komt. De Nederlandse burgers zijn afhankelijk van voldoende beschikbare, toegankelijke, effectieve en goede zorg. Uit verschillende rapporten van de overheid blijkt dat er behoefte is aan nieuwe organisatievormen in de zorg (Berenschot & Van der Geest, 2012). De Nederlandse zorgsector is in zijn huidige vorm gefragmenteerd. De organisaties richten zich te veel op hun eigen taakuitoefening, terwijl de zorg als één geheel moet worden gezien. Er moet dan ook meer worden samengewerkt tussen organisaties over de schotten in de zorg heen. Hierdoor is een betere afstemming van zorg mogelijk, zodat de juiste zorg, op het juiste moment, door de juiste organisatie aan de juiste burger wordt geleverd. Optimale samenwerking komt uiteindelijk ten goede aan de

zorg van de burger en draagt bij aan de belangrijke maatschappelijke kwestie om de zorg in de toekomst innovatief, betaalbaar, effectief en efficiënt te houden.

Bovendien is dit onderzoek maatschappelijk relevant omdat het een bijdrage levert op het gebied van het mededingingsrecht in de gezondheidszorg. Het mededingingsrecht in de gezondheidszorg is in Nederland een proces en blijft in ontwikkeling. De maatschappij heeft baat bij een eerlijke mededinging, zo wordt de zorg optimaal verdeeld, de keuzemogelijkheden van de Nederlandse burgers worden gewaarborgd en lopen de prijzen van zorg niet te hoog op. Dit onderzoek levert dan ook belangrijke informatie over een rechtmatige samenwerking tussen de coalitiepartijen binnen de kaders die de Mededingingswet stelt.

1.4.2 Wetenschappelijke relevantie

Deze scriptie is wetenschappelijk relevant omdat het bijdraagt aan de kennis over samenwerking tussen organisaties in de zorg in Nederland. In de gezondheidszorg worden organisaties steeds vaker geconfronteerd met vraagstukken die geen enkele organisatie alleen op kan lossen. Organisaties zijn van elkaar afhankelijk om hun doelen te bereiken, goed kunnen samenwerken is voor organisaties hierbij essentieel (Kaats & Opheij, 2012). In deze scriptie wordt gebruik gemaakt van bestaande theorieën over interorganisationale samenwerking, netwerksamenwerking en alliantiemanagement. Bij het organisatorisch opzetten van het project '*Slimmer met Zorg*' worden de succesfactoren meegenomen van samenwerking volgens deze theorieën, zodat het project meer kans van slagen heeft. Ook kunnen de resultaten uit deze scriptie over samenwerking tussen organisaties in de zorg worden toegepast op andere beleidsterreinen in de publieke sector.

Ten tweede is de wetenschappelijke relevantie gelegen in het feit dat er slechts een beperkt aantal theorieën beschikbaar zijn op het gebied van samenwerking tussen organisaties in de zorg. Terwijl organisaties steeds meer moeten samenwerken om in te spelen op de huidige uitdagingen in de Nederlandse gezondheidszorg. In dit onderzoek wordt getracht een bijdrage te leveren aan deze bestaande theorieën door deze toe te passen op de zorgsector. Uit onderzoek blijkt dat eerstelijnszorg in staat is om 80% van alle zorgvragen adequaat op te vangen als de zorg goed wordt georganiseerd en als er optimaal wordt samengewerkt (Berenschot & Van der Geest, 2012). Deze samenwerking moet niet als vanzelfsprekend worden verondersteld. Samenwerking in de zorg is namelijk niet altijd toegestaan, hieraan zijn regels verbonden die zijn terug te vinden in de Mededingingswet. De te verwerven kennis in dit onderzoek draagt bij aan de bestaande kennis over het project '*Slimmer met Zorg*' en de Mededingingswet.

1.5 Leeswijzer

De opbouw van deze Masterthesis is als volgt.

In het tweede hoofdstuk van deze Masterthesis worden de achtergrond en de invulling van het project '*Slimmer met Zorg*' beschreven. In hoofdstuk 3 worden de belangrijkste elementen van de Mededingingswet in de zorgsector toegelicht. In hoofdstuk 4 wordt er vanuit een theoretische invalshoek ingegaan op de aspecten van samenwerking. Hier worden verschillende succesfactoren van samenwerking tussen organisaties beschreven. Vervolgens vindt in hoofdstuk 5 de methodologische verantwoording plaats. In hoofdstuk 6 staan de resultaten uit de literatuurstudie en de interviews centraal. Uiteindelijk worden in het laatste hoofdstuk de conclusies weergegeven en aanbevelingen voor vervolgonderzoek geformuleerd.

2. ACHTERGROND EN INVULLING PROJECT 'SLIMMER MET ZORG'

In het vorige hoofdstuk werd het onderwerp en de opzet van het onderzoek geïntroduceerd. In dit hoofdstuk wordt inzicht geboden tegen welke achtergrond het project '*Slimmer met Zorg*' wordt ingevoerd en opgezet. Achtereenvolgens zullen de gereguleerde marktwerking als besturingsmodel (paragraaf 2.1), de invoering van wetten die marktwerking in de Nederlandse gezondheidszorg moeten bevorderen (paragraaf 2.2), integrale zorg (paragraaf 2.3) en de invulling van het project '*Slimmer met Zorg*' worden besproken (paragraaf 2.4).

2.1 Gereguleerde marktwerking als besturingsmodel

'Gereguleerde marktwerking' is een begrip waar men in de Nederlandse gezondheidszorg niet meer om heen kan (Van der Kraan, 2006). *'Gereguleerde marktwerking betekent dat er ter waarborging van een aantal publieke belangen een heel arsenaal van door de overheid opgestelde regels geldt. De term verwijst naar een complexe mengvorm van hiërarchische- en marktbesturing. De overheid kiest voor marktbesturing om haar doeleinden in de zorg te realiseren, maar reguleert die marktwerking tegelijkertijd door middel van hiërarchische besturing in de vorm van beleid en regelgeving'* (Van der Kraan, 2006, p. 57). Diverse ontwikkelingen hebben voor de opkomst van gereguleerde marktwerking gezorgd. Ten eerste is sprake van een veranderende maatschappij, nieuwe leefpatronen, een toegenomen individualisering, liberalisering en emancipatie van de burgers (Segbregts, 2007). Burgers worden steeds mondiger, meer geëmancipeerd, zijn hoger opgeleid, zijn beter geïnformeerd en georganiseerd, willen eigen keuzes maken en eisen hoge kwaliteit van zorg (Berenschot & Van der Geest, 2012). Ten tweede is de zorgvraag veranderd. Dit wordt veroorzaakt doordat infectieziekten in de afgelopen decennia zijn afgenomen, terwijl chronische ziekten steeds vaker voorkomen (Berenschot & Van der Geest, 2012). Deze toename van chronische ziekten komt doordat de Nederlandse burgers steeds ouder worden en vaker last hebben van (meerdere) complexe chronische ziekten. Hierdoor krijgt de vraag van zorg een langdurig karakter. Ten Derde zijn er steeds meer technologische ontwikkelingen en neemt de medische kennis in hoog tempo toe. Hierdoor zijn steeds meer geavanceerde en dure medische behandelingen mogelijk waardoor de gemiddelde levensduur van de burgers stijgt (Berenschot & Van der Geest, 2012). Ten slotte is de sturingsvisie van de overheid veranderd, er kwam meer interesse voor liberalisering van de gezondheidszorg (Van der Kraan, 2006). Het oude aanbodgestuurde systeem leidde tot tekortkomingen in de gezondheidszorg. Er was sprake van te veel regels en daardoor te veel bureaucratie. Organisaties in de zorg werden te weinig geprikkeld om effectief, doelmatig en efficiënt te werk te gaan, om zo de zorgkosten in de hand te houden (Van der Kraan, 2006).

De invoering van gereguleerde marktwerking in de Nederlandse gezondheidszorg heeft gevolgen voor de rollen en verantwoordelijkheden van de overheid, de burgers, de zorgverzekeraars en de zorgaanbieders (Maarse, 2011). Hierbij is het streven om verantwoordelijkheden en beslisrechten te decentraliseren. Bij gereguleerde marktwerking zijn de belangrijkste taken van de overheid: het beperken en formuleren van algemene beleidskaders en spelregels, het bewaken van de toegankelijkheid en kwaliteit, het bevorderen en reguleren van de concurrentie, het tegengaan van risicoselectie en het tegengaan van ongewenste kostenstijgingen (CPB, 2003). Ook de positie van de burger is veranderd bij de invoering van gereguleerde marktwerking. De burger wordt gezien als een redelijk goed geïnformeerde, kritische zorgconsument. De zorg moet transparanter worden, zodat burgers meer inzicht krijgen in de kwaliteit van zorg. Hierdoor zou de burger op een onafhankelijke en rationele wijze keuzes kunnen maken (Grit, Van de Bovenkamp, & Bal, 2008). Van burgers wordt verwacht dat zij overstappen naar een andere zorgverlener of zorgverzekeraar indien zij niet tevreden zijn over de geleverde zorg. Naast de veranderende rollen van de overheid en de burgers is ook de rol van de zorgverzekeraars in Nederland aan verandering onderhevig. Zorgverzekeraars krijgen de taak om met de zorgaanbieder te onderhandelen over prijs, kwaliteit en volume. Zij proberen op een gunstige manier zorg in te kunnen kopen. Zorgverzekeraars hebben de verantwoordelijkheid op zich genomen om de zorgkosten te beheersen, zij hebben een sturende, begeleidende en coördinerende rol gekregen (Meersma & Van Schelven, 2012). Daarnaast zijn zorgverzekeraars verantwoordelijk om de uitvoering te monitoren en waar nodig initiatieven te nemen voor zorgverbetering of -vernieuwing (Den Engelsens, 2012). Bij gereguleerde marktwerking wordt van zorgverleners verwacht dat zij meer met elkaar gaan concurreren. Burgers krijgen steeds meer keuzevrijheid en kunnen zelf bepalen welke zorgverlener men kiest. Hierdoor wordt van zorgverleners verwacht dat zij hun aanbod beter afstemmen op de wensen, behoeften en mogelijkheden van de burger. Zorgverleners moeten zich proberen te onderscheiden van andere aanbieders om zo de burgers te behouden en aan te trekken om inkomstenbronnen te genereren. Ze kunnen zich onder andere onderscheiden op: product, plaats, prijs, proces, personeel en promotie (Indora, 2007).

2.2 Invoering wetten

Verschillende wetten zijn ingevoerd om de marktwerking in de Nederlandse gezondheidszorg te bevorderen. Op 1 januari 2006 is de Zorgverzekeringswet ingevoerd. Deze wet zorgde voor een einde aan de tweedeling tussen de ziekenfonds- en de particuliere verzekering (Maarse, 2011). In het huidige stelsel wordt een onderscheid gemaakt tussen de Naturapolis, de Restitutiepolis, een combinatie van beide polissen of een zogenaamde pro-life polis. De Zorgverzekeringswet verplicht alle burgers die in Nederland wonen en/of loonbelasting betalen een basisverzekering af te sluiten en

zorgverzekeraars hebben een acceptatieplicht (NZa, 2012). Ook de Wet Marktordening Gezondheidszorg bevordert de marktwerking in de Nederlandse gezondheidszorg. Deze wet regelt de ontwikkeling, ordening, tarieven, marktwerking en het toezicht op de markten voor gezondheidszorg (Rijksoverheid, 2012). Hierdoor worden de kosten van de zorg in de greep gehouden en wordt de positie van de burger beschermd. Daarnaast wil de overheid de rechtspositie van de burgers versterken en verduidelijken met de Wet cliëntenrechten zorg. Deze wet geeft burgers in de toekomst recht op goede en doelmatige zorg en regelt de verantwoordelijkheden van zorgaanbieders voor de kwaliteit van zorg (VWS, 2010). De Wet cliëntenzorg is controversieel verklaard en wordt in deze kabinetsperiode behandeld door de Tweede Kamer.

2.3 Integrale zorg

In de vorige paragrafen is beschreven dat de Nederlandse overheid zoveel mogelijk wil inzetten op marktwerking in de Nederlandse gezondheidszorg. Gereguleerde marktwerking in de gezondheidszorg is een ontwikkelingsproces, dat de komende jaren stapsgewijs verder wordt ingevuld (Maarse, 2011). Verschillende experimenten, innovaties en hervormingen zullen de komende jaren plaatsvinden om de marktwerking te optimaliseren. Zo benadrukt het rapport van NYFER (Forum For Economic Research) de noodzaak van hervorming van de zorg, om in de toekomst aan de zorgvraag te voldoen, om de kwaliteit te kunnen waarborgen en om de zorgkosten te kunnen beheersen (Berenschot & Van der Geest, 2012). Dit rapport stelt dat de zorg in zijn huidige inrichting, organisatie en financiering te veel is gefragmenteerd. Deze fragmentatie leidt tot ondoelmatigheid van zorg, een gebrek aan transparantie, onzorgvuldige communicatie, onduidelijke verantwoordelijkheden en tot een gebrek aan coördinatie tussen organisaties. Er is volgens dit rapport behoefte aan innovatieve organisatievormen en een nieuwe bekostigingssystematiek in de zorg. Hierbij bepalen de lokale omstandigheden welke organisatievorm in een bepaalde context optimaal is. Daarnaast stelt dit rapport dat er in de nieuwe bekostigingssystematiek aandacht moet zijn voor preventie, verbetering van de leefstijl, bevordering van zelfmanagement en op het bevorderen van substitutie van de tweede naar de eerstelijns zorg. Ook minister Schippers (VWS) ziet in dat er verschillende experimenten en hervormingen moeten plaats vinden in de Nederlandse gezondheidszorg. In haar brief van 7 februari 2012 heeft zij aangegeven dat zij experimenten van alternatieve vormen van bekostiging van zorg mogelijk wil maken. Dit in het kader van kostenbeheersing, beschikbaarheid, toegankelijkheid en kwaliteit van zorg (Tweede Kamer, 2012). Het doel is om hierdoor nieuwe financiële prikkels en een andere verantwoordelijkheidsverdeling te introduceren bij zorgverzekeraars, zorgverleners, overheid en burgers om zo de groei in de zorguitgaven om te buigen (Poll, 2012). In een brief van Zorgverzekeraars Nederland van 14 juni jl. wordt gesproken over zogenaamde 'proeftuinen' rondom vormen van populatiegebonden

bekostiging: *'samenwerken aan betere zorg tegen lagere kosten'* (Bouwman, 2012). In Nederland lopen er momenteel verschillende projecten met vormen van populatiegebonden bekostiging. Er zijn verschillende strategieën mogelijk om de zorguitgaven te verminderen en om de toegankelijkheid van de zorg te vergroten. Deze projecten zijn meestal gebaseerd op experimenten in het buitenland en zijn kleinschalig. In de brief van Zorgverzekeraars Nederland staat dat VWS een selectie maakt van een beperkt aantal proeftuinen. De geselecteerde projecten worden gemonitord en onderling vergeleken op werkzaamheid en resultaten. De geselecteerde projecten krijgen daarmee landelijke aandacht en bovendien kunnen eventuele belemmeringen in regelgeving vanuit dit samenwerkingsverband worden geagendeerd (Bouwman, 2012). Het project *'Slimmer met Zorg'* is zo'n proeftuin die op langere termijn moet leiden tot betere en toegankelijke zorg tegen lagere kosten.

2.4 Het project *'Slimmer met Zorg'*

Uit: startnotitie project 'Slimmer met Zorg'

In de regio Eindhoven en omgeving is op 1 januari 2013 het project *'Slimmer met Zorg'* gestart. Het project is een experiment dat vijf jaar duurt. De coalitie heeft in een gezamenlijke startnotitie vastgelegd om in Eindhoven en omgeving een toekomstbestendige aanpak voor de zorg te ontwikkelen. Deze startnotie is een langetermijnstrategie dat zich richt op de kwaliteitsverbetering van zorg, behoud of verbetering van gezondheid, regionale samenwerking tussen organisaties, besparingen beschikbaar stellen aan verdere innovaties en ander gedrag van zorgverleners, zorgverzekeraars, burgers en overheid (Poll, 2012). Het project begint met de vijf coalitiepartijen, het is de bedoeling dat het project steeds verder uitrolt, uiteindelijk worden er andere partijen bij betrokken: ziekenhuizen, gemeente Eindhoven en omliggende gemeenten, GGD, werkgevers etc.

In het project *'Slimmer met Zorg'* is een belangrijk middel het ontschotten van de huidige zorgstructuur. Er moet worden samengewerkt over de schotten heen, waardoor substitutie van de tweede- naar eerstelijnszorg mogelijk is. Dit project is niet gericht op het leveren van productie en competitie, maar op het leveren van zorg op maat (Poll, 2012). Hiervoor is de introductie van een andere economische prikkel noodzakelijk.

2.4.1 De regio Eindhoven

De regio Eindhoven telt in totaal vier ziekenhuizen en vier zorggroepen, onder wie zorggroepen PoZoB en DOH. Zorgverzekeraars CZ en VGZ investeren al jaren in zorgvernieuwing in samenwerking met de zorggroepen PoZoB en DOH. Deze relatie tussen de zorgverzekeraars en zorggroepen stijgt dan ook uit boven een normale contracteerrelatie (Poll, 2012). In totaal zijn er 300.000 burgers

verzekerd bij CZ of VGZ die in zorg zijn bij zorggroep PoZoB of DOH (Poll, 2012). Zorgverzekeraars CZ en VGZ hebben een marktaandeel van 90% in de regio Eindhoven.

2.4.2 Strategieën project 'Slimmer met Zorg'

Het project '*Slimmer met Zorg*' bestaat uit vier strategieën: zorg op maat, een sterke eerstelijnszorg, ontzorgen en het delen en herinvesteren van besparingen (shared savings). In de paragrafen hieronder wordt op deze vier strategieën ingegaan.

Zorg op maat: substitutie

Zorg op maat is cruciaal in het project '*Slimmer met Zorg*'. Dat wil zeggen dat er eerstelijnszorg geleverd moet worden als dat kan, in de tweedelijns als dat moet. Er moet meer substitutie komen van tweede- naar eerstelijns zorg. De coalitie wil dat medisch specialisten meer mee gaan denken met zorgverleners in de eerstelijns zorg. De medisch specialisten kunnen om een advies worden gevraagd of ze kunnen een interventie plegen zonder de zorg volledig over te nemen (Poll, 2012). De medische specialistische expertise wordt daarmee onderdeel van de eerstelijns zorg. Daarnaast betekent zorg op maat ook dat enkele taken van de huisarts naar bijvoorbeeld de wijkverpleegkundige, praktijkondersteuner of assistente worden gedelegeerd (Poll, 2012).

Een sterke eerste lijn

De coalitie ziet een sleutelrol voor een sterke eerstelijnszorg: de zorg moet laagdrempelig en op maat zijn, moet onnodige medicalisering tegengaan, er moet aandacht zijn voor ontzorgen en daarnaast moet zelfredzaamheid, zelfstandigheid en de kwaliteit van leven worden bevorderd (Poll, 2012). De eerstelijns zorgverleners hebben veel contact met de burgers, zij diagnosticeren, informeren, begeleiden, behandelen, verwijzen door, hebben een vertrouwensrelatie met hun patiënten, zijn het eerste aanspreekpunt en bovendien hebben zij een grote invloed op de route die een patiënt bewandeld in de zorg (Poll, 2012). Zij hebben veel invloed op de kwaliteit en kosten van zorg.

Ontzorgen

Het ontzorgen is een andere belangrijke strategie binnen het project '*Slimmer met Zorg*'. Burgers voelen zich vaak afhankelijk van zorg en doen niet snel een beroep op hun eigen oplossend vermogen om hun ziekte zelf te managen. E-health en domotica leveren een belangrijke bijdrage aan het ontwikkelen van zelfmanagement. Dit vergt ook een paradigmashift voor zorgverleners: zij moeten niet meer 'zorgen' maar burgers coachen en zelfzorg stimuleren (Poll, 2012).

Shared Savings

De verwachting is dat het project '*Slimmer met Zorg*' leidt tot lagere zorgkosten. Door de zorg slimmer te coördineren, door de juiste zorg op de juiste plaats te geven, kunnen onnodige zorgkosten worden vermeden. Deze 'besparingen' (shared savings) worden uiteindelijk verdeeld tussen verzekerden, zorgverzekeraar en zorgverleners en geherinvesteerd in de Nederlandse gezondheidszorg (Poll, 2012).

2.4.3 Mededingingswet

Bij het project '*Slimmer met Zorg*' worden gegevens over kwaliteit en kosten verzameld, bewerkt, geanalyseerd, beheert en gerapporteerd om de effecten te kunnen monitoren. De coalitiepartijen willen gebruik maken van een 'trusted third party' om de data te beheren, te extraheren, te pseudonomiseren, anonimiseren en te koppelen (Poll, 2012). Dit om binnen de grenzen te blijven die de Mededingingswet stelt. Ook andere activiteiten van het project '*Slimmer met Zorg*' raken de randen van de Mededingingswet en gaan daar mogelijk overheen. Hierbij kan gedacht worden aan de concurrentie, de samenwerking en de keuzevrijheid van burgers.

In dit onderzoek wordt getracht om de samenwerking tussen de coalitiepartijen bij het project '*Slimmer met Zorg*' succesvol te maken. In het volgende hoofdstuk worden de wettelijke grenzen, kansen en mogelijkheden die de Mededingingswet biedt, in kaart gebracht.

3. MEDEDINGINGSWET

In dit hoofdstuk wordt de Mededingingswet beschreven en wordt antwoord gegeven op de volgende twee deelvragen:

- Wat houdt de Mededingingswet in?
- Welke grenzen en mogelijkheden van samenwerking in de zorg biedt de Mededingingswet?

In paragraaf 3.1 komt de invoering van de Mededingingswet aan bod. In paragraaf 3.2 wordt beschreven wie worden gerekend als ondernemers volgens de Mededingingswet. Vervolgens worden in paragraaf 3.3 de begrippen relevante productmarkt en relevante geografische markt gedefinieerd. In de daaropvolgende paragrafen wordt in gegaan op de samenwerking in de Nederlandse Gezondheidszorg (3.4) en de bevoegdheidsverdeling van NMa en NZa ten aanzien van toezicht op mededinging in de zorgsector (3.5). In de laatste paragraaf worden de Mededingingsregels besproken (3.6).

3.1 Invoering Mededingingswet

In 1958 is het Europese mededingingsrecht ingevoerd. In de artikelen 101 en 102 van het VwEU is het verbod vastgelegd op concurrentiebelemmerende afspraken en op het misbruik maken van de economische machtspositie (NMa, 2013). Daarnaast is er een Concentratieverordening ingevoerd (Verordening 139/2004). In deze verordening zijn regels gesteld aan overnames en fusies van ondernemingen die de concurrentie kunnen verstoren (NMa, 2013). In heel Europa geldt dezelfde toepassing van het Europese mededingingsrecht. De gezondheidszorg is in vrijwel alle Europese landen anders ingericht. De overheidsbemoeienis rond (de omvang van) het aanbod, de kwaliteit, de organisatie, de uitgaven en de financiering van zorg verschilt in alle Europese lidstaten en gezondheidszorgstelsels aanzienlijk (RVZ, 2000).

De Nederlandse Mededingingswet is gebaseerd op het Europese mededingingsrecht. De ontwikkelingen in Europa zijn van grote invloed voor de manier waarop in Nederland met het mededingingsrecht wordt omgegaan. Op 1 januari 1998 is de Nederlandse Mededingingswet in werking getreden. Het vertrekpunt van deze wet is om eerlijke concurrentieverhoudingen tussen ondernemingen te bewerkstelligen zodat de keuzevrijheid, betaalbaarheid, bereikbaarheid, kwaliteit en keuzemogelijkheden worden gewaarborgd. Sinds 1 januari 2006 is het nieuwe zorgstelsel ingevoerd (De Lint, 2011). Met name de introductie van gereguleerde marktwerking in de Nederlandse gezondheidszorg heeft er voor gezorgd dat de Mededingingswet van toepassing is op alle ondernemers die werkzaam zijn in de Nederlandse zorgsector (De Lint, 2011).

3.2 Ondernemers

In het nieuwe zorgstelsel worden zorgverleners en zorgverzekeraars beschouwd als ondernemers die met elkaar kunnen concurreren (NMa, 2010a). De Mededingingswet verbiedt alle ondernemers om afspraken te maken die de concurrentie beperken. De burger komt centraal te staan. Van burgers wordt verwacht dat zij overstappen naar een andere ondernemer als zij ontevreden zijn over de geleverde diensten.

3.3 Afbakening relevante markten

Als hulpmiddel bij het maken van een mededingingsrechtelijke analyse wordt vaak gebruik gemaakt van de afbakening van de relevante markt (NMa, 2010). Dit kan van belang zijn om de positie van een onderneming te bepalen die betrokken is bij misbruik van een economische machtspositie, betrokken is bij een concentratie of bij een kartel. Met behulp van marktaandelen kan worden beoordeeld wat de impact is van bijvoorbeeld een economische machtspositie op die markt (NMa, 2010). De relevante markt bestaat uit twee onderdelen: de relevante productmarkt en de relevante geografische markt.

“De relevante productmarkt omvat alle producten en/of diensten die op grond van hun kenmerken, hun prijzen en het gebruik waarvoor zij zijn bestemd, door de afnemer als onderling verwisselbaar worden beschouwd. Bepalend voor de afbakening van de relevante productmarkt zijn onder meer de fysieke en technische karakteristieken van de goederen of de aard van diensten, prijsverhoudingen en reacties van afnemers op prijswijzigingen” (NMa, 2010b, p. 4).

“De relevante geografische markt is het gebied waarbinnen de betrokken ondernemingen werkzaam zijn en waar de concurrentievoorwaarden voldoende gelijk zijn en duidelijk verschillen van de concurrentievoorwaarden in aangrenzende gebieden. De relevante geografische markt kan een deel van Nederland zijn (bijvoorbeeld een (aantal) gemeente(s) of een provincie), geheel Nederland of een groter gebied. Bepalend voor de afbakening zijn onder meer: de marktverhoudingen tussen de aanbieders in verschillende gebieden, prijsverschillen, aankoopgedrag van de afnemers en handelsstromen” (NMa, 2010b, p. 5).

3.4 Samenwerking

Steeds vaker werken ondernemers intensief samen in de Nederlandse gezondheidszorg. Hierdoor krijgt de consument de zorg die hij nodig heeft. Verschillende ondernemers zijn betrokken bij de behandeling van één consument, betere coördinatie tussen deze ondernemers is van belang om de zorg goed op elkaar te laten aansluiten en om continuïteit te kunnen waarborgen (De Lint, 2011). De

Mededingingswet moet niet worden gezien als een verbod op samenwerking. Samenwerking is zelfs goed als dit de consument ten goede komt, hierdoor kan de kwaliteit van zorg worden verbeterd en de betaalbaarheid worden gewaarborgd (NMa, 2010a). Echter ondernemers vinden het in specifieke situaties onduidelijk wat vanuit een mededingingsrechtelijk kader wel en niet is toegestaan bij de samenwerking (NMa, 2009). Ondernemers weten niet hoe ze de Mededingingswet moeten interpreteren, hierdoor wordt de samenwerking tussen ondernemers afgeremd (NMa, 2010c). De Nederlandse Mededingingsautoriteit (NMa) toetst achteraf pas of een samenwerking is toegestaan, dit brengt veel risico's voor ondernemers met zich mee. Als ondernemers duidelijkheid willen krijgen over de Mededingingswet moeten ze juridische deskundigen inhuren. De kosten hiervoor zijn te hoog, dat menig organisatie hiervoor terugdeinst. Hierdoor blijven veel kansen voor kwaliteitsverbetering van de zorg liggen (Zorgvisie, 2011). Ondernemers ervaren een dilemma: ze moeten samenwerken om de kwaliteit en betaalbaarheid van de zorg te verbeteren. Maar het is voor ondernemers onduidelijk wat wel en niet mag van de NMa. Ondernemers kunnen forse boetes verwachten als ze de Mededingingswet niet naleven. In het verleden is de NMa handhavend opgetreden. Op 24 september 2008 werd door de NMa aan een vijftal thuiszorgaanbieders een miljoenenboete opgelegd omdat zij de Mededingingswet niet hebben nageleefd (Schotanus, 2011). Deze miljoenenboete heeft alle organisaties in de gezondheidszorg alert gemaakt op het belang van het naleven van de Mededingingswet.

3.5 Toezichthouders

Zowel de NMa als de NZa hebben taken op het gebied van de mededinging in de gezondheidszorg, zij handhaven de Mededingingswet en houden de concurrentie tussen ondernemers in de gaten (NZa & NMa, 2010). Ondernemers zijn zelf verantwoordelijk om te controleren of de samenwerkingsplannen in overeenstemming zijn met de Mededingingswet (NMa, 2010a). De Richtsnoeren voor de Zorgsector (uitgegeven door de NMa) bieden hierbij een handvat. Elke casus is uniek, per geval wordt gekeken naar de concrete omstandigheden. De NMa beoordeelt de afspraken ex post, als blijkt dat ondernemers de Mededingingswet hebben overtreden, kan de NMa sancties opleggen en maatregelen nemen (NMa, 2010a). In tabel 1 is te zien wat de rollen van de NMa en NZa zijn ten aanzien van toezicht op mededinging in de zorgsector.

Bevoegdheid	NMa	NZa
Handhaving kartelverbod	Bevoegdheid om kartels op te sporen en handhavend op te treden (art. 6 Mw).	Geen bevoegdheid.
Concentratiecontrole	Bevoegdheid om concentraties te beoordelen	Geen bevoegdheid. NMa vraagt of NZa een zienswijze wenst af te geven.
Toezicht op economische machtsposities/aanmerkelijke marktmacht	Handhaven verbod misbruik economische machtspositie (art. 24 Mw). Repressieve (ex post) toets van gedrag. Mogelijkheid om sancties op te leggen	Kan vooraf verplichtingen opleggen aan marktpartijen met aanmerkelijke marktmacht (artikel 48 Wmg). Preventie (ex ante) toets van gedrag. Bij een samenloop van bevoegdheden heeft de NZa voorrang boven de NMa bij het oppakken van aanmerkelijke marktmacht.

Tabel 1: Bevoegdheidsverdeling NMa en NZa ten aanzien van toezicht op mededinging in de zorgsector (NMa, 2010, p. 13).

3.6 Mededingingsregels

In de Mededingingswet staan regels waar ondernemers zich aan moeten houden. In de paragrafen hieronder worden deze regels toegelicht.

3.6.1 Het Kartelverbod

De Mededingingswet verbiedt overeenkomsten, besluiten of gedragingen tussen ondernemingen die tot gevolg hebben dat de mededinging op (een deel van) de Nederlandse markt wordt verhinderd, beperkt of vervalst (De Lint, 2011). Afspraken die tot doel hebben de concurrentie te beperken vallen onder het Kartelverbod. Ondernemers handelen in strijd met de Mededingingswet als zij met concurrenten afspraken maken over prijzen, kortingen, toeslagen en tarieven, onderlinge marktverdeling, als zij overleggen over aanbestedingen of als ze gemeenschappelijk besluiten om geen producten of diensten meer te leveren aan een derde partij (gemeenschappelijke boycot) (NMa, 2010a). Deze afspraken leiden zelden tot nooit tot voordelen voor de consumenten.

In de zorgsector worden in toenemende mate informatie uitgewisseld door ondernemers. Samenwerking op het gebied van ondersteunende processen is niet snel in strijd met het kartelverbod, omdat het gezamenlijk optrekken van ondernemers op dit vlak geen (merkbaar) effect

hebben op de mededinging (De Lint, 2011). Hierbij valt te denken aan samenwerking op het gebied van administratieve processen, logistiek, ICT, gezamenlijke inkoop van productiematerialen en kwaliteitsafspraken tussen ondernemers (De Lint, 2011). Deze ondersteunende processen zijn in de toekomst onmisbaar om de zorg efficiënt, effectief en kwalitatief hoogwaardig te kunnen organiseren (NMa, 2010). Samenwerken op het gebied van informatie-uitwisseling zal de mededinging niet beperken als het gaat om zorginhoudelijke aspecten (NMa, 2010a). Deze informatie-uitwisseling mag niet worden gebruikt voor het uitwisselen van concurrentiegevoelige informatie, zoals prijs, productie of marktverdelingsafspraken. Dit kan er toe leiden dat ondernemingen minder scherp met elkaar gaan concurreren en dit beperkt de mededinging (NMa, 2010). Bovendien moeten de eisen voor deelname aan deze informatie-uitwisseling duidelijk, toegankelijk en objectief zijn voor ondernemers (NMa, 2010a).

Bepaalde individuele afspraken tussen ondernemers zijn onder bepaalde voorwaarden vrijgesteld van het kartelverbod, omdat de voordelen ervan opwegen tegen het nadeel van concurrentiebeperking (NMa, 2010a). Dit kan het geval zijn als de samenwerking bijdraagt tot verbetering van de productie of distributie, of technische of economische vooruitgang oplevert (De Lint, 2011). De concurrentie mag hierbij niet worden beperkt dan strikt noodzakelijk is. De voordelen moeten voor een deel ten goede komen aan de consument en bovendien moet er voldoende restconcurrentie overblijven (De Lint, 2011). Zodat de consument nog keuzevrijheid heeft.

3.6.2 Verbod op misbruik van de machtspositie

Artikel 24 van de Mededingingswet verbiedt alle ondernemingen om misbruik te maken van een economische machtspositie. Als de mededinging op (een deel van) de Nederlandse markt wordt verhinderd door een onderneming, dan heeft deze onderneming een economische machtspositie (De Lint, 2011). Deze onderneming kan zich dan onafhankelijk gedragen van haar concurrenten, leveranciers, afnemers of de eindgebruikers (NMa, 2010). Als de onderneming over een groot marktaandeel op de relevante markt beschikt of als er hoge toetredingsdrempels zijn kan er sprake zijn van een economische machtspositie (NMa, 2010).

Volgens de Mededingingswet is het niet verboden om een economische machtspositie te hebben. Het is wel verboden om misbruik te maken van de machtspositie (NMa, 2010). Dit is bijvoorbeeld het geval als te hoge prijzen worden gevraagd, als de productie wordt beperkt, bij onredelijke contractvoorwaarden, als nieuwe ondernemingen niet kunnen toetreden tot de relevante markt (uitsluiting), als concurrenten van een onderneming niet meer kunnen operen op de relevante markt

of de weigering om te onderhandelen (NMa, 2010). Als de NMa het vermoeden heeft dat een markt verstoord is waarop een ondernemer zijn diensten aanbiedt, wordt er een onderzoek gestart.

3.6.3 Concentratiecontrole

Daarnaast houdt de NMa zich bezig met het controleren van concentraties: toezicht op fusies, overnames en de totstandkoming van bepaalde gemeenschappelijke ondernemingen op de Nederlandse Zorgmarkt (NMa, 2010). Hiermee probeert de NMa te voorkomen dat concentraties van ondernemingen resulteren in ondernemingen die zoveel macht hebben dat ze op een relevante markt de concurrentie kunnen beïnvloeden of zelfs uit kunnen schakelen. Dit doet de NMa door preventief te toetsen of een concentratie de mededinging kan beperken (NMa, 2010). Een concentratie in de zorgsector moet gemeld worden als bepaalde omzetrempels worden overschreden.

3.6.4 Opleggen van een boete

De NMa kan een onderzoek starten als zij het vermoeden hebben als de Mededingingswet niet wordt nageleefd. Als blijkt dat ondernemers de Mededingingswet hebben overtreden kan de NMa diverse sancties toepassen, zoals het opleggen van een (persoonlijke) boete (NMa, 2010a).

In dit hoofdstuk zijn de belangrijkste elementen van de Mededingingswet besproken. In het volgende hoofdstuk wordt op basis van theorie inzicht gegeven in de onderzoeksvragen.

4. THEORETISCH KADER

In het vorige hoofdstuk zijn de belangrijkste onderdelen van de Mededingingswet aan bod gekomen. De theorie van dit onderzoek bestaat uit twee delen. Enerzijds staat de Mededingingswet centraal, anderzijds de succesfactoren van samenwerken tussen organisaties in de zorg. In dit hoofdstuk worden de relevante multidisciplinaire theorieën over interorganisationale samenwerking uiteengezet. Deze kennis en inzichten kunnen helpen bij het realiseren van een succesvolle samenwerking tussen de coalitiepartijen in het project *'Slimmer met Zorg'*. Tevens wordt in dit hoofdstuk antwoord gegeven op de volgende deelvraag:

- Wat zijn succesfactoren bij interorganisationale samenwerking volgens de theorie?

Allereerst wordt de theoretische basis beschreven in paragraaf 4.1. In paragraaf 4.2 wordt besproken wat interorganisationale samenwerking precies inhoudt. In paragraaf 4.3 staan de kenmerken van interorganisationale samenwerking centraal. Vervolgens wordt in paragraaf 4.4 stilgestaan bij de faalfactoren van interorganisationale samenwerking en in paragraaf 4.5 worden de redenen van interorganisationale samenwerking besproken. Tot slot staan in de laatste paragraaf (4.6) de succesfactoren van interorganisationale samenwerking centraal.

4.1 Theoretische basis

De theoretische basis van dit hoofdstuk komt uit een publicatie van Kaats en Opheij (2012). Deze publicatie biedt een overzicht van verschillende oorspronkelijke en recente aspecten, ervaringen en wetenschappelijke inzichten van verschillende auteurs over complexe samenwerkingsvraagstukken. Bovendien is deze publicatie geschreven voor organisaties die een samenwerkingsverband tot stand willen brengen, dit is het geval bij het project *'Slimmer met Zorg'*. In dit hoofdstuk zijn de theorieën uit deze publicatie aangevuld en aangescherpt door publicaties en theorieën van andere auteurs.

4.2 Interorganisationale samenwerking

Uit de literatuur blijkt dat er een ruime tijd nadruk wordt gelegd op het belang van samenwerken voor het behalen van doelen (Mayo, 1945). Pröpper (2000) ziet het begrip autonoom handelen als tegenovergestelde van samenwerken. Hij stelt dat bij autonoom handelen actoren gescheiden van elkaar en zonder afstemming, zelfstandig opereren op basis van individueel gestelde doelen. Hij ziet samenwerking als een bijzondere vorm van coördinatie. Samenwerken kan worden beschreven als een bewuste bundeling van krachten, waarbij zowel individuele als gemeenschappelijke doelen een rol spelen (Pröpper, 2000).

In de literatuur wordt een onderscheid gemaakt tussen intraorganisationale samenwerking en interorganisationale samenwerking (Mintzberg, Jorgensen, Dougherty & Westley, 1996). In dit onderzoek wordt nader ingegaan op de succesfactoren van samenwerking tussen organisaties in de zorg, oftewel interorganisationale samenwerking. Er worden verschillende definities gehanteerd voor het begrip interorganisationale samenwerking. Een strategische alliantie wordt als algemene verzamelnaam gebruikt voor interorganisationale samenwerking (Gulati & Singh, 1998). Interorganisationale samenwerking heeft betrekking op het aangaan van een relatie, door meerdere partijen die verenigbare of aanvullende belangen en doelen hebben, om wederzijds voordeel te behalen (Lupgens & Ziggers, 2004). Interorganisationale samenwerking kan ook worden gezien als: het ontplooiën van activiteiten door bedrijven die een afhankelijke relatie met elkaar hebben om gezamenlijke uitkomsten te behalen (Smith, Carroll, & Ashford, 1995). Boonstra (2007) ziet een interorganisationale samenwerking als: *“Duurzame samenwerkingsverbanden tussen een of meer onafhankelijke ondernemingen, met een gezamenlijk doel en gezamenlijke risico’s, kosten en opbrengsten en gezamenlijke besluitvorming”* (p.11). Boonstra (2007) stelt dat interorganisationale samenwerking bijdraagt aan de innovatiekracht en verbetering van de productiekwaliteit van afzonderlijke organisaties. Kaats en Opheij (2012) volgen deze lijn en voegen daar aan toe dat organisaties samen dingen kunnen bereiken die voor een individuele organisatie ondenkbaar zijn. Daarnaast worden organisaties in de gezondheidszorg tegenwoordig geconfronteerd met grote publieke vraagstukken die geen enkele organisatie alleen kan oplossen (Berenschot & Van der Geest, 2012). Samenwerken in de zorg wordt gezien als de sleutel voor de toekomst om de zorg betaalbaar en kwalitatief goed te houden. Bij een interorganisationale samenwerking is het de kunst om te balanceren tussen coöperatie en competitie. Oftewel een balans zien te vinden tussen een focus op de eigen organisatiebelangen (competitie) en een focus op samenwerking (coöperatie) (Das & Teng, 2000). Hieruit blijkt dat samenwerken tussen organisaties niet eenvoudig en vanzelfsprekend is, lang niet alle allianties zijn succesvol (Boonstra, 2007). *“Een samenwerking is kansrijk als mensen en organisaties zich met elkaar weten te verbinden in een betekenisgevend proces dat recht doet aan de belangen en gericht is op een betekenisvolle ambitie. Het is de grote opgave om daarvoor de juiste condities te scheppen”* (Kaats & Opheij, 2012, p. 17).

4.3 Kenmerken van interorganisationale samenwerking

Kaats en Opheij (2012) beschrijven diverse kenmerken van interorganisationale samenwerking:

- Onduidelijk machtscentrum: doordat meerdere partijen bij de samenwerking betrokken zijn, is het onduidelijk wie het uiteindelijk voor het zeggen heeft. Vaak wordt de macht over de betrokken partijen verdeeld. Kenmerken van een onduidelijk machtscentrum zijn:

ambigüiteit in hiërarchie, afwezigheid van een formele machthebber en wisselende systeemverantwoordelijkheid (p. 35).

- Interdependentie: bij een interorganisationele samenwerking moeten organisaties een deel van hun eigen autonomie opgeven. Door goed samen te werken kan je veel bereiken als organisatie en uiteindelijk krijg je er veel voor terug (p. 35).
- Nieuwe werkelijkheid: bij het opzetten van een nieuw samenwerkingsverband wordt een nieuwe werkelijkheid gecreëerd. Alle spelers in het samenwerkingsverband moeten elkaar leren kennen en er moet een dynamiek komen in structuren en systemen (p. 35).
- Heterogeniteit: in een bestaande organisatie is vaak homogeniteit aanwezig. Bij samenwerken tussen organisaties is juist heterogeniteit aanwezig: de spelers hebben een andere achtergrond, verschillende probleempercepties, andere ervaringen, andere cultuur, andere ambities en belangen etc. (p. 36).

Twee samenwerkingsverbanden zijn nooit hetzelfde, toch komen deze kenmerken bij elk samenwerkingsverband terug. Ook bij het samenwerkingsverband tussen de coalitiepartijen in het project *'Slimmer met Zorg'*.

4.4 Falen interorganisationele samenwerking

Kaats en Opheij (2012) omschrijven samenwerking tussen organisaties als volgt: *"Organiseren tussen organisaties is een vorm van organiseren waarbij mensen uit autonome organisaties ertoe overgaan duurzame afspraken te maken en zo delen van het werk op elkaar af te stemmen. Het leidt tot een diversiteit aan samenwerkingsrelaties die een duurzame intentie hebben, maar wel eindig zijn"* (p. 37). In de praktijk blijkt samenwerking tussen organisaties niet eenvoudig te zijn. *"Cooperation is easier to advocate than to practice"* (Weiss, 1987, p. 94). Samenwerken is ontzettend complex, kent veel dualiteiten en moet iets opleveren. Samenwerkingspartners hebben een andere achtergrond, andere doelstellingen, andere ervaringen etc. (Kaats & Opheij, 2012). Toch is het van belang om een gedeelde ambitie te hebben om een strategie te kunnen ontwikkelen. Anders heb je veel kans dat de samenwerking mislukt. Bovendien heb je vaak met meerdere belangen te maken: de organisatiebelangen, de individuele belangen en/of de collectieve belangen (Kaats & Opheij, 2012). Dit maakt samenwerken moeilijk want welke belangen wegen het zwaarst? En hoe kan je tot oplossingen komen die recht doet aan ieders belang?

4.4.1 Faalfactoren interorganisationele samenwerking

Klijn (1996) maakt bij een samenwerkingsprobleem een splitsing in een inhoudelijke en een organisatorische component. Bij de inhoudelijke component is het belangrijk dat de samenwerking

collectieve doelstellingen bevat die het belang dienen van de betrokken organisaties. Een samenwerking faalt als organisaties verschillen van opvatting over de verdeling van kosten en baten, als er geen overeenstemming komt over de rollen en rolverdeling van de betrokken organisaties, als ze uiteenlopende doelen nastreven en als organisaties verschillen in perceptie van probleemoplossingen (Klijn, 1996). De organisatorische component gaat er vanuit dat organisaties hun strategieën en handelingen op elkaar af moeten stemmen om gewenste uitkomsten te kunnen halen. Bij een organisatorisch samenwerkingsprobleem kan het zijn dat organisaties overeenstemming vinden over de kosten en doelen, maar dat de interorganisatiele samenwerking toch faalt. Dit kan doordat de handelingen niet op elkaar worden afgestemd, als er geen duidelijke spelregels zijn voor samenwerking, door een gebrek aan transparantie, hierdoor worden er geen kennis en informatie uitgewisseld en dat er niet wordt gecommuniceerd (geen evaluatie en borging van afspraken) (Klijn, 1996). Hoe meer organisaties deelnemen aan een interorganisatiele samenwerking, hoe complexer deze samenwerking wordt. Organisaties hebben veelal eigen doelstellingen, die ze tijdens het samenwerkingsproces bijstellen, er kan een grote mate van onvoorspelbaarheid ontstaan (Klijn, 1996). Als het niet lukt om de samenwerkingsdoelstellingen in de praktijk te brengen, ontstaat er een schijnsamenwerking. Er ontstaat geen gezamenlijk werkproces en de beoogde resultaten worden niet behaald. Hierdoor daalt de motivatie, het kan zelfs zijn dat de organisaties afhaken (Van Delden, 2009). In zo'n situatie faalt de samenwerking. Het falen van een organisatie is vaak een kwestie van een verwatering en uiteindelijk het doodbloeden van een samenwerkingsverband (Van Delden, 2009).

Ook omgevingsveranderingen, zoals politieke tegenwind, verlies van belangstelling bij subsidiënten of andere gebeurtenissen kunnen de interorganisatiele samenwerking op losse schroeven zetten. Van Delden (2009) stelt dat een organisatie in een interorganisatiele samenwerking geleidelijk meer onderhandelingsmacht op kan bouwen. Hierdoor kan een scheve machtsverdeling ontstaan, organisaties worden voorzichtiger en terughoudender, de spanningen nemen toe. De interorganisatiele samenwerking kan instabiel en eindig worden, de samenwerking faalt. Boonstra (2007) kijkt vanuit een multidisciplinair perspectief naar interorganisatiele samenwerking. In tabel 2 worden de faalfactoren vanuit verschillende disciplinaire invalshoeken beschreven.

Disciplinaire invalshoek	Faalfactor
Bedrijfskunde	- Korte termijn oriëntatie van management op winstgevendheid en rendement - Dominante technisch-financiële oriëntatie op innovatieprocessen - Onvoldoende besef van klantvragen bij innovatieprocessen - Beheersingsgerichte en lineaire aanpak bij innovatieprocessen - Onvoldoende visie op gemeenschappelijke doelstellingen en ambities - Onvoldoende transparantie over financieringen, investeringen en opbrengsten
Organisatiekunde	- Ontbreken van specifieke kennis over bestaande relaties en allianties - Gebrek aan vertrouwen tussen partners bij de start van de alliantie - Gehechtheid aan formele procedures en hiërarchie bij de inrichting van de alliantie - Onvoldoende oog voor het bundelen van kennis en het benutten van ervaringen - Onvermogen om te leren van gemaakte fouten in alliantievorming
Bestuurskunde	- Onduidelijkheid over de vorm van de alliantie: contractueel of partnerschap - Onzorgvuldige procedures voor aanbesteding en uitbesteding - Ontbreken van sluitende afspraken bij contractuele arrangementen - Ontbreken van voortdurende onderhandeling en afstemming bij partnerschap - Onvoldoende oog voor spanningen die voortkomen uit culturele oriëntaties
Sociale wetenschappen	- Te weinig aandacht aan het articuleren van gemeenschappelijk belang - Stereotypering en uitsluiting van partners met een belang in de alliantie - Onevenwichtige machtsbalans met te grote afhankelijkheden in het netwerk - Geringe investering in de opbouw van vertrouwen tussen partners - Onvoldoende reflectie op de wijze van samenwerken en verbetermogelijkheden - Onduidelijkheid over de wijze waarop besluiten worden genomen

	- Verwarring over wie wat doet en gaat doen in de samenwerking - Onvermogen om taakconflicten te scheiden van relationele conflicten - Onvermogen om taakconflicten te hanteren als onderdeel van samenwerking - Onbegrip tussen disciplines met verschillende achtergronden en werkwijzen - Angst om autonomie te verliezen en afhankelijk te worden - Gebrek aan open communicatie over individuele onzekerheden - Veronachtzaming van bewuste en onbewuste belevingen en betekenissen
--	--

Tabel 2: Overzicht faalfactoren in het formeren en functioneren van allianties (Boonstra, 2007, p. 27).

Boonstra (2007) laat ook de negatieve effecten van interorganisationale samenwerking zien. Het vormen van monopolies en het maken van prijsafspraken hebben een negatief effect op de maatschappij. Verschillende organisaties houden zich bezig met het beschermen van de mededinging en het waken voor kartelvorming, economische machtsposities en onderlinge prijsafspraken. Organisaties kunnen uitgesloten worden in een interorganisationale samenwerking, dit kan leiden tot faillissement van een organisatie of tot vernietiging van kapitaal en arbeid. Daarnaast kan interorganisationale samenwerking leiden tot het onbedoeld, ongewild en onbetaald weglekken van kennis naar andere organisaties (Boonstra, 2007).

4.5 Redenen voor samenwerking

Samenwerking moet iets opleveren. In de literatuur zijn verschillende motieven terug te vinden waarom organisaties in de gezondheidszorg steeds meer samenwerken. Het rapport van de Raad voor Volksgezondheid & Zorg (RVZ) stelt dat door samenwerking onnodige fragmentatie en segmentatie voorkomen wordt in de Nederlandse gezondheidszorg (RVZ, 1999). Dit komt overeen met het rapport van Berenschot en van der Geest (2012, p. 8): *“De zorgsector is een conglomeraat van professionals, instellingen en organisaties met elk hun eigen werkgebied, functie, grootte, financiering en cultuur, variërend van lokaal en wijkgericht tot regionaal en bovenregionaal.... De financiering van de zorg kent een soortgelijke versnippering. Dit leidt tot ondoelmatigheden, gebrek aan samenhang, onduidelijke verantwoordelijkheden en inadequate reacties op (veranderingen in) de zorgvraag”*. Samenwerking tussen organisaties moet de gezondheidszorg efficiënter maken. Verschillende motieven voor samenwerkingsverbanden in de zorg worden genoemd: geïntegreerde benadering van de problemen, betere afstemming van hulpaanbod op hulpvraag, continuïteit in de

zorg, elkaar aanvullende deskundigheden, leren van elkaars zienswijze en discipline, betere signaleringsmogelijkheden en lagere kosten (Hendrix, Konings, Doesburg, & De Groot, 1991). Bovendien sta je door samen te werken sterker tegenover bedreigingen van buitenaf (Kaats & Opheij, 2012). Van Delden (2009) stelt dat interorganisationale samenwerking kennisvoordelen oplevert: een samenwerking stimuleert innovaties, werkt kwaliteitsverhogend, efficiënter gebruik van middelen, effectieve aanpak van complexe problemen, sterkere concurrentiepositie, noodzaak van stabiliteit en legitimatie, betere diensten voor klanten en kan de levenskansen van een organisatie vergroten. Bovendien brengt een interorganisationale samenwerking meer samenhang aan tussen afzonderlijke diensten en kan maatschappelijke problemen oplossen (Van Delden, 2009).

Kaats en Opheij (2012) geven een overzicht van inhoudelijke motieven om samen te werken. Deze motieven zijn in tabel 3 weergegeven.

Marktontwikkeling en –positie	Kostenvoordelen	Kennisontwikkeling	Externe druk
Ontwikkelen van gezamenlijke marketingkracht	Realiseren van schaalvoordelen	Organiseren van gezamenlijke innovatie	Politieke druk: één gezicht voor de burger
Verbeteren en vergroten van distributiekraft	Overwinnen van investeringsbelemmeringen	Verkrijgen van toegang tot nieuwe technologie	Wettelijke verplichting tot samenwerking of consultatie
Ontwikkelen van nieuwe markten en producten	Realiseren van gezamenlijke ondersteunende diensten	Gebruikmaken van aanvullende competenties van partners	Moreel appel van samenleving of politiek
Verkrijgen van toegang tot nieuwe markten	Verdere efficiency en rationalisatie van de productie	Leren van de vaardigheden en kennis van partners	
Bescherming tegen concurrentie	Rationalisatie door betere afstemming in de keten	Leren van de cultuur van partners	
Binding van afnemers en leveranciers door ketenintegratie en		Nieuwe octrooien verwerven en toegang tot octrooien	

betere coördinatie van de keten		verkrijgen	
------------------------------------	--	------------	--

Tabel 3: Overzicht van inhoudelijke motieven om samen te werken (Kaats & Opheij, 2012, p. 30).

Ook Pröpper (2000) heeft de mogelijke voor- en nadelen van interorganisationale samenwerking in een tabel gezet (tabel 4):

Mogelijke voordelen	Mogelijke nadelen
Slagvaardigheid	Verlies aan snelheid van handelen 'iedereen wacht op iedereen'
Leren van elkaar (uitwisselen van deskundigheid en een kritische discussie over elkaar afwegingen)	Verlies aan leren via 'individueel pionieren'
Activeren passieve actoren	Verbeteringen afhankelijk van de zwakste schakel
Actief beleid door gemeenschappelijke aanpak	Verlies aan systeemintegratie
Vergroting gemeenschappelijke identiteit	Verlies aan autonomie
Verantwoordelijkheid (samenwerking kan voor een bredere blik zorgen en er voor zorgen dat organisaties verantwoordelijkheid over het geheel voelen)	Verantwoordelijk voor totaal: voor het handelen van andere organisaties en voor consequenties van eigen handelen voor andere organisaties. Verantwoordelijkheid voor eigen handelen afschuiven op andere organisaties.
Conflicten	Tegengaan wederzijdse hinder en belemmeringen. Nadelen van conflicten, die in iedere samenwerking ontstaan.
Conflict als motor voor verbetering	Nadelen van het onderdrukken van conflicten ten behoeve van harmonie ('groepsdenken')
Efficiëntie (dubbelwerk kan worden vermeden)	Communicatie, coördinatie- en transactiekosten

Tabel 4: Mogelijke voor- en nadelen van interorganisationale samenwerking (Pröpper, 2000).

Boonstra (2007) stelt dat interorganisationale samenwerking vele voordelen met zich meebrengt: versterken van innovatiekracht door het uitwisselen en bundelen van kennis, realiseren van kostenbesparing door het bundelen van inkoopkracht, het op elkaar afstemmen van bedrijfsprocessen, het koppelen van distributieprocessen, verbetering van de bedrijfsvoering,

productiekwaliteit en dienstverlening door afstemming van werkwijzen en het delen van informatie, kennis en ervaring, gezamenlijke marktwerking en introductie van nieuwe producten, het behalen van concurrentievoordeel door het uitwisselen van kennis, hun bundelen van hulpbronnen, het afstemmen van bedrijfsprocessen en het delen van risico's.

4.6 Succesfactoren

In de vorige paragrafen is beschreven wat interorganisationale samenwerking is. Daarnaast is inzicht gegeven in de redenen voor samenwerking tussen organisaties en de mogelijke faalfactoren van interorganisationale samenwerking. Een succesvolle interorganisationale samenwerking is niet vanzelfsprekend. *“Het gaat om organisaties die verschillend georganiseerd en gefinancierd zijn, opereren vanuit verschillende geografische indelingen, werken aan verschillende doelstellingen, verschillende informatiesystemen gebruiken en eigen gescheiden registraties opzetten, uitgaan van verschillende doelgroepen en samenwerken in vele verschillend vormgegeven en samengestelde fora voor overleg”* (Van den Belt, Van den Ham, Van der Pool, & Redeman, 2003, p. 4). *“De succespercentages van allianties tussen ondernemingen blijven al jarenlang steken rond de 50 procent”* (Van Delden, 2009, p. 34). In de literatuur zijn verschillende succesfactoren te vinden die van invloed kunnen zijn op de resultaten van de samenwerking. In deze paragraaf wordt een overzicht gegeven van de succesfactoren van interorganisationale samenwerking.

4.6.1 Vertrouwen en verbindend leiderschap

Er is veel literatuur beschikbaar over de invloed van vertrouwen op interorganisationale samenwerking. Smith, Carroll en Ashford (1995) stellen dat vertrouwen één van de belangrijkste elementen is bij een samenwerking. Het is belangrijk om te investeren in onderlinge relaties en vertrouwen, hierdoor worden kennis en innovaties sneller geadopteerd en gedeeld (Bekkers & Korteland, 2008). Een interorganisationale samenwerking wordt gekenmerkt door een hoge mate van onzekerheid en complexiteit. Organisaties kunnen niet uitsluitend leunen op contracten en controle, vertrouwen is een belangrijke conditie voor een goede interorganisationale samenwerking (Edelenbos, Klijn, & Steijn, 2011). Om vertrouwen te ontwikkelen bij een interorganisationale samenwerking is het van belang dat er een intensieve interactie en relaties plaatsvinden tussen organisaties. Vertrouwen is een succesfactor die in de samenwerking kan groeien of juist kan afnemen (Van Delden, 2009). Edelenbos, Klijn & Steijn (2011) koppelen allerlei voordelen aan vertrouwen: vertrouwen leidt tot het creëren van gewenste interacties, vergroot de voorspelbaarheid, zorgt ervoor dat organisaties meer middelen (geld en kennis) investeren in samenwerking, meer informatie en kennisuitwisseling, met betere uitkomsten als resultaat zoals een verbeterd probleemoplossend vermogen, nieuwe inzichten, innovatiekracht en bovendien is

vertrouwen een belangrijk aspect in horizontale coördinatie daar waar topdown sturing niet meer mogelijk is. Kaats en Opheij (2012) benoemen dat in elk samenwerkingsverband organisaties balanceren tussen vertrouwen en waakzaamheid in relatie met andere organisaties. Vertrouwen is een belangrijke succesfactor bij een interorganisationele samenwerking, waarin sprake is van veel diversiteit. Elke organisatie heeft zijn eigen kwaliteiten, belangen, overtuigingen, achtergronden, drijfveren, ervaringen en meningen. Dit kan een bron voor conflicten zijn, maar dit kan ook leiden tot meerwaarde van het samenwerkingsverband voor alle organisaties (Kaats & Opheij, 2012).

Er is verbindend leiderschap nodig om deze organisaties bij elkaar te brengen en te verbinden in een interorganisationele samenwerking, om uiteindelijk vooruitgang en resultaten te kunnen boeken (Kaats & Opheij, 2012). Ook Van Delden (2009) ziet het belang van een strakke coördinatie in een stabiel samenwerkingsverband. Berenschot en van der Geest (2012) benadrukken dat de rol van leiderschap cruciaal is in een veranderproces: het team moet gemotiveerd worden en één gemeenschappelijk gedragen visie in de organisatie moet worden verankert. Een succesfactor voor samenwerken tussen organisaties is het constructief en creatief om kunnen gaan met verschillen en het positief kunnen aanwenden van conflicten als bron van creativiteit (Boonstra, 2007). Boonstra (2007) stelt dat het succes van samenwerken in allianties mede afhankelijk is van de wijze waarop de alliantie door de leiders wordt aangestuurd.

4.6.2 Gemeenschappelijke doelstellingen, ambitie en inzicht in elkaars belangen

Voor een succesvolle interorganisationele samenwerking is inzicht in elkaars doelstellingen een voorwaarde. In de praktijk blijkt het niet eenvoudig te zijn om gemeenschappelijke doelstellingen te formuleren. Er moet doorgaans een compromis worden gevormd. Individuele organisaties zijn bang om hun autonomie te verliezen als ze hun organisatiedoelstellingen gelijk stellen aan de interorganisationele doelstellingen (Duivenboden, Van Twist, & Veldhuizen, 2000). Hoe meer doelstellingen er zijn binnen een interorganisationele samenwerking, hoe complexer de samenwerking wordt. Kaats en Opheij (2012) benadrukken dat het ontwikkelen van een aantrekkelijke gemeenschappelijke ambitie van groot belang is als bindmiddel in een interorganisationele samenwerking. Deze ambitie is nodig om een perspectief te bieden aan alle organisaties in het samenwerkingsverband. Het is een kunst om een gemeenschappelijk beeld te vormen over het probleem, oplossing, kans en vorm van samenwerking. De ambitie moet alle organisaties prikkelen om te investeren in het samenwerkingsverband. Deze ambitie moet uiteindelijk bijdragen aan het succes van een individuele organisatie. Bovendien spelen volgens Kaats en Opheij (2012) persoonlijke overtuigingen en drijfveren een onmiskenbare rol bij de ontwikkeling van een gezamenlijke ambitie en daarbij de kans van slagen van een samenwerking. Daarnaast

moeten de maatschappelijke belangen, organisatiebelangen en individuele belangen inzichtelijk worden gemaakt om tot oplossingen te komen binnen de samenwerking (Kaats en Opheij, 2012). In een interorganisationele samenwerking bestaat er altijd een verschil van mening over bepaalde onderwerpen, hierover moet onderhandeld worden om tot optimale oplossingen te komen. Door het creëren van voldoende onderhandelingsruimte en - bereidheid, en door het voeren van een dialoog wordt er gezocht naar een gezamenlijke oplossing van het probleem die een meerwaarde heeft voor elke organisatie in het samenwerkingsverband (Kaats & Opheij, 2012).

4.6.3 Draagvlak & Daadkracht

Kaats en Opheij (2012) stellen dat het belangrijk is dat organisaties gezamenlijk goede en doordachte keuzes maken. Dit kan gaan over: de grondvorm van samenwerking, de juridische vorm, de besturing, de ICT-ondersteuning etc. Ook moet er voldoende draagvlak en daadkracht worden gecreëerd bij de samenwerkende organisaties. De samenwerking moet voldoende steun krijgen van de achterbannen (Kaats & Opheij, 2012). Boonstra (2007) onderschrijft het belang van het betrekken van de achterbannen in het vernieuwingsproces. Om succesvol te zijn in innovatie projecten is het nodig om de doelen van de achterbannen, hun visies en risicopercepties erbij te betrekken. Bovendien moet er daadwerkelijk tot actie worden gekomen, de beoogde resultaten moeten worden gerealiseerd (Kaats & Opheij, 2012). Hiervoor moeten duidelijke afspraken worden gemaakt. Die ook daadwerkelijk worden nagekomen. Om het succes van een samenwerking te vergroten is het aan te bevelen om elkaar feedback te geven. Dit vergroot de interactie, het proces en kwaliteit van het samenwerkingsverband (Kaats & Opheij, 2012).

4.6.4 Vitaal houden samenwerkingsverband

Kaats en Opheij (2012) en Boonstra (2007) benadrukken dat het vitaal houden van een samenwerkingsverband essentieel is. Dit kan je bereiken door op een vast moment de samenwerking te evalueren (evaluatie over: inhoudelijke logica, interactie en communicatie), door een heldere rolverdeling binnen het samenwerkingsverband, door verbindend leiderschap in het samenwerkingsproces en door voortdurend de vraag te stellen: brengt deze samenwerking de organisaties dichterbij de beoogde ambities? Boonstra (2007) benadrukt het belang van het bewust investeren in relatiemanagement en het geregeld evalueren van relaties. Dit draagt uiteindelijk bij aan een succesvolle interorganisationele samenwerking. Door het regelmatig gericht evalueren van de samenwerking leren de organisaties gezamenlijk van deze evaluaties, dit maakt verbetering van de interorganisationele samenwerking mogelijk.

Van Delden (2009) stelt dat een belangrijke succesfactor voor interorganisationale samenwerking het opbouwen van alliantievaardigheden zijn. Organisaties die veel samenwerken met andere organisaties ontwikkelen alliantievaardigheden, kwaliteiten en kennis om zorgvuldig en doelgericht samen te werken. Het opbouwen van deze alliantievaardigheden resulteert in een toename van het slagingspercentage van een organisatie. De Man en Duysters (2007) tonen aan dat organisaties die kennis en vaardigheden in huis hebben over interorganisationale samenwerking, een voordeel behalen op organisaties die geen aandacht besteden aan kennisopbouw op het gebied van interorganisationale samenwerking. Succesvolle organisaties richten zich expliciet op het opbouwen van kennis over interorganisationale samenwerking en hebben een kleiner risico op het falen van de interorganisationale samenwerking (De Man & Duysters, 2007). Boonstra (2007) ziet zelfs het belang van de aanwezigheid van een aparte alliantieafdeling binnen een organisatie, dit draagt bij aan de kennisopbouw. Bedrijfsprocessen van organisaties moeten worden aangepast om samenwerking tussen organisaties mogelijk te kunnen maken (Boonstra, 2007).

4.7 Eigen conceptueel model

In dit hoofdstuk is het theoretisch kader beschreven op basis waarvan de samenwerking tussen de coalitiepartijen in het project '*Slimmer met Zorg*' kan worden geoptimaliseerd. Als eerste is inzicht gegeven in het begrip en kenmerken van interorganisationale samenwerking. Uit de literatuur blijkt dat samenwerking tussen organisaties niet eenvoudig en vanzelfsprekend is. In dit hoofdstuk zijn de redenen voor samenwerken en verschillende faal- en succesfactoren van interorganisationale samenwerking weergegeven.

Daarnaast zijn de succesfactoren die van invloed zijn op het succes van een interorganisationale samenwerking uitgewerkt. Deze succesfactoren staan in het empirische gedeelte (hoofdstuk 6) van deze Masterthesis centraal en zijn leidend in dit onderzoek. Aan de hand van deze succesfactoren kan systematisch de samenwerking tussen de coalitiepartijen geanalyseerd worden. Voor een succesvolle interorganisationale samenwerking is het wenselijk dat er sprake is van vertrouwen en verbindend leiderschap. De coalitiepartijen moeten zelf bepalen of zij het samenwerkingsverband vastleggen in contracten. Daarnaast is het noodzakelijk dat er een goede informatie-uitwisseling en communicatie tussen de coalitiepartijen is. Tevens blijkt uit de literatuur dat het ontwikkelen van gemeenschappelijke doelstellingen, gemeenschappelijke ambities en inzicht in elkaars belangen succesfactoren zijn voor een interorganisationale samenwerking. Uit het literatuuronderzoek blijkt dat het cruciaal is dat de coalitiepartijen voldoende daadkracht en draagvlak ontwikkelen, dat de interorganisationale samenwerking regelmatig wordt geëvalueerd en dat de coalitiepartijen alliantievaardigheden ontwikkelen.

5. METHODOLOGIE

In het vorige hoofdstuk heeft de theoretische verantwoording plaatsgevonden. In dit hoofdstuk wordt inzicht geboden in de gebruikte methodologie van dit onderzoek. Achtereenvolgens zullen de onderzoeksstrategie (paragraaf 5.1), de analyse en dataverwerking (paragraaf 5.2) en de kwaliteitscriteria van dit onderzoek worden besproken (paragraaf 5.3).

5.1 Onderzoeksstrategie

5.1.1 Onderzoekstype

Volgens de literatuur kan er een onderscheid worden gemaakt tussen theoriegericht en praktijkgericht wetenschappelijk onderzoek. Theoriegericht onderzoek heeft als doel om nieuwe theorieën te ontwikkelen of bestaande theorieën te toetsen (Baarda & De Goede, 2001). Dit onderzoek kan worden getypeerd als een praktijkgericht onderzoek: *“Het doen van onderzoek voor de ontwikkeling, de uitvoering en de evaluatie van oplossingen voor praktijkproblemen die bestaan bij aanwijsbare personen, groepen of organisaties buiten de wetenschap”* (’t Hart, Boeijs & Hox, 2005, p. 71). Het doel van dit onderzoek is onderzoeken hoe de samenwerking tussen de coalitiepartijen zodanig vorm kan worden gegeven, zodat deze samenwerking een goede marktwerking op de zorgmarkt niet belemmert. Bovendien wordt in dit onderzoek onderzocht hoe deze samenwerking tussen de organisaties georganiseerd kan worden. Er is hierbij sprake van een probleem in de praktijk en dus van wetenschappelijk praktijkgericht onderzoek.

5.1.2 Onderzoeksdesign

Om de hoofdvraag te kunnen beantwoorden is gekozen om gebruik te maken van de kwalitatieve onderzoeksmethode. Kwalitatief onderzoek is een arbeidsintensieve onderzoeksmethode, die resulteert in een kleinschalige aanpak die leidt tot minder generaliseerbare kennis, meer diepgang, detaillering, complexiteit, een minimum aan onzekerheid en tot een sterke onderbouwing in vergelijking met de kwantitatieve onderzoeksmethode (Verschuren & Doorewaard, 2002). Bij kwalitatief onderzoek wordt direct contact gezocht met de empirische realiteit (Wester & Peters, 2004). Bovendien kan de onderzoeksopzet en -strategie gedurende het onderzoek ontwikkelen en veranderen (Mason, 2002): dit wordt de open procedure genoemd. In de loop van het onderzoek worden beslissingen genomen die richting geven aan het verdere verloop van het onderzoek. Kwalitatief onderzoek heeft een cyclisch karakter, de verschillende fases van het onderzoek lopen door elkaar heen en kunnen niet strikt worden gescheiden (Wester & Peters, 2004).

Bij dit beschrijvende onderzoek is gekozen voor de casestudy als onderzoeksdesign. Hierbij wordt het project '*Slimmer met Zorg*' onderzocht in de natuurlijke context (Van Thiel, 2010). Een casestudy wordt binnen de bestuurskunde vaak gebruikt om een complexe situatie te onderzoeken. Dit sluit aan bij de interesse van de bestuurskundige voor specifieke, complexe en unieke onderzoekssituaties (Hakvoort, 1996). Er zijn twee mogelijkheden te onderscheiden om een case te selecteren: de enkelvoudige casestudy of de multiplecasestudy (Van Thiel, 2010). In dit onderzoek wordt gebruik gemaakt van de diepgaande beschrijvende enkelvoudige casestudy. Hiervoor is bewust gekozen zodat er nauwgezet onderzoek plaats kan vinden in de diepte, het project '*Slimmer met Zorg*' is nog nergens in Nederland is ingevoerd (Swanborn, 2003). De bevindingen van dit onderzoek gelden in principe alleen voor de onderzochte casus, maar kunnen representatief zijn voor andere situaties in de Nederlandse Gezondheidszorg (Van Thiel, 2010).

5.2 Dataverzameling, analyse en dataverwerking

In de bovenstaande paragraaf is toegelicht dat in dit onderzoek gebruik wordt gemaakt van de kwalitatieve onderzoeksmethode. In deze paragraaf wordt beschreven hoe de data zijn verzameld en geanalyseerd.

5.2.1 Gebruikte onderzoeksmethoden

In dit onderzoek is gebruik gemaakt van een combinatie van twee methoden om de hoofdvraag te beantwoorden: het analyseren van documenten en het interviewen van professionals. Hierdoor wordt het verschijnsel vanuit verschillende invalshoeken belicht (Boeije, 2008). Dit onderzoek heeft op een systematische en gestructureerde manier plaatsgevonden. Allereerst is er een literatuurstudie gedaan en zijn deskundigen geraadpleegd om een beeld te krijgen van de bestaande kennis en theorieën. Hier zijn onder andere papers, interne documenten, beleidsdocumenten, richtsnoeren, artikelen in vaktijdschriften en boeken voor geraadpleegd. Aanvullend zijn er nog een aantal vergaderingen en bijeenkomsten over het project '*Slimmer met Zorg*' bijgewoond. Door dit empirisch vooronderzoek konden de doelstelling, hoofdvraag en deelvragen worden geformuleerd. In hoofdstuk 1, 2, 3 en 4 van deze scriptie zijn de bevindingen uit deze literatuurstudie uiteengezet. Verschillende vragen van dit onderzoek zijn voornamelijk door middel van de literatuurstudie beantwoord.

Er zijn interviews gehouden bij 17 respondenten in de maanden mei, juni, juli en augustus. De antwoorden verkregen uit de interviews zijn verwerkt in hoofdstuk 6 en hoofdstuk 7 van deze scriptie. Het afnemen van interviews is een flexibele manier om informatie te verzamelen over het project '*Slimmer met Zorg*'. Tijdens het gesprek kunnen aanvullende vragen worden gesteld aan de

respondent om meer achtergrond, vierdieping en verduidelijking te krijgen van het gegeven antwoord (Van Thiel, 2010). Er zijn verschillende vormen van interviews: het volledig gestructureerde interview, het ongestructureerde open interview en het semigestructureerde interview. In dit onderzoek is gebruik gemaakt van het semigestructureerde interview, de respondenten zijn geïnterviewd op basis van een interviewhandleiding waarin vragen/onderwerpen stonden (bijlage 1). In deze handleiding staan voorgeformuleerde vragen die de onderzoeker aan de respondenten stelt (Van Thiel, 2010). Deze voorgeformuleerde vragen zijn opgesteld aan de hand van de literatuur en de gevoerde gesprekken met deskundigen over het project '*Slimmer met Zorg*' (hoofdstuk 3 en 4 van dit rapport). Bij een semigestructureerd interview ligt de structuur van het gesprek niet van te voren vast (Britten, 1995). Tijdens het gesprek kan de behoefte bestaan om op bepaalde aspecten dieper in te gaan en door te vragen. Uiteraard is wel enige structuur vereist, de interviews moeten wel met elkaar vergelijkbaar zijn en bepaalde aspecten moeten besproken worden. Er zijn verschillende nadelen te benoemen bij het gebruiken van een interview als databron. Een respondent kan sterk subjectief gekleurde antwoorden geven op de vragen van de onderzoeker. Daarnaast kan een respondent zogenoemde sociaalwenselijke antwoorden geven die het resultaat beïnvloeden (Verschuren & Doorewaard, 2002). Dit heeft de onderzoeker proberen te reduceren door neutraal te reageren op de antwoorden van de respondent. Er zijn twee verschillende interviewhandleidingen opgesteld, één gericht op respondenten met een juridische achtergrond en één gericht op respondenten met ervaring met zorg in de praktijk. In bijlage 1 zijn de gehanteerde vragenlijsten terug te vinden.

De onderzoeker heeft alle interviews goed voorbereid. Een gedegen voorbereiding van elk interview is essentieel om een goed interview te kunnen afnemen, dit maakt een fijne samenwerking tussen de onderzoeker en respondent mogelijk (Van Thiel, 2010). Hierbij is het van belang dat de onderzoeker duidelijke, neutrale en begrijpelijke vragen stelt, die aansluiten bij de beleavingswereld van de respondent. Sturende of suggestieve vragen moeten worden vermeden. De vragen uit de interviewhandleiding zijn niet voor elke respondent toepasselijk. En ook de volgorde van vragen kan variëren bij elke respondent (Van Thiel, 2010). Hierdoor is er interactie met de respondent mogelijk, dit komt uiteindelijk het onderzoek ten goede omdat er meer vrijheid is om dieper in te gaan op interessante onderwerpen (Boeije, 2008). De respondent kan worden gezien als een intermediair tussen het onderzochte verschijnsel en de onderzoeker (Linders & Hijmans, 2004). Er is een proefinterview gehouden met een zorgaanbieder om te controleren of de vragen begrijpelijk zijn, om te ondervinden hoe lang het gesprek ongeveer duurt en om te oefenen met het afnemen van een interview.

5.2.2 Onderzoekspopulatie

De onderzoekspopulatie van dit onderzoek bestaat uit professionals van verschillende disciplines uit het werkveld. Gezien de hoeveelheid tijd dat voor dit onderzoek staat, was het niet mogelijk om nog meer respondenten te benaderen voor dit onderzoek. Er is getracht om belangrijke, representatieve en innovatieve actoren in het zorgveld te benaderen om mee te werken aan dit onderzoek. Er zijn in totaal zeventien respondenten geïnterviewd. De respondenten zijn doelgericht geselecteerd om zoveel mogelijk informatie in het licht van de onderzoeksvraag te vergaren (Plochg & Van Zwieten, 2007). De onderzoekspopulatie bestaat uit: Beleidscoördinator Zorg coöperatie VGZ, Universitair Hoofddocent Economie & Beleid van de Gezondheidszorg, Jurist NMa, Zorginkoper integrale zorg VGZ, Directeur bedrijfsvoering DOH (zorggroep), Manager integrale zorg coöperatie VGZ, Jurist coöperatie VGZ, Hoogleraar Public Health, Gezondheidseconoom KNMG, Directeur KNMG, Jurist DLA Piper, Medewerker VWS, Senior adviseur bij de RVZ, Directeur LVG, Medisch directeur bij RHZ Maastricht (zorggroep), Beleidsadviseur Zorg bij de NVZ en Senior juridisch Beleidsadviseur bij de NVZ. Na deze interviews bleek dat het verzadigingspunt was bereikt. De onderzoeker verkreeg tijdens de analyse geen nieuwe informatie meer over relevante onderwerpen voor dit onderzoek, nog meer interviews zou niks toevoegen (Boeije, 2008). In bijlage 2 worden diverse kenmerken van de respondenten getoond.

5.2.3 Selectie van respondenten

De respondenten zijn telefonisch, persoonlijk (face-to-face) en per e-mail uitgenodigd met de vraag of zij mee wilden werken aan dit onderzoek. In deze uitnodiging heeft de onderzoeker zichzelf voorgesteld, het doel van het onderzoek is kenbaar gemaakt en er is gevraagd of het gesprek opgenomen mocht worden. Vervolgens is er een afspraak gemaakt om het interview te houden. De interviews hebben 55 tot 120 minuten geduurd. Bij de KNMG en de NVZ waren twee respondenten bij één interview aanwezig. Ook heeft er één telefonisch interview plaatsgevonden (LVG). Alle interviews zijn opgenomen en volledig letterlijk getranscribeerd. Een transcript is de meest volledige en accurate weergave van een interview, dit vergroot de kwaliteit van het onderzoek (Van Thiel, 2010). Vervolgens heeft er een membercheck plaatsgevonden, het transcript is voorgelegd aan de respondent, zodat eventuele aanpassingen, aanvullingen of opmerkingen gemaakt kunnen worden en misverstanden voorkomen kunnen worden (Vennix, 2003). Een membercheck draagt bij aan het vergroten van de acceptatie van de onderzoeksbevindingen en bovendien kan er in de analyse worden geciteerd (Van Thiel, 2010). Vervolgens zijn de transcripten ingeladen in het

analyseprogramma Weft QDA¹. Zo kan de data op een gestructureerde en systematische manier worden geanalyseerd.

5.2.4 Data-analyse

De achterliggende betekenis van de verkregen informatie uit interviews kan achterhaald worden door de data te analyseren en de gegevens te verwerken tot resultaten en conclusies ('t Hart, Boeije, & Hox, 2005). Nadat alle transcripten waren uitgewerkt en goedgekeurd door de respondenten is er begonnen met de data-analyse. Het analyseren van kwalitatieve data verloopt in drie stappen: verzamelen, ordenen en analyseren. Allereerst is er gekeken welke data bruikbaar en relevant zijn voor het onderzoek en welke data niet. Dit wordt dataselectie genoemd (Van Thiel, 2010). In dit onderzoek is gebruik gemaakt van drie typen codering: open codering, axiale codering en selectieve codering. De onderzoeker heeft door middel van coderen structuur aangebracht in de geselecteerde kwalitatieve data. Bij het coderen interpreteert de onderzoeker de kwalitatieve gegevens en er wordt een code/label aan toegekend (Van Thiel, 2010). De kwalitatieve gegevens kunnen op deze manier worden vergeleken met elkaar en bovendien wordt hierdoor de omvang van het materiaal verminderd (Boeije, 2008). In hoofdstuk 6 en hoofdstuk 7 zijn de resultaten, conclusies en aanbevelingen te lezen.

5.3 Wetenschappelijke eisen

De onderzoeker heeft aandacht besteed aan de wetenschappelijke eisen van dit onderzoek. Achtereenvolgens zullen de triangulatie (paragraaf 5.3.1), betrouwbaarheid (paragraaf 5.3.2) en validiteit (5.3.3) van dit onderzoek worden besproken.

5.3.1 Triangulatie

Het onderzoek is iteratief (herhalend) van karakter. Gedurende het onderzoek werd de onderzoeksopzet en de onderzoeksrichting steeds concreter en duidelijker (AMC-UvA, 2002). De gemaakte keuzes en processen zijn vastgelegd op papier. In dit onderzoek is gebruik gemaakt van triangulatie. Dit houdt in dat er op verschillende manieren vanuit verschillende invalshoeken informatie is verzameld en/of verwerkt (Van Thiel, 2010). Er zijn vier typen van triangulatie: triangulatie van de methoden, triangulatie van de informatiebronnen, triangulatie van de operationalisaties en triangulatie van de onderzoeker (Denzin, 1989). In dit onderzoek is *triangulatie van informatiebronnen* toegepast. In dit onderzoek worden gegevens verzameld bij verschillende bronnen: de respondenten hebben allemaal een andere achtergrond, andere opleiding, andere

¹ Weft QDA is een Open Source Programma dat werkt op zowel Windows als Linux. Het is te downloaden op <http://www.pressure.to/qda>

functie en hebben verschillende ervaringen met het project *'Slimmer met Zorg'*. Ten Tweede is er sprake van *triangulatie van operationalisaties*: er wordt in dit onderzoek gebruik gemaakt van verschillende theoretische opvattingen naast elkaar. Dit komt met name naar voren in hoofdstuk 4, hier worden de succesfactoren van samenwerking vanuit verschillende theoretische invalshoeken benaderd. Door gebruik te maken van verschillende theorieën wordt de eenzijdigheid van de theorie opgeheven en bovendien worden hierdoor interpretaties versterkt. In dit onderzoek wordt geen gebruik gemaakt van triangulatie van de onderzoeker. De interviews zijn door één onderzoeker afgenomen. Doordat er gebruik is gemaakt van triangulatie, zijn er verschillende metingen verricht vanuit verschillende invalshoeken. Dit draagt bij aan een hogere betrouwbaarheid van dit onderzoek.

5.3.2 Kwaliteitscriteria

Kwalitatief onderzoek heeft voor sommigen een vage inhoud. Een kwantitatief onderzoek zou harde gegevens en cijfers opleveren en een kwalitatief onderzoek niet. De generaliseerbaarheid en betrouwbaarheid van kwalitatief onderzoek worden vaak betwijfeld (Braster, 2000). De onderzoeker heeft aandacht geschonken om de kwaliteit van dit onderzoek te borgen, om te zorgen dat er betrouwbare en valide gegevens zijn verkregen. De onderzoeksgegevens moeten de werkelijkheid dekken en bovendien moeten de waarnemingen geen toevalstreffer zijn ('t Hart, Boeije, & Hox, 2005). In de volgende paragrafen komt dit aan bod bij de bespreking van de kwaliteitsindicatoren betrouwbaarheid en validiteit van dit onderzoek.

5.3.2.1 Betrouwbaarheid

"Betrouwbaarheid heeft betrekking op de beïnvloeding van de waarnemingen door toevallige of onsystematische fouten Als er sprake is van betrouwbare methoden van dataverzameling, zal herhaling van de waarnemingen tot een gelijke uitkomst moeten leiden" (Boeije, 2008, p. 145).

Toevallige of onsystematische fouten kunnen in de waarnemingen voorkomen. De onderzoeker heeft dit proberen te voorkomen door alle interviews persoonlijk af te nemen. Hierdoor werden alle gegevens op dezelfde manier verkregen. Ook heeft er replicatie (herhaling) plaatsgevonden (Van Ijzendoorn, 1989). In dit onderzoek zijn dezelfde vragen aan verschillende respondenten voorgelegd. Deze semi-gestructureerde vragen(lijsten) zijn gemaakt op basis van de wetenschappelijke theorieën. Dit verkleint het risico dat de gevonden resultaten op toevallige of onsystematische fouten berusten. In een kwalitatief onderzoek is herhaling van interviews vaak niet mogelijk. Toch is het essentieel dat iedere stap en iedere beslissing die de onderzoeker neemt tijdens het onderzoek navolgbaar is (Van Ijzendoorn, 1988). Dit hoofdstuk Methodologie speelt daarin een belangrijke rol om inzichtelijk te maken hoe de onderzoeker tot bepaalde conclusies is gekomen. Daarnaast heeft het

analyseprogramma Weft QDA een belangrijke rol gespeeld bij het verhogen van de kwaliteit en betrouwbaarheid van dit onderzoek. Dit programma verhoogde de systematiek van het analyseren, een verandering in de code wordt in alle bestanden gerealiseerd (Boeije, 2008). Een groot voordeel is dat de onderzoeker hiermee tijd bespaart doordat snel alle fragmenten opgezocht, vergeleken en bestudeerd kunnen worden (Boeije, 2008). Het programma vergroot de betrouwbaarheid van de analyse. Door de memberchecks, de informatierugkoppeling naar de respondenten, wordt de betrouwbaarheid en de validiteit van dit onderzoek vergroot (Boeije, 2008). De letterlijke transcripten zijn voorgelegd aan de respondenten met de vraag of de informatie correct is. Dit wordt gezien als een toets op de betrouwbaarheid van de waarneming (Boeije, 2008).

5.3.2.2 Validiteit

“Validiteit heeft betrekking op de beïnvloeding van het onderzoek door systematische fouten. Wanneer de onderzoeker meet of verklaart wat hij daadwerkelijk wil meten of verklaren, wordt dat opgevat als validiteit” (Boeije, 2008, p. 145).

Om de validiteit van dit onderzoek te waarborgen heeft de onderzoeker getracht om de respondenten zich prettig te laten voelen tijdens de interviews, zodat zij zich niet geremd voelden in het uiten van ervaringen, meningen en ideeën. Bovendien is de doelstelling van dit onderzoek aan de respondenten uitgelegd om zo hun vertrouwen te winnen. Als onderzoeker loop je het risico dat je de reactie van een respondent verkeerd interpreteert. In dit onderzoek werd getracht dit te voorkomen door een korte samenvatting te geven van de reactie van de respondent. Bovendien werd het transcript van het interview voorgelegd aan de respondent, zodat eventuele aanpassingen gemaakt konden worden. Daarnaast is het voor de validiteit van dit onderzoek van belang dat de gebruikte onderzoeksopzet en de toegepaste methoden en technieken passen bij de onderzoeksvragen (Boeije, 2008). De onderzoeker heeft dit gewaarborgd door de gebruikte methoden en technieken te laten beoordelen door de scriptiebegeleider. Bovendien is de vragenlijst voor gebruik voorgelegd aan de begeleiders en een zorgverlener om te controleren op inhoud, begrijpbaarheid en eventuele fouten. De externe validiteit geeft antwoord op de volgende vraag: “in hoeverre kan je de conclusies uit dit onderzoek generaliseren naar andere omgevingen en niet onderzochte situaties” (Boeije, 2008)? De resultaten en conclusies zijn contextgebonden en beperkt generaliseerbaar voor andere organisaties of gebieden waar ze een vorm van populatiegebonden bekostiging in willen voeren. De belangrijkste reden hiervoor is dat de resultaten gelden voor dit project. Andere projecten verschillen van dit project op basis van inhoud, betrokken partijen, gebieden en andere omstandigheden. De resultaten, conclusies en aanbevelingen kunnen wel nuttig en bruikbaar zijn voor andere projecten die een vorm van populatiegebonden bekostiging willen

implementeren. Het doel van dit onderzoek was ook niet om tot wetmatige uitspraken te komen, maar juist het aanreiken van praktische oplossingen.

6. RESULTATEN

In de eerste hoofdstukken van deze Masterthesis is een antwoord gegeven op de eerste deelvragen van dit onderzoek. Hierdoor werd het fundament van dit onderzoek gelegd. In het vorige hoofdstuk is inzicht geboden in de gebruikte methodologie. Hierin staat beschreven hoe de dataverzameling heeft plaatsgevonden en op welke manier de verkregen data zijn geanalyseerd. In dit hoofdstuk worden stapsgewijs de resultaten van de kwalitatieve studie gepresenteerd. De informatie en uitspraken in dit hoofdstuk zijn afkomstig van de respondenten. De analyse van deze gegevens heeft plaatsgevonden door het leggen van een relatie met de Mededingingswet (hoofdstuk 3) en de succesfactoren van interorganisationale samenwerking uit de literatuur (hoofdstuk 4). In paragraaf 6.1 worden de resultaten gepresenteerd aangaande de Mededingingsaspecten. In paragraaf 6.2 worden de resultaten weergegeven aangaande de samenwerkingsaspecten.

6.1 Resultaten Mededingingswet

In deze paragraaf wordt getracht antwoord te geven op de volgende empirische deelvraag: Op welke manier kunnen de coalitiepartijen het project *'Slimmer met Zorg'* ontwikkelen zodat deze voldoet aan de eisen die de Mededingingswet stelt (deelvraag 3)? Door antwoord te geven op deze deelvraag wordt een relatie gelegd tussen de theoretische en empirische bevindingen. In de volgende subparagrafen worden de resultaten gepresenteerd.

6.1.1 Ervaring respondenten met de Mededingingswet

Alle respondenten hebben veel ervaring met de Mededingingswet en met samenwerkingsvraagstukken. Ofschoon de NMa veel voorlichting geeft over de Mededingingswet in de zorg vinden alle respondenten de Mededingingswet moeilijk te interpreteren. Zo benadrukt een respondent: *'In essentie zou je kunnen zeggen de Mededingingswet verbiedt samenwerking niet. Alleen de voorwaarden waaraan je moet voldoen zijn voor de veldpartijen onvoldoende helder. En dat alleen frustreert samenwerking. Er hangt toch een soort aura omheen van het mag niet'*. De onderzoeker constateert dat alle respondenten de Mededingingswet complex vinden. De wet is zowel juridisch als economisch en bovendien zitten er veel nuances in. Heel vaak is het niet overduidelijk goed of overduidelijk fout. In dit onderzoek zijn echte deskundigen uit het werkveld gesproken en zij vinden in specifieke situaties al onduidelijk wat vanuit een mededingingsrechtelijk kader wel en niet is toegestaan. De meerderheid van de respondenten vindt dat de NMa meer handvatten moet aanreiken over het toepassen van de Mededingingswet. Een respondent wijst op het feit dat de Mededingingswet niet moet worden gezien als een verbod op samenwerking. Toch is

het opvallend dat alle respondenten vinden dat bij de Mededingingswet allerlei belemmeringen optreden voor innovaties in de zorg of het aangaan van een samenwerking. Zo benadrukt een respondent dat het veel investeringen vergt om een samenwerkingsverband vorm te geven. Hij vindt het lastige van de Mededingingswet dat de NMa achteraf toetst of iets wel of niet mag. Als je niet op voorhand bijna 100 procent zekerheid hebt dat het juridisch is toegestaan, dan is het een forse drempel om aan het samenwerkingsverband te beginnen. Een andere respondent zegt hierover: *‘De Mededingingsregels zijn heel onduidelijk. De NMa laat het aan partijen over om te bepalen wat wel en niet kan. En daarmee krijg je het effect dat partijen misschien soms te voorzichtig zijn, om er voor te zorgen dat ze in elk geval aan de goede kant van de lijn blijven. En er te snel voor kiezen om bepaalde dingen niet te doen, die als puntje bij paaltje zou komen, toch zouden mogen’*. Daarnaast blijkt uit de interviews dat elke casus uniek is en er zijn een aantal punten in de Mededingingswet die onvoldoende uitgekristalliseerd zijn. Bovendien hebben zorginstellingen met meerdere toezichthouders te maken. Onder andere met de NZa en de Inspectie voor de gezondheidszorg, dit geeft veel onduidelijkheden in het zorgveld omdat zorginstellingen de rollen van toezichthouders niet helder vinden.

6.1.2 Samenwerking in de zorg

In deze subparagraaf worden de verboden en mogelijkheden van de Mededingingswet besproken. Uit de interviews blijkt dat artikel 6 van de Mededingingswet erg belangrijk is om te toetsen of een specifieke situatie vanuit een mededingingsrechtelijk kader wel of niet is toegestaan. Deze wet wordt in deze paragraaf besproken.

Verboden en mogelijkheden Mededingingswet

Het overgrote deel van de respondenten bevestigt dat organisaties in de zorg veel mogen doen op samenwerkingsgebied, zolang ze maar ver weg blijven van de verboden. De mededingingswet zegt hierover het volgende: *‘Verboden zijn overeenkomsten tussen ondernemingen, besluiten van ondernemersverenigingen en onderling afgestemde feitelijke gedragingen van ondernemingen, die ertoe strekken of ten gevolge hebben dat de mededinging op de Nederlandse markt of een deel daarvan wordt verhinderd, beperkt of vervalst.’* (artikel 6, lid 1, Mededingingswet). Er mogen geen onderlinge prijsafspraken of marktverdelingsafspraken worden gemaakt en er mag geen misbruik van de economische machtspositie worden gemaakt. Zo benadrukken de respondenten dat deze vormen van samenwerking leiden tot vermindering van de concurrentie. Dit verbod wordt onderschreven door een respondent: *‘Het is afhankelijk of je een horizontale of een verticale relatie met elkaar hebt. Horizontaal: tussen concurrenten. Verticaal: tussen verkopers en inkopers. In een horizontale relatie zijn een paar dingen eigenlijk altijd verboden. Dat zijn prijsafspraken, met name*

aan de verkoopkant, marktverdelingsafspraken en non-concurrentie bedingen. In verticale relaties gaat het met name om exclusiviteitsafspraken, non-concurrentie bedingen en marktverdeling. In de zin dat bijvoorbeeld wordt afgesproken dat een zorgaanbieder wel voor de ene partij maar niet voor de andere partij mag werken. Dat soort afspraken liggen in verticale relaties heel gevoelig mededingingsrechtelijk gezien. Maar ze zijn niet perse verboden. In verticale relaties moet je ook altijd bekijken wat het werkelijke effect op de markt is'.

Uit alle interviews blijkt dat er mag worden samengewerkt als je kan aantonen dat de kwaliteit van zorg daardoor verbetert of als het de consumentenwelvaart ten goede komt. De Mededingingswet zegt hierover het volgende: *'Het eerste lid geldt niet voor overeenkomsten, besluiten en onderling afgestemde feitelijke gedragingen die bijdragen tot verbetering van de productie of van de distributie of tot bevordering van de technische of economische vooruitgang, mits een billijk aandeel in de daaruit voortvloeiende voordelen de gebruikers ten goede komt, en zonder nochtans aan de betrokken ondernemingen*

A beperkingen op te leggen die voor het bereiken van deze doelstellingen niet onmisbaar zijn, of B de mogelijkheid te geven, voor een wezenlijk deel van de betrokken goederen en diensten de mededinging uit te schakelen.' (artikel 6, lid 3, Mededingingswet).

Om in aanmerking te komen voor een ontheffing van het kartelverbod is het belangrijk dat ondernemers kunnen aantonen dat ze aan deze voorwaarden voldoen. Ondernemers moeten aannemelijk kunnen maken dat de afspraken nodig zijn voor de kwaliteit van zorg en dat ze ook daadwerkelijk die kwaliteitsverbetering opleveren. De bewijslast ligt bij de coalitiepartijen van het project *'Slimmer met Zorg'*. De afspraken die je maakt op samenwerkingsgebied moeten onmisbaar zijn voor die voordelen. Je moet niet die voordelen ook op een andere manier zonder die afspraken kunnen bereiken. Een respondent zegt hierover: *'De patiënten in de regio moeten er echt beter van worden. Op het moment dat je gaat samenwerken valt de keuzevrijheid weg en daar moet echt iets tegenover staan wil je op grond van de Mededingingswet groen licht krijgen'*. Een andere respondent verklaart: *'De NMa is daar ook een paar keer heel duidelijk in geweest. Zij vinden samenwerken goed als het de kwaliteit ten goede komt. Maar dat betekent wel dat je als zorgaanbieder ook de verplichting hebt om aan te kunnen tonen dat de kwaliteit er echt baat bij heeft'*. Uit de interviews blijkt dat de drempel waar een ondernemer dan overheen moet wel heel hoog en lastig is. Bovendien moet een ondernemer het noodzakelijke doen om zo'n samenwerking tot een succes te maken en niet meer dan het noodzakelijke. Het is echter lastig om de kwaliteit van zorg transparant te maken en om die te meten. Bovendien is het moeilijk te bewijzen dat de kwaliteit daadwerkelijk verbetert door de samenwerking. Het kan ook komen door allerlei andere dingen die daarmee samenhangen. Meer dan de helft van het aantal geïnterviewde respondenten zegt dat je er voor moet waken dat

ondernemers zich niet alleen richten op de goede kwaliteitsindicatoren. Daardoor kunnen andere dingen verwaarloosd worden. Het is voor de coalitiepartijen van het project *'Slimmer met Zorg'* een uitdaging om de kwaliteit van zorg in kaart te kunnen brengen. Dit kunnen ze op verschillende manieren doen. Onder andere door de kwaliteit in procesindicatoren te meten. Of door een stap verder te zetten door je op de uitkomstindicatoren te richten.

6.1.3 Aspecten Mededingingswet

In de vorige subparagraaf zijn de verboden en mogelijkheden van de Mededingingswet besproken. In deze subparagraaf wordt achtereenvolgens ingegaan op de gezamenlijke overeenkomst, de gezamenlijke data-infrastructuur, de marktafbakening en wat er wordt bedoeld met voldoende restconcurrentie.

Gezamenlijke overeenkomst

Zoals in hoofdstuk 2 is beschreven hebben de coalitiepartijen een gezamenlijke overeenkomst opgesteld om een toekomstbestendige aanpak voor de zorg in de regio Eindhoven te ontwikkelen. De respondenten bevestigen dat bij deze overeenkomst concurrerende partijen betrokken zijn. Aan de respondenten is gevraagd wanneer deze overeenkomst een concurrentiebeperkend effect heeft en wat er niet in mag komen te staan. Een respondent zegt hierover het volgende: *'In een gemeenschappelijke overeenkomst mogen geen prijsafspraken, marktverdelingsafspraken of capaciteitsbeperking in staan. Puur kwaliteitsindicatoren mogen er wel in staan'*. Alle respondenten wijzen op het feit dat er geen afspraken in een gezamenlijke overeenkomst mogen staan over tarieven of het aantal behandelingen. Daarmee kan de directe concurrentie worden uitgeschakeld. Bovendien moeten de coalitiepartijen aannemelijk kunnen maken dat de kwaliteit omhoog gaat door de samenwerking. Dat zou een rechtvaardigheidsgrond kunnen zijn om de afspraken toch te mogen maken.

Gezamenlijke data-infrastructuur

Aan de respondenten is gevraagd of zij het noodzakelijk vinden om een gezamenlijke data-infrastructuur te hebben met kwaliteitsmetingen en klantervaringen. Volgens de meeste respondenten is het noodzakelijk om een gezamenlijke data-infrastructuur te hebben. Ondernemers kunnen hetzelfde computersysteem hanteren, maar ze moeten wel opletten dat ze geen informatie met elkaar delen die de concurrent kan gebruiken om zijn eigen strategie op af te stemmen. Toch is een respondent sceptisch over een gezamenlijke data-infrastructuur: *'Je moet alleen gegevens uitwisselen die nodig zijn voor die betere kwaliteit van samenwerking. Ik word er huiverig van. Twee partijen horen eigenlijk te vechten met elkaar, werken samen met elkaar en voordat je het weet heb*

je een database waar zij dingen uit kunnen halen die ze niet horen te weten van elkaar'. Volgens de betreffende respondent moeten de coalitiepartijen heel voorzichtig zijn dat ze geen concurrentiegevoelige informatie uitwisselen. Hierbij moeten functionaleisen gesteld worden aan de uitwisseling van informatie zodat afstemming tussen de concurrenten niet mogelijk is. De coalitiepartijen moeten hierbij duidelijk kunnen maken waarom ze informatie nodig hebben en er moet geen misbruik van worden gemaakt. Verschillende respondenten geven aan dat het een oplossing zou kunnen zijn om gebruik te maken van een derde partij (zie hoofdstuk 2).

Marktafbakening

Zoals beschreven in hoofdstuk 3 wordt als hulpmiddel bij het maken van een mededingingsrechtelijke analyse gebruik gemaakt van de afbakening van de relevante markt. Opvallend is dat de respondenten het lastig vinden om een markt af te bakenen. Dit komt onder andere doordat producten zich niet laten vergelijken met elkaar. Een respondent zegt hierover: *'Er zitten natuurlijk nog een aantal punten in die onvoldoende uitgekristalliseerd zijn. Dat is bijvoorbeeld het geval bij marktaandeelen. Hoe stel je vast wat de relevante markt is?'*. Dit wordt bevestigd door een andere respondent: *'Het is lastig om de markt af te bakenen. Voor de goedkeuring van fusies maakt men ook altijd een reistijdanalyse. Daar betrekken ze de patiëntherkomstgegevens bij en dan laten ze economische bureaus analyseren'*. De onderzoeker concludeert dat juristen, medewerkers van de NMa en medewerkers van VWS al moeilijkheden ondervinden bij het afbakenen van een markt. Dan is dit voor een ondernemer zonder juridische achtergrond misschien wel een onmogelijke opgave. Het afbakenen van een markt is cruciaal. Een ondernemer kan pas zijn marktaandeel berekenen als de markt afgebakend is. Meestal wordt dit economisch onderzocht. Er wordt in kaart gebracht hoe groot de markt is, hoe de concurrentie is, of er alternatieven zijn (toetreders op de markt) en hoe ver de burgers bereid zijn om te reizen voor een bepaald soort zorg bij een kleine prijsverhoging.

Voldoende restconcurrentie

Zoals in paragraaf 6.1.2 staat beschreven mogen ondernemers samenwerken in de zorg, mits deze samenwerking niet gericht is op prijsafspraken, marktverdeling, gemeenschappelijke leveringsweigering of op vooroverleg bij aanbestedingen. Tevens moet deze samenwerking de burger ten goede komen en moet er voldoende restconcurrentie overblijven. Voor de respondenten staat voorop dat er voldoende restconcurrentie is als de burger keuzevrijheid heeft. De voordelen die je hebt bereikt door de samenwerking moeten terecht komen bij de burgers. Als er onvoldoende concurrentie is dan voelen de ondernemers geen prikkel om de voordelen door te geven aan de burger. Er is toch geen andere onderneming en bovendien is er ook geen dreiging van een nieuwe

ondernemer. Toch kan hierbij een kanttekening worden gemaakt. De meeste respondenten kunnen niet aangeven wanneer er precies sprake is van voldoende restconcurrentie. Zo verklaart een respondent: *‘Voor ons is dat ook heel onduidelijk. De indruk die ik daarvan krijg is dat er naar toe geredeneerd wordt. Met andere woorden dat het niet perse in percentages wordt uitgedrukt, maar dat er soms ook wel overwegingen zijn dat een bepaalde speler in potentie zou uit kunnen groeien tot...’* een andere respondent beweert: *‘Ik zou best durven beweren dat wanneer de toetredingsdrempels bijvoorbeeld laag zijn, dat er restconcurrentie is als je 100 procent van de markt in handen hebt’*. Ook hiervoor geldt dat het onduidelijk is wat precies voldoende restconcurrentie inhoudt. Uit de interviews blijkt dat het belangrijk is dat de burger de mogelijkheid heeft om niet naar het machtsblok toe te gaan, er moet een alternatief zijn. Maar het blijft lastig om precies aan te geven waar de grens zit, omdat het niet met harde criteria kan worden gezegd.

6.1.4 Samenwerking organisaties

In de vorige subparagraaf is ingegaan op verschillende aspecten van de Mededingingswet: de gezamenlijke overeenkomst, de gezamenlijke data-infrastructuur, de marktafbakening en wat er precies wordt bedoeld met voldoende restconcurrentie. In deze subparagraaf wordt beschreven onder welke voorwaarden en regels ondernemers mogen samenwerken in de zorg. In het project *‘Slimmer met Zorg’* heb je verschillende vormen van samenwerking: de samenwerking tussen zorgverzekeraars, samenwerking tussen zorggroepen en de samenwerking tussen zorggroep en zorgverzekeraar. In deze subparagraaf wordt uiteengezet onder welke voorwaarden zorgverzekeraars mogen samenwerken bij de selectieve inkoop van zorg. Vervolgens wordt beschreven onder welke voorwaarden zorggroepen mogen samenwerken. Ten slotte is terug te vinden onder welke regels zorgverzekeraars en zorggroepen mogen samenwerken.

Samenwerking zorgverzekeraars

Aan de respondenten is gevraagd wanneer de samenwerking tussen zorgverzekeraars in strijd is met de Mededingingswet. Voor de respondenten staat voorop dat dit het geval is wanneer concurrentie wordt uitgesloten. Uit de verschillende interviews blijkt dat de concurrentie bij zorgverzekeraars met name betrekking heeft op de verkoopmarkt, concurrentie om hun verzekerden, burgers die bij een zorgverzekeraar een polis af sluiten. Vervolgens haalt een respondent aan dat zorgverzekeraars die helemaal niet concurreren op de inkoopmarkt, zich ook niet kunnen onderscheiden op de verkoopmarkt. Hiermee doelt de respondent op het feit dat de inkoopkosten aan elkaar gelijk zijn waardoor het moeilijk wordt om op de verkoopmarkt verschillende prijzen voor de polissen te creëren. Toch is het belangrijk dat zorgverzekeraars zich kunnen onderscheiden van de concurrent binnen het project *‘Slimmer met Zorg’*. Zorgverzekeraars moeten elkaar prikkelen om te innoveren,

om een scherpe prijs neer te zetten en om goede kwaliteit te leveren. Zo kunnen zorgverzekeraars zich onderscheiden van elkaar en klanten naar zich toe trekken.

Er zijn verschillende voorwaarden en regels waaronder zorgverzekeraars mogen samenwerken bij de selectieve inkoop van zorg. Door een respondent wordt benadrukt dat de 'Informatiekaart samenwerking zorgverzekeraars' uitgegeven in opdracht van de NMa, essentieel is om een samenwerking tussen zorgverzekeraars te kunnen beoordelen. Op deze informatiekaart staat onder andere dat verzekeraars die samen bepalen bij welke zorgaanbieders ze zorg inkopen, moeten kunnen aantonen dat hun individuele vraag te klein is om mogelijk te maken dat individuele aanbieders de zorg volgens de minimum kwaliteitseisen kunnen leveren. Bovendien moeten de verzekeraars kunnen aantonen dat niet meer partijen samenwerken dan hiervoor strikt noodzakelijk is (NMa, 2012). Het merendeel van de respondenten geeft aan dat het voor zorgverzekeraars VGZ en CZ een hele opgave wordt om dit aan te kunnen tonen. Een respondent zegt hier het volgende over: *'Het is heel moeilijk voor de VGZ om aannemelijk te maken dat ze zorgverzekeraar CZ nodig hebben in deze regio om het project op te zetten. Je moet echt kunnen aantonen dat de samenwerking objectief noodzakelijk is'*. Opvallend is dat een andere respondent benadrukt dat de samenwerking tussen zorgverzekeraars is toegestaan bij het stellen van kwaliteitsnormen. Volgens de 'Informatiekaart samenwerking zorgverzekeraars' mogen zorgverzekeraars samen prestatie-indicatoren ontwikkelen op basis waarvan ze individueel zorg inkopen. De respondent geeft hierbij de volgende toelichting: *'Als het gaat om kwaliteit he, dan is er al weer veel mogelijk he? Zorgverzekeraars mogen samen prestatie-indicatoren ontwikkelen onder bepaalde voorwaarden. Hier zit jullie project natuurlijk ook op. Hier mag dus heel veel. Zolang het dus gaat over verbetering van de kwaliteit. Als je er zeg maar zo'n saus overheen gooit, dan mag er dus eigenlijk veel. Hier heb je de meeste mogelijkheden voor samenwerking'*. Ofschoon de NMa handvatten probeert te bieden met als doel vooraf richting en duidelijkheid te geven aan zorgverzekeraars over wat onder bepaalde voorwaarden wel of niet mag, constateert de onderzoeker dat er nog veel onduidelijkheden bestaan in het zorgveld. Het lijkt alsof naar een passend antwoord wordt toe geredeneerd. De meerderheid van de respondenten geeft aan indien zorgverzekeraars mogen samenwerken, ze alleen concurrentiegevoelige informatie mogen uitwisselen die strikt noodzakelijk is voor de toegestane vorm van samenwerking. En daarnaast mogen samenwerkende zorgverzekeraars geen afspraken maken met aanbieders die andere verzekeraars uitsluiten (NMa, 2012).

Samenwerking zorggroepen

Alle respondenten bevestigen dat zorggroepen moeten concurreren om de gunst van verzekeren. Het is belangrijk dat zij zich onderscheiden op kwaliteit en doelmatigheid van zorg. Hierdoor hebben

burgers een keuze. Dit wordt treffend geïllustreerd door één van de respondenten. Die daarover het volgende opmerkt: *‘Waar het altijd om gaat is de vraag of mensen nog alternatieven hebben. Verzekerden hebben jaarlijks de mogelijkheid om een nieuwe zorgverzekeraar te nemen. Als het echt groter wordt en het wordt echt zo’n machtsblok waar je niet meer langs heen kan werken, dan zie ik wel risico’s’*. Daarnaast blijkt uit de interviews dat het lastig is om te bepalen wanneer er sprake is van voldoende restconcurrentie en burgers een keuze hebben. Dat moet economisch bekeken worden. Hierbij wordt gekeken naar het effect van de concurrentie binnen de markt: de relevante markt bepaald, er wordt bekeken hoe groot de spelers zijn, welke soort afspraken er worden gemaakt, daarnaast wordt gekeken naar het gedrag van de spelers, wat de effecten zijn op de markt en of de samenwerking de onderling concurrentie tussen de coalitiepartijen beïnvloed. Dit moet je op een rijtje hebben en dan kan worden bepaald of de samenwerking in strijd is met de Mededingingswet.

Samenwerking zorgverzekeraar en zorggroep

Vervolgens heeft de onderzoeker aan de respondenten gevraagd of de samenwerking tussen zorgverzekeraar en zorggroep in strijd is met de Mededingingswet. Uit de interviews blijkt dat dit een bijzondere vorm van samenwerking is: namelijk verticale samenwerking. De meerderheid van de respondenten is er van overtuigd dat een verticale samenwerking in veel gevallen niet in strijd is met de Mededingingswet omdat zorgaanbieders en zorgverzekeraars geen concurrenten zijn van elkaar. Zo verklaart een respondent: *‘Verticale samenwerking is veel minder problematisch dan horizontale samenwerking’*. Wat opvalt is dat respondenten het niet eens zijn. Slechts één respondent merkte het volgende op: *‘Op het moment dat de verzekeraar iets te zeggen krijgt over de zorggroep of de zorggroep over de verzekeraar dan is er volgens de Mededingingswet geen sprake meer van samenwerking maar dan is er sprake van zeggenschap, van een concentratie, concentraties moet je vooraf melden bij de NMa, want dan is er in feite sprake van een soort fusie’*. Samenwerking tussen zorgverzekeraar en zorggroep is blijkbaar niet zonder risico’s. Ook hier blijkt uit de interviews dat artikel 6 Mededingingswet met de uitzonderingen geldt. De samenwerking tussen zorgverzekeraar en zorggroep is in strijd met de Mededingingswet zodra de samenwerking heel intensief wordt, als er exclusiviteit wordt afgesproken, als de keuzevrijheid wordt beperkt, als er non-concurrentie beding wordt afgesproken, als er prijs- of marktverdelingsafspraken worden gemaakt of als er over wordt gegaan tot een collectieve boycot.

6.1.5 Resumé

Uit de verschillende interviews blijkt dat de respondenten de Mededingingswet complex vinden. De meeste respondenten vinden de mededingingsregels erg onduidelijk. Organisaties vinden het lastig

om te bepalen wat is toegestaan volgens de Mededingingswet. Daarnaast zijn de mogelijkheden en verboden van de Mededingingswet besproken in deze paragraaf. Artikel 6 van de Mededingingswet blijkt een belangrijk artikel te zijn om te toetsen of een specifieke situatie vanuit een mededingingsrechtelijk kader wel of niet is toegestaan. De mededinging op (een deel van) de Nederlandse markt mag niet worden verhinderd, beperkt of vervalst door overeenkomsten tussen ondernemingen, besluiten van ondernemersverenigingen en onderling afgestemde feitelijke gedragingen van ondernemingen (artikel 6, lid 1, Mededingingswet). Toch blijkt uit de interviews dat er onder bepaalde omstandigheden wel mag worden samengewerkt: als een organisatie kan aantonen dat de overeenkomsten, besluiten en onderling afgestemde feitelijke gedragingen bijdragen tot de verbetering van productie of van de distributie of tot bevordering van de technische of economische vooruitgang (artikel 6, lid 3, Mededingingswet). Daarnaast is in deze paragraaf achtereenvolgens ingegaan op de gezamenlijke overeenkomst, gezamenlijke data-infrastructuur, de marktafbakening en wat er wordt bedoeld met voldoende restconcurrentie. In de laatste subparagraaf is ingegaan op de verschillende vormen van samenwerking: de samenwerking tussen zorgverzekeraars, samenwerking tussen zorggroepen en de samenwerking tussen zorggroep en zorgverzekeraars. Vervolgens is beschreven onder welke voorwaarden de partijen mogen samenwerken.

6.2 Resultaten interorganisationale samenwerking

In de vorige paragraaf is ingegaan op verschillende aspecten van de Mededingingswet en tevens is er een antwoord gegeven op de derde deelvraag van dit onderzoek. In deze paragraaf wordt stapsgewijs een antwoord gegeven op de volgende empirische deelvraag: 'Hoe kan de samenwerking tussen de coalitiepartijen bij het project *'Slimmer met Zorg'* organisatorisch worden opgezet'? Door antwoord te geven op deze deelvraag wordt een relatie gelegd tussen de theoretische (hoofdstuk 4) en empirische bevindingen. In de volgende subparagrafen worden de resultaten gepresenteerd.

6.2.1 Ervaringen respondenten interorganisationale samenwerking

Alle respondenten zijn zich bewust van het feit dat eenzijdig werken echt verleden tijd is en dat samenwerking tussen organisaties in de gezondheidszorg noodzakelijk wordt in de toekomst, dit als gevolg van de veranderende samenleving. Toch blijkt dat het opzetten en in stand houden van een samenwerking tussen organisaties in de zorg niet eenvoudig is. Volgens de respondenten is het belangrijk dat organisaties bewust zijn van de bestaande afhankelijkheden alvorens zij actief kunnen samenwerken. De samenwerking moet voor alle coalitiepartijen van het project *'Slimmer met Zorg'* voordeel opleveren voor de eigen organisatie. Één respondent zegt hierover: *'Organisaties moeten samenwerken om hun doelstellingen te bereiken en om hun eigen belangen te behartigen. Je moet allemaal baat hebben bij een samenwerking'*.

Er zijn verschillende meningen met betrekking van de grootte van het project. Alle respondenten geven aan dat het moeilijk is om de juiste organisaties, op het juiste moment bij een samenwerkingsverband te betrekken. Verschillende respondenten vinden dat niet te veel organisaties bij het project *'Slimmer met Zorg'* betrokken moeten worden. Zij vinden dat een groot aantal organisaties de effectiviteit van het samenwerkingsverband, de mogelijkheid om tot overeenstemming te komen, de kwaliteit van de communicatie en coördinatie niet ten goede komt. Één respondent geeft aan: *'Als wij nu met alle partijen aan tafel gaan zitten dan krijg je een Poolse Landdag. Dan krijg je allerlei instellingen die bedreigingen zien, die gaan dan kongsis sluiten. Waardoor ze gaan vertragen. Hakken in het zand. Dan krijg je heel veel mee praters en heel veel mensen die achterover gaan hangen. Die maken op een subtiele manier al dit soort processen gewoon dood.'* Terwijl een andere respondent vindt dat dit project zo groot mogelijk moet worden. Zo bevestigt de respondent: *'Ziekenhuizen, eerstelijns zorg, gemeenten, WMO en ook de werkgevers. Eigenlijk moet dit project het verhaal van allemaal zijn'*.

Daarnaast blijkt uit de interviews dat verschillende respondenten er van overtuigd zijn dat de resultaten van het samenwerkingsverband transparant en tijdig kenbaar gemaakt moeten worden.

Dit komt volgens deze respondenten ten goede aan de kwaliteit van de samenwerking tussen de coalitiepartijen van het project *'Slimmer met Zorg'*. Het is opvallend dat een andere respondent hier hetzelfde over denkt maar hij vindt het lastig om de effecten van de samenwerking te kunnen meten. Hij zegt hierover het volgende: *'Hoe maak je de kwaliteit van zorg transparant? En wat is kwaliteit van zorg? Hoe krijg je dat nou in beeld? Dat is echt héél moeilijk.'* De resultaten van het project *'Slimmer met Zorg'* kunnen economisch van aard zijn, maar ze kunnen ook gericht zijn op competentieverbetering of service van de organisaties, het werkplezier of het verhogen van de kwaliteit van de geleverde zorg. Deze respondent benadrukt dat het moeilijk is om inzichtelijk te maken dat bepaalde resultaten daadwerkelijk behaald worden door het project *'Slimmer met Zorg'*. Volgens de respondenten heeft het project *'Slimmer met Zorg'* alleen kans van slagen als er in de Nederlandse gezondheidszorg een financieringssysteem wordt ontwikkeld dat gezondheidswinst ondersteunt. Het huidige systeem prikkelt hulpverleners en burgers om meer productie te draaien. Hulpverleners worden per verrichting betaald en bovendien hebben de burgers geen idee hoe duur de zorg is. Uit de interviews blijkt dat er een gedragsverandering moet plaats vinden van zowel de burgers als van de organisaties in de zorg. Mensen moeten gemotiveerd worden om fundamenteel anders met zorg om te gaan. Burgers en organisaties in de zorg moeten elkaar ter verantwoording roepen als er ongepast met zorg wordt omgegaan. En moeten met behulp van informatie keuzes maken om bepaalde zorg wel of niet te leveren en om bewust te leven.

6.2.2 Succesfactoren

In de volgende subparagrafen staan de verschillende succesfactoren van samenwerking tussen organisaties in de zorg centraal. Deze succesfactoren zijn: vertrouwen, verbindend leiderschap, gemeenschappelijke doelstellingen, gemeenschappelijke ambitie, inzicht in elkaars belangen, draagvlak en daadkracht, het evalueren van het samenwerkingsverband en het ontwikkelen van alliantievaardigheden. In elke subparagraaf staat één van deze succesfactoren centraal.

Vertrouwen

Uit het theoretisch kader (hoofdstuk 4) blijkt dat vertrouwen één van de succesfactoren is voor een goede samenwerking tussen organisaties in de zorg. Alle respondenten zijn zich er van bewust dat er in een interorganisationale samenwerking geen topdown besturing mogelijk is, vertrouwen geeft stabiliteit aan een relatie en is misschien wel het belangrijkste element van een interorganisationale samenwerking. Een respondent zegt hierover: *'Je moet elkaar blindelings vertrouwen. Vertrouwen moet je echt wederzijds verdienen'*. De coalitiepartijen van het project *'Slimmer met Zorg'* investeren veel in onderlinge relaties, interacties en vertrouwen. Dit heeft een positieve invloed op de onderlinge verhoudingen, op het gedrag van de coalitiepartijen, mogelijkheden tot innovatie en

investeringen en op de bereidheid om informatie en kennis uit te wisselen. Alle respondenten vinden het belangrijk om te blijven investeren in een samenwerkingsverband. Het project *'Slimmer met Zorg'* wordt volgens de respondenten een succes als de samenwerking tussen de coalitiepartijen blijft groeien.

Controle

Toch blijkt uit de interviews dat organisaties zich niet alleen richten op het bouwen van vertrouwen. Er is binnen de coalitiepartijen toch een soort 'drang' naar controle. Dit blijkt uit het feit dat de coalitiepartijen het belangrijk vinden om met contracten te werken. Hierdoor wordt volgens de respondenten in ieder geval met iedereen dezelfde systematiek afgesproken en bovendien worden de spelregels voor iedereen duidelijk. Zo zegt een respondent: *'Als samenwerkende partijen moet je op schrift aangeven wat jouw inbreng is en waar jij verantwoordelijk voor bent. Hoe je dat aan elkaar over brengt en hoe je alles aan elkaar overdraagt. Ik vind dat je daar heel duidelijk in moet zijn'*. Een andere respondent zegt hierover: *'We gaan in die alliantie vastleggen wat voor ons dat gedrag moet zijn en hoe wij elkaar willen aanspreken. Welke verantwoordelijkheden we nemen en dat laten we tekenen'*. De respondenten vinden het belangrijk dat er voldoende zekerheid is binnen het project en achten het noodzakelijk dat er met contracten wordt gewerkt. Zij zijn er van overtuigd dat het project dan meer kans van slagen heeft. De coalitiepartijen balanceren als het ware tussen vertrouwen en controle.

Informatie-uitwisseling en communicatie

Bovendien bleek uit het theoretisch kader dat organisaties pas informatie uit gaan wisselen als er sprake is van vertrouwen. Ook binnen het project *'Slimmer met Zorg'* is er behoefte aan een goede, optimale en snelle informatie-uitwisseling en communicatie tussen de organisaties. Volgens de respondenten is het belangrijk dat er goede informatiesystemen opgezet gaan worden. Zodat het dataverkeer tussen de coalitiepartijen goed en volledig verloopt. Er moet een snelle terugkoppeling zijn naar de organisaties toe en bovendien is het belangrijk dat alle organisaties op dezelfde manier en met het zelfde systeem werken. Dit informatiesysteem moet nog ontwikkeld worden. Er moet duidelijkheid komen over welke data er exact nodig zijn, hoe de informatievoorziening wordt ingericht en welke informatie er uitgewisseld mag worden. Bovendien moeten er volgens de respondenten een taakverdeling worden gemaakt. Wie houdt bijvoorbeeld de informatie up-to-date? En wie is waarvoor verantwoordelijk en wie is waarvoor bevoegd?

Alle respondenten vinden het belangrijk dat er een goede communicatie tussen de coalitiepartijen is. Zij vinden het belangrijk dat de coalitiepartijen regelmatig, structureel en op vaste tijden face-to-face

contact met elkaar hebben. De communicatie moet plaats vinden volgens een vaste structuur en bovendien moeten de gemaakte afspraken en overeenkomsten vastgelegd en gemonitord worden. Volgens de respondenten wordt hierdoor de samenwerking geoptimaliseerd. Bovendien vinden de respondenten dat een goede communicatie met externe partijen noodzakelijk is (overheid, gemeentes, ziekenhuizen, media etc.). Onder communicatie wordt volgens de respondenten zowel mondelinge als schriftelijke communicatie bedoeld. Op welke manier en door wie worden bijvoorbeeld de persberichten aangeleverd? Ook hiervoor moet nog een plan worden opgezet. Daarnaast blijkt uit de interviews dat er binnen de organisaties nog het één en ander georganiseerd moet worden. De coalitiepartners zetten het project op, maar er moet ook nog gecommuniceerd worden naar de tussenliggende niveaus. Uiteindelijk moeten de direct betrokkenen er toch mee werken. Op elk niveau van de organisaties moeten de werknemers geïnformeerd worden. De communicatie is volgens de respondenten uitermate belangrijk om het project te doen slagen. En bovendien moet de informatie betrouwbaar, tijdig, juist, beschikbaar en volledig zijn.

In deze subparagraaf is besproken dat vertrouwen een belangrijke succesfactor is voor het aangaan van een interorganisationele samenwerking. Alle respondenten vinden het belangrijk om aan de onderlinge relaties en het vertrouwen te werken. De coalitiepartijen hebben er bewust voor gekozen om niet alleen op basis van vertrouwen te handelen omdat het project *'Slimmer met Zorg'* te risicovol is voor de organisaties. Ze hebben het samenwerkingsverband daarom vastgelegd in een contract. Daarnaast blijkt zowel uit het theoretische als het empirische onderzoek dat organisaties meer informatie met elkaar uitwisselen als er sprake is van vertrouwen binnen een samenwerkingsverband. Uit de interviews blijkt dat een goede informatie- en communicatietechnologie tevens belangrijk zijn om een succesvol samenwerkingsverband op te zetten. In de volgende subparagraaf wordt besproken waarom naast het opbouwen van het vertrouwen tussen organisaties ook verbindend leiderschap nodig is bij het opzetten van een succesvolle samenwerking tussen organisaties.

Verbindend Leiderschap

Voor de respondenten staat voorop dat leiderschap essentieel is om de organisaties van het project *'Slimmer met Zorg'* te verbinden. Een respondent zegt hierover het volgende: *'Dat coachend leiderschap is natuurlijk wel heel erg wezenlijk'*. Hij doelt hiermee op dat organisaties bij elkaar moeten worden gebracht en dat er resultaten geboekt moeten worden. Een leider heeft daadkracht nodig om iets voor elkaar te kunnen krijgen. Dit wordt geïllustreerd door een respondent: *'Je moet echt de voortrekkers bij elkaar zetten en zorgen dat de achterban mee gaat. Je moet die change voor elkaar krijgen'*. Uit de verschillende interviews blijkt dat er nog gewerkt kan worden aan verbindend

leiderschap. Uiteindelijk is het project *'Slimmer met Zorg'* een verandering voor elke organisatie. Het team moet uiteindelijk aangestuurd en gemotiveerd worden om het veranderingsproces ook daadwerkelijk uit te voeren.

Gemeenschappelijke doelstellingen

Daarnaast is aan de respondenten gevraagd hoe belangrijk zij het vinden dat de coalitiepartijen concrete gemeenschappelijke doelstellingen hebben. Alle respondenten zijn het er over eens dat het belangrijk, maar niet eenvoudig is om duidelijke gemeenschappelijke doelstellingen te formuleren. Een respondent geeft de volgende verklaring: *'Je hebt een gemeenschappelijk doel en je hebt ons eigen doel. Uiteindelijk moet het gemeenschappelijke doel bijdragen tot het doel van iedere afzonderlijke partij'*. Duidelijke, goedgekeurde, gezamenlijke doelstellingen verminderen valse verwachtingen, voorkomen misverstanden en leiden tot gezamenlijke resultaten. Daarnaast blijkt dat er compromissen worden gesloten, een respondent zegt hierover: *'We hebben nergens hele tegenstrijdige belangen en doelstellingen. In theorie zou dat kunnen. Maar die tegenstrijdige belangen maken dan weer onderdeel uit van het grote plan. En onderhandelen doe je niet per item. Vaak onderhandel je een heleboel zaken tegelijkertijd uit. Continue ben je aan het onderhandelen, aan het afstemmen en aan het afspreken'*.

Gemeenschappelijke ambitie

Uit de theorie bleek dat het belangrijk is dat de coalitiepartijen van het project *'Slimmer met Zorg'* een gemeenschappelijke ambitie gaan ontwikkelen als bindmiddel in de interorganisationele samenwerking. Volgens een van de organisaties van het project: *'In grote lijnen kan je zeggen dat we dezelfde ambitie hebben. Anders waren we er ook niet aan begonnen.'* De respondenten zijn zich er van bewust dat het project meer kans van slagen heeft als er een gemeenschappelijke ambitie is ontwikkeld. Uiteindelijk moeten de organisaties het toch samen doen.

Inzicht in elkaars belangen

Tussen de coalitiepartijen is een grote wil om de belangen inzichtelijk te maken en om tot gezamenlijke oplossingen te komen binnen de samenwerking. De organisaties hebben hoogstwaarschijnlijk hun eigen interesses, hun eigen percepties, hun eigen strategieën, hun eigen belangen ten aanzien van het probleem, hebben een eigen organisatiecultuur, hebben hun eigen opvattingen, hebben hun eigen organisatieafspraken etc. Ook hierbij geldt dat er compromissen worden gesloten indien er een verschil van mening is over bepaalde onderwerpen. Hierover wordt onderhandeld om zo tot gemeenschappelijke oplossingen te komen. Deze gemeenschappelijke oplossingen moeten uiteindelijk een meerwaarde hebben voor alle coalitiepartijen van het project

'Slimmer met Zorg'. Een respondent zegt hierover: *'Uiteindelijk moet je wel dezelfde belangen en ambities hebben. Ik denk dat je nu het moderne woord: partners in de zorg moet zijn.'* En een andere respondent zegt hierover: *'Je mag geen tegengestelde belangen hebben natuurlijk. Dat lijkt me heel moeilijk om tegengestelde belangen met elkaar te verenigen. Je kunt wel belangen hebben die elkaar niet overlappen, maar ze moeten elkaar ook niet bijten'.* Bovendien werd door een respondent aangegeven dat het project *'Slimmer met Zorg'* waarschijnlijk langzaam aan maar zeker doodbloedt als er geen gemeenschappelijke oplossingen meer zijn of als het vertrouwen afneemt tussen de coalitiepartijen.

Uit de verschillende interviews en uit de bovenstaande paragrafen blijkt dat de coalitiepartijen hard werken aan gemeenschappelijke doelstellingen, ambities en belangen. In de onderstaande subparagraaf worden de draagvlak en daadkracht besproken.

Draagvlak & Daadkracht

Uit de verschillende interviews blijkt dat de coalitiepartijen het project *'Slimmer met Zorg'* in fases uitrollen. Bovendien is er een rolverdeling gemaakt. Alle organisaties en mensen worden ingezet op basis van kwaliteiten en competenties. De coalitiepartijen vinden het belangrijk om goede en doordachte keuzes te maken. De coalitiepartijen vergaderen regelmatig om afspraken te maken en om te bespreken of de gemaakte afspraken daadwerkelijk worden nagekomen. Daarnaast blijkt uit de interviews dat het belangrijk is om voldoende draagvlak en daadkracht te creëren. Dit wordt geïllustreerd door een respondent: *'Daadkracht is ook belangrijk voor een succesvolle samenwerking. Ik denk dat de twee belangrijkste randvoorwaarden moed en doorzettingsvermogen zijn. Moed om inderdaad af en toe tegen die weerstand in te durven gaan. En doorzettingsvermogen door inderdaad niet alleen maar in theorie leuke concepten te bedenken. Maar door heel hard te maken en te zeggen dit is wat we doen.'* De respondenten zijn zich er allemaal van bewust dat het creëren van het project *'Slimmer met Zorg'* geen eenvoudig proces wordt. Verschillende respondenten geven aan dat de coalitiepartijen rekening moeten houden met mogelijke weerstand van de achterbannen. Daarom is het belangrijk om de achterbannen bij het project te betrekken en dat het project geaccepteerd wordt door de achterban. Dit heeft een positief effect op het proces en de kwaliteit van het project. Toch wordt dit tot op heden nog niet voldoende gedaan volgens de respondenten. Er mag meer interactie met de achterbannen plaatsvinden. Volgens de respondenten kunnen de achterbannen de invoering van het project bevorderen of juist frustreren.

Evalueren samenwerkingsverband

Het merendeel van de respondenten vindt het belangrijk dat interorganisationele samenwerkingsverbanden goed worden geëvalueerd, om zo het samenwerkingsverband vitaal te houden. De gemeenschappelijke doelstellingen moeten helder, concreet en specifiek zijn. Een respondent zegt hierover: *'Ik denk dat het belangrijk is dat je vanaf dag één de evaluatie heel sterk in zet. Dat je in ieder geval met tussenevaluaties kan komen'*. Een andere respondent vindt het belangrijk dat organisaties dit zowel individueel doen (voor de eigen organisatie) als gezamenlijk (met de andere coalitiepartijen). Bovendien stelt deze respondent dat het belangrijk is dat de coalitiepartijen van te voren de evaluatiemomenten en -criteria te bespreken. Dit leidt volgens de desbetreffende respondent tot vertrouwen tussen de verschillende coalitiepartijen van het project *'Slimmer met Zorg'*. Uit de interviews blijkt dat de evaluatiemomenten en -criteria nog niet op papier staan. De coalitiepartijen hebben afgesproken dat ze na ieder jaar het project evalueren. Tussentijdse evaluaties zijn nog niet gepland. Bovendien blijkt dat er nog geen (meetbare) evaluatiecriteria zijn afgesproken. De coalitiepartijen geven elkaar regelmatig feedback, evalueren het proces vooralsnog terloops en zijn continue informatie met elkaar aan het uitwisselen. Toch is het belangrijk dat er regelmatig wordt geobjectiveerd hoe de stand van zaken is: of de gemeenschappelijke doelen ook daadwerkelijk worden behaald, wat de resultaten zijn van de samenwerking, of de inhoud van het project nog goed is, hoe de interactie en communicatie tussen de organisaties verloopt, of de coalitiepartijen nog tevreden zijn over de rolverdeling, of er nog verbeteringen mogelijk zijn, of de samenwerking oplevert wat de organisaties in gedachten hadden, hoe de samenwerking verloopt en of de leiders de kwaliteiten en competenties beschikken om ook daadwerkelijk het voortouw te nemen in het project. Uiteindelijk moeten de coalitiepartijen gezamenlijk leren van deze evaluaties. Dit maakt voortzetting, herpositionering, verbetering, bijsturing, aanpassing of beëindiging van de interorganisationele samenwerking mogelijk.

Kennis over alliantie management

In de vorige subparagraaf is aandacht besteed aan het evalueren van organisaties. Uit de literatuur blijkt dat organisaties alliantievaardigheden dienen te ontwikkelen om succesvol te kunnen samenwerken. Zo vertelde een respondent dat het belangrijk is dat organisaties investeren in hun alliantie management. Een andere respondent wees zelfs op het belang van het hebben van een *'alliantieafdeling'* binnen een organisatie. Hierdoor kan een bedrijf meer samenwerkingsuccessen behalen, doordat ze kennis hebben over het formeren, vormen en functioneren van allianties. Organisaties moeten tegenwoordig wel samenwerken met andere organisaties om maatschappelijke problemen op te lossen. Door veelvuldig samen te werken met andere organisaties ontwikkelen organisaties alliantievaardigheden en kunnen organisaties makkelijker keuzes maken in de inrichting

van een alliantie. Daardoor hebben organisaties een kleiner risico op het falen van een interorganisationele samenwerking. Toch blijkt uit de interviews dat de coalitiepartijen nog weinig aandacht besteden aan het ontwikkelen van alliantievaardigheden en dat de kennis over alliantie management beperkt is.

6.2.3 Resumé

Uit de verschillende interviews blijkt dat het in stand houden en opzetten van een interorganisationele samenwerking ontzettend complex is. Het project heeft volgens de respondenten alleen kans van slagen als er een financieringssysteem wordt ontwikkeld dat gezondheidswinst ondersteunt. Daarnaast moet er een gedragsverandering plaats vinden bij zowel de burgers als de organisaties. Er moet fundamenteel anders met zorg worden omgegaan.

Het blijkt dat de coalitiepartijen veel investeren in de onderlinge relaties. Vertrouwen blijkt essentieel te zijn voor een goede interorganisationele samenwerking. Toch blijkt uit de interviews dat er behoefte is aan verbindend leiderschap, een communicatieplan en bovendien moeten er goede informatiesystemen worden ontwikkeld. De gemeenschappelijke doelstellingen, ambities en belangen lijken sterk genoeg te zijn om alle coalitiepartijen op één lijn te houden. De achterban en de coalitiepartijen moeten de meerwaarde (blijven) inzien van de interorganisationele samenwerking, anders is er een grote kans dat de samenwerking uiteindelijk doodbloedt en faalt. Daarom is het noodzakelijk om aandacht te besteden aan het draagvlak, de achterban moet meer bij het project betrokken worden. Uit de interviews blijkt dat de coalitiepartijen nog geen vaste en meetbare evaluatiemomenten en -criteria hebben afgesproken. Bovendien kan er meer geïnvesteerd worden in de kennis over alliantie management. Uit het theoretische gedeelte van dit onderzoek blijkt dit noodzakelijk te zijn zodat de samenwerking tijdig bijgestuurd kan worden.

7. CONCLUSIES EN AANBEVELINGEN

In het vorige hoofdstuk zijn de resultaten van dit onderzoek weergegeven. In dit laatste hoofdstuk worden de conclusies van de Mededingingswet (paragraaf 7.1) en de conclusies van de interorganisationale samenwerking besproken (paragraaf 7.2). Vervolgens worden de aanbevelingen uiteengezet (paragraaf 7.3). Dit hoofdstuk wordt afgesloten met een korte reflectie op het onderzoek (paragraaf 7.4).

In dit onderzoek is onderzocht hoe de coalitiepartijen om kunnen gaan met de Mededingingswet bij het invoeren van het project *'Slimmer met Zorg'*. Daarnaast zijn de succesfactoren van interorganisationale samenwerking inzichtelijk gemaakt en is geanalyseerd hoe de samenwerking tussen de coalitiepartijen organisatorisch kan worden opgezet. De gegevens zijn verkregen door het houden van semi-gestructureerde interviews bij 17 respondenten. De gegevens zijn geanalyseerd en aan de hand hiervan kan een antwoord worden gegeven op de hoofdvraag van dit onderzoek. In de volgende twee paragrafen worden de conclusies van de Mededingingswet en van de interorganisationale samenwerking besproken.

7.1 Conclusies Mededingingswet

In de eerste hoofdstukken van dit onderzoek is besproken wat de Mededingingswet inhoudt. Het vertrekpunt van deze wet is om eerlijke concurrentieverhoudingen tussen ondernemingen te bewerkstelligen zodat de keuzevrijheid, betaalbaarheid, kwaliteit en keuzemogelijkheden voor de burgers worden gewaarborgd. De Mededingingswet is van toepassing op alle ondernemers die werkzaam zijn in de Nederlandse gezondheidszorg. De Mededingingswet verbiedt alle ondernemingen om misbruik te maken van de economische machtspositie. Daarnaast verbiedt de Mededingingswet overeenkomsten, besluiten of gedragingen tussen ondernemingen, die tot gevolg hebben dat de mededinging op (een deel van) de Nederlandse markt wordt verhinderd, beperkt of vervalst (De Lint, 2011). Deze vormen van samenwerking leiden tot vermindering van de concurrentie. De coalitiepartijen kunnen samenwerken op het gebied van ondersteunende processen en op het gebied van informatie-uitwisseling (als het niet gaat om zorginhoudelijke aspecten). Het gezamenlijk optrekken van de coalitiepartijen op deze gebieden heeft geen merkbaar effect op de mededinging en leidt niet tot vermindering van de concurrentie.

De onderzoeker heeft geconstateerd dat de Mededingingswet een complexe wet is. De wet moet niet worden gezien als een verbod op samenwerking. De coalitiepartijen mogen onder bepaalde

voorwaarden samenwerken. Als de coalitiepartijen kunnen aantonen dat de afspraken bijdragen tot verbetering van de productie of distributie of tot technische of economische vooruitgang mogen ze samenwerken. Bovendien moeten de coalitiepartijen aannemelijk kunnen maken dat de afspraken op samenwerkingsgebied onmisbaar zijn om die voordelen te behalen en moet een ondernemer het noodzakelijke doen om zo'n samenwerking tot een succes te maken. Het blijkt echter lastig te zijn om de kwaliteit van zorg transparant te maken en om de resultaten inzichtelijk te maken.

7.2 Conclusies interorganisationale samenwerking

Uit dit onderzoek blijkt dat er vier succesfactoren van interorganisationale samenwerking te onderscheiden zijn. De eerste succesfactor is *'vertrouwen en verbindend leiderschap'*. Vertrouwen geeft stabiliteit aan een relatie en is misschien wel het belangrijkste element van een interorganisationale samenwerking. Uit dit onderzoek blijkt dat de coalitiepartijen zelf moeten bepalen of zij het samenwerkingsverband vastleggen in contracten. Daarnaast staat voor de respondenten voorop dat verbindend leiderschap essentieel is om de organisaties van het project *'Slimmer met Zorg'* te verbinden. Uit de verschillende interviews blijkt dat er nog gewerkt kan worden aan verbindend leiderschap. Volgens de respondenten is er behoefte aan goede informatiesystemen en communicatieplannen. Een tweede succesfactor is *'het ontwikkelen van gemeenschappelijke doelstellingen, gemeenschappelijke ambities en inzicht in elkaars belangen'*. Uit de verschillende interviews blijkt dat de coalitiepartijen hard werken aan gemeenschappelijke doelstellingen, ambities en belangen. De derde succesfactor is *'voldoende daadkracht en draagvlak ontwikkelen'*. Alle respondenten denken dat het creëren van het project *'Slimmer met Zorg'* geen eenvoudig proces wordt. De respondenten vinden het belangrijk dat de achterbannen bij het project betrokken worden, zodat het project geaccepteerd wordt. Tot slot is de vierde succesfactor *'regelmatige evaluaties en het ontwikkelen van alliantievaardigheden'*. Uit de interviews blijkt dat de respondenten het belangrijk vinden dat de samenwerkingsverbanden worden geëvalueerd om zo het samenwerkingsverband vitaal te houden. Toch blijkt dat de evaluatiemomenten en -criteria nog niet besproken zijn. Daarnaast besteden de coalitiepartijen te weinig aandacht aan het ontwikkelen van alliantievaardigheden. Nu duidelijk is wat de succesfactoren zijn van een interorganisationale samenwerking, worden in de volgende paragraaf aanbevelingen gedaan die de coalitiepartijen kunnen helpen om het project *'Slimmer met Zorg'* organisatorisch op te zetten.

7.3 Aanbevelingen

Aansluitend op de conclusie in de voorgaande paragrafen worden in deze paragraaf aanbevelingen gedaan ter optimalisatie van de samenwerking in het project *'Slimmer met Zorg'*. In paragraaf 7.3.1 worden de aanbevelingen voor de coalitiepartijen gepresenteerd en in paragraaf 7.3.2 worden de aanbevelingen voor vervolgonderzoek uiteengezet.

7.3.1 Aanbevelingen voor de coalitiepartijen

Mededingingswet

- Dit project *'Slimmer met Zorg'* is uniek en bovendien zijn een aantal punten uit de Mededingingswet onvoldoende uitgekristalliseerd. Betrek daarom een jurist bij het opzetten van het project *'Slimmer met Zorg'*. En ga op tijd naar de NMa om juridisch advies in te winnen over het project *'Slimmer met Zorg'*.
- Om in aanmerking te komen voor een ontheffing van het kartelverbod is het belangrijk dat de coalitiepartijen aan kunnen tonen dat ze aan bepaalde voorwaarden voldoen. De coalitiepartijen moeten aannemelijk kunnen maken dat de gemaakte afspraken ook daadwerkelijk die kwaliteitsverbetering opleveren. Het is aan te bevelen dat coalitiepartijen vastleggen wie waarvoor verantwoordelijk is en wat de organisatie heeft gedaan om de kwaliteit van zorg te verbeteren (transparant maken). De coalitiepartijen kunnen achteraf aantonen dat ze werk hebben gemaakt van kwaliteitsverbetering.
- Daarnaast moeten de coalitiepartijen aan kunnen tonen dat ze niet met meer partijen samenwerken dan strikt noodzakelijk is. Zo moet VGZ aannemelijk maken dat ze zorgverzekeraar CZ nodig hebben om in deze regio het project op te zetten.

Vertrouwen & Verbindend leiderschap

- De coalitiepartijen moeten investeren in een goede, optimale en snelle informatie-uitwisseling tussen de organisaties. Het is aan te bevelen dat de coalitiepartijen informatiesystemen op gaan zetten zodat het dataverkeer tussen de coalitiepartijen goed verloopt.
- Uiteindelijk moeten er communicatieplannen worden opgesteld. De coalitiepartijen moeten regelmatig, structureel en op vaste tijden face-to-face contact met elkaar hebben. Het is aan te bevelen dat de communicatie plaats vindt volgens een vaste structuur en dat de gemaakte afspraken en overeenkomsten worden vast gelegd en gemonitord.
- Daarnaast moet er een communicatieplan opgesteld worden voor een goede communicatie met externe partijen. Het project *'Slimmer met Zorg'* moet bekendheid krijgen. Hoe moet de

pers bijvoorbeeld worden ingelicht? Wat willen de coalitiepartijen wanneer naar buiten brengen?

- Het is aan te bevelen dat de coalitiepartijen werken aan verbindend leiderschap. De organisaties moeten enthousiaste leiders bij elkaar zoeken die de organisaties willen aansturen en motiveren om het veranderingsproces ook daadwerkelijk uit te voeren en het project tot een succes te maken.

Gemeenschappelijke doelstellingen, gemeenschappelijke ambities & inzicht in elkaars belangen

- Het is aan te bevelen dat de coalitiepartijen zorgen voor duidelijkheid over doelen, rollen, verantwoordelijkheden, risico's, verwachtingen, taken, bevoegdheden etc. Dit moet worden vastgelegd en dient als fundament voor de samenwerking. Deze gegevens moeten openbaar zijn voor alle coalitiepartijen. Nieuwe afspraken moeten worden gedocumenteerd en moeten worden omgezet in passend beleid.

Daadkracht & Draagvlak

- Uit de resultaten blijkt dat de coalitiepartijen rekening moeten houden met mogelijke weerstand van de achterbannen. Het is aan te bevelen om de achterbannen tijdig bij het project te betrekken, zodat het project geaccepteerd wordt door de achterbannen. Er moet veel interactie met de achterbannen zijn.

Regelmatig evalueren & ontwikkelen alliantievaardigheden

- Het is aan te bevelen dat de coalitiepartijen nadenken welke data er nodig zijn om de ontwikkelingen van het project in kaart te brengen. Deze data moet tussentijds gemonitord en vastgelegd worden. Zodat de resultaten van het samenwerkingsverband transparant en tijdig kenbaar gemaakt kunnen worden.
- Daarnaast moeten er vaste evaluatiemomenten en meetbare evaluatiecriteria worden afgesproken en formeel worden vastgelegd. De samenwerking tussen de coalitiepartijen dienen op vaste tijdstippen te worden geëvalueerd. Het is belangrijk om te bespreken of de gemeenschappelijke doelstellingen worden behaald en of er actie ondernomen dient te worden. De coalitiepartijen kunnen gezamenlijk leren van deze evaluaties. Dit maakt voortzetting, herpositionering, verbetering, bijsturing, aanpassing of beëindiging van de interorganisationale samenwerking mogelijk.
- Daarnaast is het belangrijk dat de coalitiepartijen investeren in hun alliantiemanagement. Hierdoor heeft het project 'Slimmer met Zorg' meer kans van slagen en kunnen er meer samenwerkingssuccessen worden behaald.

7.3.2 Aanbeveling voor vervolgonderzoek

- Er moet een gedragsverandering plaats vinden bij zowel de burgers als bij de organisaties in de zorg. Er moet fundamenteel anders met zorg worden omgegaan. De burgers en organisaties moeten worden geïnformeerd over het gepast omgaan met zorg.

7.4 Korte reflectie

7.4.1 Beperkingen onderzoek

Ondanks dat de onderzoeker heeft getracht om zo adequaat mogelijk te werken zijn er een aantal beperkingen die genoemd moet worden. Een eerste beperking van dit onderzoek is dat er maar zeventien respondenten zijn geïnterviewd. Vanwege de beschikbare tijd was het niet mogelijk om meer deskundigen te interviewen. Hierdoor zijn sommige coalitiepartijen (cliëntenorganisatie Zorgbelang Brabant en zorgverzekeraar CZ) en andere deskundigen niet gesproken. De uitspraken van de deskundigen in dit onderzoek dienen dan ook enigszins genuanceerd te worden, het is een beperkt beeld dat door enkele coalitiepartijen is gezegd. Hierdoor zijn de resultaten beperkt generaliseerbaar. Bij een eventueel vervolgonderzoek is het aan te bevelen om alle coalitiepartijen van het project deel uit te laten maken van het onderzoek.

Eerder is beschreven dat de onderzoeker veel aandacht heeft geschonken aan de kwaliteit van dit onderzoek, om te zorgen dat er betrouwbare en valide gegevens zijn verkregen. Op verschillende manieren heeft de onderzoeker geprobeerd om haar persoonlijke interpretatie te beperken. Een nadeel van dit onderzoek kan zijn dat de transcripten zijn gecodeerd door één persoon. Dit kan nadelig zijn voor de kwaliteit van dit onderzoek, omdat een andere onderzoeker de tekstfragmenten mogelijk anders zou interpreteren en coderen. Daarnaast blijkt dat een onderzoeker bij kwalitatief onderzoek zelden helemaal objectief is, de belevingswereld van de onderzoeker kan de interpretatie van de interviews beïnvloeden (Braster, 2000).

Er kan geconcludeerd worden dat dit onderzoek zwakke punten bevat (zoals elk onderzoek). Maar de kracht van dit onderzoek is dat dit onderzoek een belangrijke bijdrage levert aan een relatief nieuw onderwerp, namelijk populatiegebonden bekostiging.

7.4.2 Reflectie

In de vorige paragraaf zijn de beperkingen van dit onderzoek besproken. In deze paragraaf wordt door de onderzoeker gereflecteerd op het proces en inhoud van het onderzoek.

De onderzoeker heeft veel affiniteit met de gezondheidszorg. Tijdens de vooropleiding HBO-Verpleegkunde is het onderwerp van dit onderzoek regelmatig aan bod gekomen. Toch bleek het opzetten en uitvoeren van dit onderzoek een uitdaging te zijn. Het was relatief eenvoudig om een geschikte stageplaats te vinden en om een onderzoeksvoorstel te schrijven met hoofd- en deelvragen. De voorbereiding op het onderzoek (hoofdstuk 1 tot en met 5) verliep soepel. Dit kwam mede doordat de onderzoeker bewust heeft gekozen om aan de vooraf opgestelde structuur te houden (onderzoeksvoorstel). Dit was erg belangrijk omdat de informatie over het onderzoeksonderwerp te omvangrijk was en hierdoor was de onderzoeksopzet ingekaderd.

Bovendien verliep het plannen van interviews met deskundigen die mee wilden werken aan dit onderzoek voorspoedig. De reden hiervan is dat het project '*Slimmer met Zorg*' een innoverend, uitdagend, actueel en boeiend onderwerp is in de Nederlandse gezondheidszorg. Uiteindelijk is de gewenste informatie verworven uit 17 interviews. Na deze interviews bleek dat het verzadigingspunt was bereikt. De onderzoeker verkreeg geen nieuwe informatie meer uit de laatst afgenomen interviews, deze interviews bevestigden wat al in eerdere interviews is gezegd. De onderzoeker heeft er voor gekozen om de interviews uit te werken in transcripten. Dit bleek een tijdrovend proces te zijn. Doordat het materiaal zo omvangrijk was, was het analyseren van de verkregen resultaten een lastige opgave. Uiteindelijk heeft de onderzoeker getracht om veel diepgang te bereiken en om een link te leggen tussen de resultaten en de beschikbare literatuur. Het schrijven van de conclusies en aanbevelingen verliep redelijk vlot nadat de resultaten geanalyseerd waren.

De onderzoeker kijkt met trots terug op het onderzoek. Met de zogenoemde 'ups and downs' in het privéleven van de onderzoeker is de doelstelling van dit onderzoek bereikt. Tot slot hoopt de onderzoeker dat de resultaten een toegevoegde waarde zijn bij het opzetten van het project '*Slimmer met Zorg*'. Daarnaast heeft de onderzoeker getracht een bijdrage te leveren aan de bestaande literatuur op het gebied van samenwerking tussen organisaties in de zorg.

8. REFERENTIES

AMC-Uva, N.K. (2002). *Richtlijnen voor kwaliteitsborging in gezondheids(zorg)onderzoek: Kwalitatief onderzoek*. Amsterdam: AMCOGG.

Baarda, D., & De Goede, M. (2001). *Methoden en technieken. Basisboek: handleiding voor het opzetten en uitvoeren van onderzoek*. Groningen: Stenfert Kroese.

Bekkers, V., & Korteland, E. (2008). De diffusie en adoptie van innovaties in de Nederlandse publieke sector. *Bestuurswetenschappen*, 3, pp. 8 – 28.

Berenschot, L., & Van der Geest, L. (2012). *Integrale zorg in de buurt: meer gezondheidsresultaat per euro*. Utrecht: Nyfer.

Boeije, H. (2008). *Analyseren in kwalitatief onderzoek. Denken en doen*. Utrecht: Boom Onderwijs.

Boonstra, J. (2007). *Ondernemen in allianties en netwerken: een multidisciplinair perspectief*. Deventer: Kluwer.

Bouwman, M. (2012). *Aanmelden projecten/proeftuinen populatie-management*. Zeist: Zorgverzekeraars Nederland.

Braster, J. (2000). *De kern van casestudy's*. Assen: Van Gorcum.

Britten, N. (1995). *Qualitative Research: Qualitative interviews in medical research*. BMJ 211: 251.

CPB. (2003). *Zorg voor concurrentie: een analyse van het nieuwe zorgstelsel*. Den Haag: Centraal Planbureau.

Das, T., & Teng, B. (2000). Instabilities of Strategic Alliances: an Internal Tensions Perspective. *Organization Science*, volume 11, pp. 77 – 101.

De Lint, M. (2011). *Samenwerking en mededinging in de zorg*. Den Haag: Raad voor de volksgezondheidszorg.

De Man, A., & Duysters, G. (2007). Alliantiemanagement: Theorie en Praktijk. *M & O*, 61 (3), pp. 94 – 106.

Den Engels, B. (2012). *Bestuurders aan zet bij herinrichting ziekenhuiszorg*. Amersfoort: Twynstra Gudde.

Denzin, N. (1989). *The Research act: a theoretical introduction to sociological methods*. Englewood Cliffs, 3rd ed: Prentice Hall.

Duivenboden, H., Van Twist, M., & Veldhuizen, M. (2000). *Ketenmanagement in de publieke sector: introductie*. Utrecht: Lemma BV.

Edelenbos, J., Klijn, E., & Steijn, B. (2010). Vertrouwen in governance netwerken: een empirische studie naar het belang van vertrouwen voor het boeken van resultaten in governance netwerken. *Bestuurskunde*, 3, pp. 80 – 93.

Friele, R. (2009). *Evaluatie Wet marktordening gezondheidszorg*. Den Haag: ZonMw.

Gulati, R., & Singh, H. (1998). The Architecture of Cooperation: Managing Coordination Costs and Appropriation Concerns in Strategic Alliances. *Administrative Science Quarterly*, volume 43, 781 – 814.

Grit, K., Van de Bovenkamp, H., & Bal, R. (2008). *De positie van de zorggebruiker in een veranderend stelsel: een quick scan van aandachtspunten en wetenschappelijke inzichten*. Rotterdam: Instituut voor Beleid en Management in de Gezondheidszorg.

Hakvoort, J. (1996). *Methoden en Technieken van bestuurskundig onderzoek*. Delft: Eburon.

Hendrix, H., Konings, J., Doesburg, J., & De Groot, M. (1991). *Functionele samenwerking: werkboek voor samenwerkingsverbanden in de zorgsector*. Baarn: Uitgeverij Nelissen.

Huijben, M. (2008). *De schaal en belangen in de gezondheidszorg*. Den Haag: RVZ.

Indora. (2007). *Concurrentievoordeel door marketingflexibiliteit*. Arnhem: Indora Managementadvies.

Kaats, E., & Opheij, W. (2012). *Leren samenwerken tussen organisaties: samen bouwen aan allianties, netwerken, ketens, partnerships*. Deventer: Kluwer.

Klijn, E. (1996). *Regels en sturing in netwerken. De invloed van netwerkregels op de herstructurering van naoorlogse wijken*. Delft: Eburon.

Linders, H., & Hijmans, E. (2004). *Onderzoekstypen in de communicatiewetenschap*. Alphen aan de Rijn: Kluwer.

Lupgens, M., & Ziggers, W. (2004). *Duurzame samenwerking: verloop van een duurzaam samenwerkingsproces in theorie en praktijk*. Leeuwarden: NIDO.

Maarse, H. (2011). *Markthervorming in de zorg. Een analyse vanuit het perspectief van de keuzevrijheid, solidariteit, toegankelijkheid, kwaliteit en betaalbaarheid*. Maastricht: Maastricht University.

Maassen, H. (2012). Geïntegreerde zorg in het Zwarte Woud: Gedeeld regiobudget voor eerste en tweede lijn drukt kosten. *Medisch contact*, 67 nr. 12, pp. 690-693.

Mason, J. (2002). *Qualitative researching*. London: Sage.

Mayo, E. (1945). *The social problems of an industrial civilization*. Boston: Harvard Business School.

Meersma, K., & Van Schelven, B. (2012). *Euro's voor de zorg: Contracteren van Medisch Specialistische Zorg in 2012*. Amsterdam: Branchegroep Zorg AKD.

Mintzberg, H., Jorgensen, J., Dougherty, D., & Westley, F. (1996). Some surprising things on collaboration-knowing how people connect makes it work better. *Organizational Dynamics*, volume 25 (1), 60 – 71.

NMa. (2009). *NMa en NZa consulteren over samenwerking binnen zorggroepen*. Opgeroepen op augustus 25, 2012, van NMa: www.nma.nl.

- NMa. (2010). *Richtsnoeren voor de zorgsector*. Den Haag: Nederlandse Mededingingsautoriteit.
- NMa. (2010a). *Samenwerken en concurreren in de zorgsector: kansen, mogelijkheden en grenzen*. Den Haag: Nederlandse Mededingingsautoriteit.
- NMa. (2010b). *Leidraad voor zorginstellingen met fusie- of overnameplannen: Thuiszorg, Intramurale ouderenzorg*. Den Haag: Nederlandse Mededingingsautoriteit.
- NMa. (2010c). *Richtsnoeren Zorggroepen*. Den Haag: Nederlandse Mededingingsautoriteit.
- NMa. (2012). *Informatiekaart samenwerking zorgverzekeraars*. Den Haag: Nederlandse Mededingingsautoriteit.
- NMa. (2013). *Europese Wetgeving*. Opgeroepen op januari 13, 2013, van Nederlandse Mededingingsautoriteit:
www.nma.nl/wet__en_regelgeving/europese_wetgeving/default.aspx.
- NZa. (2012). *Zorgverzekeringswet*. Opgeroepen op oktober 25, 2012, van Nederlandse Zorgautoriteit:
www.nza.nl/regelgeving/wetgeving/zorgverzekeringswet.
- NZa & NMa. (2010). *Samenwerkingsprotocol NMa-NZa*. Den Haag: Nederlandse Mededingingsautoriteit – Nederlandse Zorgautoriteit.
- Plochg, T., & Van Zwieten, M. (2007). *Handboek gezondheidszorgonderzoek*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Poll, A. (2012). *Slimmer met Zorg*. Eindhoven: VGZ, CZ, Zorgbelang Brabant, PoZoB, DOH.
- Pröpper, M. (2000). Samenwerking of autonomie in beleidsnetwerken. *Bestuurskunde*, 9 (3), pp. 106 – 116.
- Rijksoverheid. (2012). *Wet marktordening gezondheidszorg*. Opgeroepen op oktober 25, 2012, van Rijksoverheid: www.rijksoverheid.nl.
- RVZ. (1999). *Samenwerken aan openbare gezondheidszorg*. Zoetermeer: Raad voor de Volksgezondheid en Zorg.
- RVZ. (2000). *Het Nederlandse gezondheidszorgstelsel in Europa*. Zoetermeer: Raad voor de Volksgezondheid en Zorg.
- Schotanus, E. (2011). Compliance en guidance gaan hand in hand. *Tijdschrift voor Compliance en Zorg*, nr. 1 februari 2011, pp. 8 – 11.
- Segbregts, E. (2007). *Een explorerend onderzoek naar factoren die in het veranderingsproces van aanbodsturing naar vraagsturing een rol spelen*. Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam.
- Smith, K., Carroll, S., & Ashford, S. (1995). Intra- and Interorganizational Cooperation: Toward a Research Agenda. *Academy of Management Journal*, volume 38 (1), pp. 7 – 23.
- Swanborn, P. (2003). *Case-study's: wat, wanneer en hoe?* Amsterdam: Boom onderwijs.
- 't Hart, H., Boeije, H., & Hox, J. (2005). *Onderzoeksmethoden*. Amsterdam: Boom Onderwijs.

Tweede Kamer. (2012). *Brief van de minister van volksgezondheid en sport. 32 620 Beleiddoelstellingen op het gebied van Volksgezondheid, Welzijn en Sport*. Den Haag: Tweede Kamer der Staten-Generaal.

Van Delden, P. (2009). *Samenwerking in de publieke dienstverlening, ontwikkelingsverloop en resultaten*. Delft: Eburon.

Van den Belt, K., Van den Ham, M., Van der Pool, B., & Redeman, M. (2003). *Vroegtijdig schakelen en verbinden. Ketenregie bij Voortijdig schoolverlaten in Amsterdam*. Utrecht: Nederlandse School voor Openbaar Bestuur.

Van der Kraan, W. (2006). *Vraag naar vraagsturing: een verkennend onderzoek naar de betekenis van vraagsturing in de Nederlandse gezondheidszorg*. Rotterdam: Optima Grafische Communicatie.

Van Ijzendoorn, M. (1988). De navolgbaarheid van kwalitatief onderzoek: Methodologische uitgangspunten. *Nederlands Tijdschrift voor Opvoeding, Vorming en Onderwijs*, volume 4 (5), pp. 280-288.

Van Ijzendoorn, M. (1989). Een proces-model voor replicatie-onderzoek: over de samenhang tussen verschillende typen replicaties. *Nederlands Tijdschrift voor Opvoeding, Vorming en Onderwijs*, volume 5 (4), pp. 229-240.

Van Thiel, S. (2010). *Bestuurskundig onderzoek. Een methodologische inleiding*. Bussum: Coutinho.

Vennix, J. (2003). *Ontwerpen van onderzoek*. Nijmegen: Faculteit der Managementwetenschappen.

Verschuren, P., & Doorewaard, H. (1998). *Het ontwerpen van een onderzoek*. Utrecht: Lemma BV.

VWS. (2010). *Samenvatting Wet cliëntenrechten zorg*. Opgeroepen op oktober 25, 2012, van VWS: www.rijksoverheid.nl/documenten-en-publicaties/brochures/2010/04/23/samenvatting-wet-clientenrechten-zorg.html

VWS. (2012). Beantwoording Kamervragen over jaarverslag VWS 2011 en rapport algemene rekenkamer bij dit jaarverslag. *Kamerstuk*, 16.

Weiss, J. (1987). Pathways to Cooperation among Public Agencies. *Journal of Policy Analysis and Management*, volume 7 (1), pp. 94 – 117.

Wester, F., & Peters, V. (2004). *Kwalitatieve analyse. Uitgangspunten en procedures*. Bussum: Coutinho.

Zorgvisie. (2011). *NVZ: laat NMa kartelverbod vooraf toetsen*. Opgeroepen op oktober 27, 2012, van Zorgvisie – de site voor beleid en management: www.zorgvisie.nl.

BIJLAGEN

Bijlage 1	Interviewvragen
Bijlage 2	Deelnemers interviews

BIJLAGE 1 INTERVIEWVRAGEN

Mededingingswet / Organisatorische vragen / Praktische vragen

Mijn scriptie bestaat uit twee delen. Één deel gaat specifiek over de grenzen en mogelijkheden van de Mededingingswet bij het invoeren van het project 'Slimmer met Zorg'. Het andere deel gaat over het succesvol organisatorisch opzetten van een samenwerkingsverband tussen organisaties in de gezondheidszorg.

Algemene vragen

- Aantal jaren werkzaam bij....?
- Wat is uw functie?

Populatiegebonden bekostiging

- Zijn jullie al bezig met Populatiegebonden bekostiging?
- Denkt u dat de Mededingingswet samenwerking in de zorg belemmert?
- Wat zijn volgens u de voor- en nadelen van de Mededingingswet in de zorg?
- Welke grenzen stelt de Mededingingswet aan samenwerking tussen organisaties in de zorg volgens u?
- Welke mogelijkheden van samenwerking tussen organisaties in de zorg biedt de Mededingingswet volgens u?
- Hoe zou het project 'Slimmer met Zorg' zondanig ontwikkelt kunnen worden, zodat het aan de eisen voldoet die de Mededingingswet stelt?

Mededingingswet

- Is het opstellen van een gezamenlijke overeenkomst tussen zorggroep PoZoB, zorggroep DOH, zorgverzekeraar VGZ en zorgverzekeraar CZ in strijd met de Mededingingswet?
- Wat mag in een gezamenlijke overeenkomst staan volgens de Mededingingswet?
- Wanneer is er volgens de Mededingingswet sprake van voldoende restconcurrentie?
- Wanneer is de samenwerking tussen zorgverzekeraars in strijd met de Mededingingswet?
- Wanneer is de samenwerking tussen zorggroepen in strijd met de Mededingingswet?
- In hoeverre is het geoorloofd volgens de Mededingingswet dat contracterende partijen (zorgverzekeraar en zorggroep) samenwerken?
- Wanneer is het inrichten van een gezamenlijke data-infrastructuur in strijd met de Mededingingswet?

- Hoe kunnen de coalitiepartijen de markt afbakenen voor het project '*Slimmer met Zorg*'?
- Hoe zou het project '*Slimmer met Zorg*' zodanig ontwikkelt kunnen worden, zodat het voldoet aan de eisen die de Mededingingswet stelt?

Succes- en faalfactoren bij samenwerking tussen organisaties

- Wat zijn volgens u redenen voor organisaties in de zorg om samen te werken?
(Slagvaardigheid, leren van elkaar, activeren van passieve actoren, actief beleid door gemeenschappelijke aanpak, vergroting gemeenschappelijke identiteit, verantwoordelijkheid, vermindering conflicten, efficiëntie)
- Wat moet een samenwerking tussen organisaties in de zorg volgens u opleveren?
- Hoe zou de samenwerking tussen organisaties in de zorg volgens u kunnen falen?
- Hoe zou volgens u veel succes gehaald kunnen worden bij samenwerking tussen organisaties in de zorg?

Ingaan op succes- en faalfactoren van de samenwerking

Vertrouwen & Leiderschap & communicatie & informatiesysteem & contract

- In hoeverre is het volgens u van belang om vertrouwen te hebben in de coalitiepartijen voor een succesvolle samenwerking?
- In hoeverre is volgens u een specifieke leiderschapsstijl van belang bij samenwerking tussen organisaties?
- Moet volgens u een samenwerkingsverband vastgelegd worden in een contract?
- Hoe moet volgens u de informatie-uitwisseling gaan tussen organisaties?
- Op welke wijze moeten de betrokken coalitiepartijen volgens u communiceren?

Ambitie & gemeenschappelijke doelstellingen & belangen

- In hoeverre is het volgens u van belang dat de coalitiepartijen in het project '*Slimmer met Zorg*' een gedeeld ambitie en doel hebben?
- In hoeverre is het volgens u van belang om oprechte interesse te hebben in elkaars belangen, ervaringen, overtuigingen, achtergronden en drijfveren?
- Is het volgens u van belang dat alle spelers bij het project '*Slimmer met Zorg*' afhankelijk zijn van elkaar?

Draagvlak & Daadkracht

- In hoeverre is het volgens u van belang dat de samenwerking kan rekenen op de steun van de achterban?
- Hoe kan je er voor zorgen dat je die steun krijgt?
- In hoeverre is de daadkracht volgens u van belang voor een succesvolle samenwerking?

Evalueren & ontwikkelen alliantievaardigheden

- In hoeverre is het belangrijk dat het project wordt geëvalueerd?
- Hoe vaak moet volgens u het proces geëvalueerd worden?
- Hoe lang moet zo'n project duren voordat je weet of er resultaten worden geboekt?
- In hoeverre is het belangrijk dat er alliantievaardigheden worden ontwikkeld?

Organisatorische vragen

- Hoe zou volgens u de samenwerking tussen organisaties in de zorg organisatorisch opgezet moeten worden binnen de kaders die de Mededingingswet stelt?
- Hoe kan je er voor zorgen dat het project '*Slimmer met Zorg*' niet doodbloedt?

BIJLAGE 2 DEELNEMERS INTERVIEWS

NAAM	FUNCTIE
Ronald van Breugel	VGZ, gezondheidswetenschapper en fysiotherapeut. Momenteel werkzaam als beleidscoördinator zorg bij VGZ.
Dhr. Varkevisser	Erasmus Universiteit, Universitair hoofddocent Economie & Beleid van de Gezondheidszorg.
Renske Fikkers	Jurist NMa.
Tinus Dekkers	VGZ, Zorginkoper integrale zorg, regio Maastricht.
Jan Erik de Wildt	Evaluatie commissie integrale bekostiging bij Ministerie van VWS, eigenaar bij eerstelijns BV, programmacoördinator Masterclass eerstelijns bestuurders op de Universiteit van Tilburg.
Johan van Zeelst	VGZ, manager integrale zorg.
Matthijs Rome	KNMG, beleidsadviseur zorgstelsel, gezondheidseconoom.
Prof. Dr. A.J.P. (Guus) Schrijvers	Universiteit Utrecht, gepromoveerd in Maastricht op het proefschrift Regionalisatie en financiering van de Engelse, Zweedse en Nederlandse gezondheidszorg.
Martijn van Wanroij	Senior Associate at DLA piper Nederland N.V. (advocaat), docent competition law.
Adriaan Brouwer	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.
Marina de Lint	RVZ, Senior Adviseur/projectleider RVZ.
Leo Kliphuis	LVG, directeur LVG.
Guy Schulpen	Medisch directeur bij RHZ Maastricht – Heuvelland.
Lode Wigersma	KNMG, voormalig huisarts, directeur Beleid & Advies bij KNMG, voormalig hoofd huisartsenopleiding AMC, directeur adviesbureau KNMG-consult.
Lilianne	NVZ Beleidsadviseur Zorg / Beleidsmedewerker Bekostiging.
Gabrielle ten Broeke RA	NVZ, vereniging van ziekenhuizen, senior juridisch beleidsadviseur Zorg.
Siebren Kuperus	VGZ, Bedrijfsjurist.