

**ZORGONDERNEMERSCHAP ALS THERAPIE
VAN MEDISCH PATERNALISME NAAR CONSUMENTISME
VAN PATIËNT NAAR KLANT
PROF. DR. LOEK H.L. WINTER**



NYENRODE
BUSINESS UNIVERSITEIT

ZORGONDERNEMERSCHAP ALS THERAPIE - VAN MEDISCH PATERNALISME NAAR CONSUMENTISME VAN PATIËNT NAAR KLANT
PROF. DR. LOEK H.L. WINTER



**INAUGURELE REDE
11 OKTOBER 2011**

Zorgondernemerschap als therapie

Van medisch paternalisme naar consumentisme

Van patiënt naar klant

Prof. dr. Loek H.L. Winter

Inaugurele rede:

In verkorte vorm uitgesproken bij de aanvaarding van het ambt van:
Hoogleraar Healthcare Entrepreneurship
aan de Nyenrode Business Universiteit op 11 oktober 2011

Redactionele adviezen: Willem Wansink
Grafische werkzaamheden: Steamwork Graphics, Rik van Schagen
Vormgeving en drukwerk: Kampert Drukwerk BV

Copyright ©2011 Prof. dr. L.H.L. Winter
ISBN/EAN 978-90-817917-0-0

Niets uit deze uitgave mag worden gereproduceerd zonder schriftelijke toestemming van de uitgever.

Index

1	De patiënt als klant	1
1.1	De zorgconsument	1
1.2	De patiënt en de zorg.....	1
1.3	De zorgverzekeringsmarkt.....	3
1.4	Toenemende levensverwachting.....	6
1.5	Stijgende kosten	8
1.6	Organisaties stroomlijnen.....	8
2	Ziekenhuis en focuskliniek	11
2.1	Complexe zorgorganisaties.....	11
2.2	Leiders en governance.....	12
2.3	Raden van Toezicht.....	13
2.4	Code-Tabaksblat	14
2.5	Medisch specialisten	15
2.6	Focus x Volume = Kwaliteit ↑ & Kostprijs ↓	16
2.7	Aandeelhouders en privatisering.....	17
2.8	De focuskliniek	19
2.9	Shouldice Hernia Centre en Coxa	20
2.10	Toyotisering.....	22
2.11	Het zelfstandig behandelcentrum.....	23
2.12	Dalende kosten	24
2.13	Ziekenhuis nieuwe stijl: de medical mall.....	26
3.	Ondernemerschap en innovatie	30
3.1	Het trekpaard.....	30
3.2	‘Mannen’ met <i>guts</i>	31
3.3	Marktwerking	32
3.4	Ondernemers en intrapreneurs	33

3.5	Verandering als drijfveer.....	34
3.6	Innovatie en creatieve destructie	35
3.7	Persoonlijkheid.....	36
3.8	Voorbeeld China.....	37
3.9	Lerende organisatie.....	38
3.10	Sociaal entrepreneur	38
3.11	Innovatie, duurzaamheid en kapitaal.....	39
3.12	Nieuwe investeerders	40
4.	Ziekenhuiszorg: van A naar B	42
4.1	De trends	42
4.2	Van non-profit naar for profit	43
4.3	Slechte vermogenspositie.....	45
4.4	Publiek-private transfer.....	45
4.5	Dichtbij de patiënt	47
4.6	Optimale flexibiliteit.....	47
4.7	Intensieve samenwerking.....	49
4.8	Betere zorg tegen een lagere prijs	50
	Dankwoord	52
	Voetnoten.....	56
	Literatuur- en bronnenlijst	61

Woord vooraf

Het aantal ouderen zal in de toekomst verdubbelen. Mensen leven langer en gezonder. Dat is het goede nieuws. Maar het is kostbaar om iedereen langer gezond te houden. Daarom is het zo belangrijk, dat er ruimte ontstaat voor vernieuwingen in de gezondheidszorg, zodat de kosten beheersbaar blijven, het tekort aan werknemers in de zorg wordt beperkt en dat er kwalitatief goede zorg wordt geleverd.

Loek Winter is een pionier in de zorg. Daar hebben we er in Nederland te weinig van. Winter is een zorgondernemer. Al in 1995 begon hij zijn eerste zelfstandige diagnostisch centrum in Amsterdam. Nu heeft hij een keten van 9 diagnostische centra, de DC Groep. Hij heeft laten zien dat het mogelijk is om een betere kwaliteit te leveren tegen een lagere prijs. De IJsselmeerziekenhuizen in Lelystad en Emmeloord zijn hieraan in 2009 toegevoegd. In januari dit jaar nam hij het initiatief om obligaties voor de MC Groep uit te geven. Dit soort vernieuwingen spreekt mij bijzonder aan.

Winter is één van de inspirerende voorbeelden in de zorg. Zo zijn er meer, maar nog niet genoeg. Daarom is het van belang dat hij Hoogleraar Healthcare Entrepreneurship aan de Nyenrode Business Universiteit is geworden. Hij kan jonge mensen inspireren het ondernemerschap in de zorg uit te breiden. Knelpunten voor zorgondernemers moeten worden overwonnen. Daar helpt de overheid graag aan mee. Want investeringen in de zorg zijn hard nodig. Innovatieve ondernemers hebben toegang nodig tot kapitaal, om te kunnen investeren in de zorg en toegevoegde waarde te kunnen leveren. Kapitaal trek je aan met het vooruitzicht van rendement.

Als het aan dit kabinet ligt, is winst maken daarbij dus geen taboe. Sterker, het is een uitstekende manier om in de toekomst de zorg in Nederland op een kwalitatief hoog niveau en betaalbaar te houden.

De minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,



Edith Schippers

**OOK VOOR BELEID, MANAGEMENT EN ZORGINNOVATIE GELDT HET
GENEESKUNDIG ADAGIUM 'ZACHTE HEELMEESTERS MAKEN
STINKENDE WONDEN'.**

1 De patiënt als klant

*Mijnheer de Rector Magnificus,
Zeer gewaardeerde toevoorders,*

1.1 De zorgconsument

De Nederlandse gezondheidszorg draait om mensen. Om patiënten en dokters, om verpleegkundigen, zorgverzekeraars én om ondernemers. Jarenlang deden de patiënten, de gebruikers van de zorg, vrijwel klakkeloos wat de dokter zei. Ze stelden weinig vragen, want feitelijk waren zij monddood. En ondernemers speelden nauwelijks een rol.

Die tijd is voorbij. De patiënt is een zorgconsument geworden. Een klant: iemand die iets te kiezen wil hebben. Steeds vaker laten patiënten weten hoe zij werkelijk denken over de kwaliteit van zorg. Zo hoort het, want marktwerking en keuzevrijheid spelen een toenemende rol in deze sector.

De zorgconsument krijgt meer te kiezen. En er ontstaat ruimte voor zorgondernemers, de nieuwe aanbieders. Mondjesmaat nemen zij de plek in van de traditionele bestuurders die risicoloos en zonder eigen vermogen te investeren leiding geven aan een ziekenhuis.

In dit betoog gaat het om de vraag hoe de zorgconsument, de klant, het beste kan worden bediend door ondernemers die hun eigen geld of geleend kapitaal willen investeren in de ziekenhuiszorg. Maar allereerst: wie is de klant?

1.2 De patiënt en de zorg

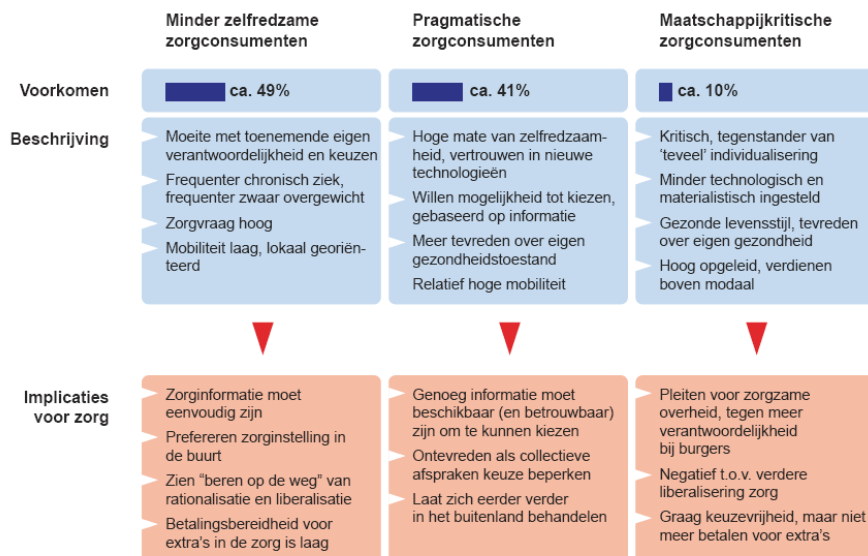
In potentie is iedereen een klant van de zorgsector. Want elke burger kan patiënt worden. Toch bestaat er, uiteraard, niet één vast type patiënt. Daarom is het van belang te weten wie er wordt bedoeld als het om 'de'

patiënt gaat. Volgens Idenburg en Van Schaik zijn patiënten in te delen in drie groepen.¹

De grootste groep patiënten, bijna de helft (49%), bestaat uit mensen die zich minder goed zelf kunnen redden. Zij zijn vaker ziek. Ze hebben eerder overgewicht of een chronische aandoening. Ze zijn minder mobiel. De overvloed aan complexe informatie die via het internet over de zorg beschikbaar is, kunnen ze amper verwerken. Daardoor voelen zij zich bedreigd. Hoe eenvoudiger de informatie, hoe beter. Veel te kiezen hebben zij niet, daarom is het belangrijk dat een zorgprofessional ze adviseert bij de stappen die moeten worden gezet. Ver reizen kunnen en willen zij niet. Veranderingen wijzen ze eerder af, net als extra eigen bijdragen.

De tweede categorie is net iets kleiner (41%). Dit zijn de zelfredzame types, de pragmatische zorgconsumenten. Zij hebben vertrouwen in nieuwe technologie. Ze willen betalen voor extra zorg en ze zijn bereid te reizen voor de juiste behandeling. Deze voorlopers wijzen vernieuwingen niet a priori af. De kleinste groep zorgconsumenten (10%) is het mondigst. Dat zijn de maatschappijkritische burgers die zich verzetten tegen verdere liberalisering en concentratietendensen in de zorg.

De groep zelfredzame praktische zorgconsumenten groeit het hardst. Deze patiënten omarmen de liberalisering en daarmee het ondernemerschap in de zorg. De uitdaging is evenwel elk type patiënt te activeren door de goede voorbeelden voor zich te laten spreken. Tegelijkertijd dient de sector, zeker de zorgondernemer, zich pro-actief op te stellen tegenover de grootste groep consumenten, de minder redzame patiënten. Zij hebben behoefte aan simpele informatie. Daarnaast is het hard nodig om de zorg voor deze vaak chronisch zieke groep mensen beter te coördineren.



Bron: Motivacion. *De zorgklant van morgen: wensen en behoeften in een veranderende samenleving*, in opdracht van Ministerie van VWS, september 2005, Amsterdam

GRAFIEK 1: 3 typen zorgconsumenten

1.3 De zorgverzekeringsmarkt

Zowel de zorgondernemer als de klant bewegen zich op een markt: de zorgverzekeringsmarkt. Op die markt gaat het om de relatie tussen de verzekerde patiënt en de zorgverzekeraar.² Deze relatie is opnieuw vastgelegd in de Zorgverzekeringswet die in 2006 werd ingevoerd.³ De wet geeft aan dat er in de zorgsector sprake is van een verzakelijking; en deze trend zet door.



GRAFIEK 2: 3 markten gezondheidszorg

In het verleden, tot eind 1995, was deze sector aanbod-gestuurd. Dokters en ziekenhuizen bepaalden, *top-down*, welke zorg er werd geboden. Elk ziekenhuis deed zo'n beetje alles. Het woord klant bestond niet in de zorg en kiezen was een anathema. Zestien jaar later bevindt Nederland zich in de overgang naar een vraaggestuurd systeem. Zorgverzekeraars en burgers kunnen kiezen met welke aanbieder ze in zee gaan, al is de burger voor zijn keuze mede afhankelijk van de maatschappij waar de verzekering loopt. Langzaam maar zeker wordt het kaf van het koren gescheiden. De zorgverzekeraars schroeven hun eisen op, en met sommige ziekenhuizen worden geen contracten meer gesloten voor specifieke kankeroperaties. CZ en De Friesland lopen hierin voorop.⁴

Het traditionele ziekenhuis gaat op de schop

In de provincie Friesland worden hoogcomplexere ingrepen straks in één ziekenhuis uitgevoerd. En vrouwen kunnen niet meer in alle vijf Friese ziekenhuizen bevallen. Dat wil bestuursvoorzitter Diana Monissen van zorgverzekeraar De Friesland. In een interview met NRC Handelsblad ("Slokdam in Sneek, buik in Drachten") ontvouwde zij begin juni 2011 haar toekomstvisie.

Monissen wil alle medische voorzieningen in de provincie herschikken. Hierdoor gaat het traditionele ziekenhuis op de schop. In een traditioneel ziekenhuis wordt alle zorg aangeboden, van de spoedeisende hulp tot de meest ingewikkelde slokdarm- of leveroperatie. De Friesland wenst een voortrekkersrol te spelen. Door de ziekenhuiszorg verder te concentreren, wordt er een betere samenwerking mogelijk en dalen de kosten. Dat is in het belang van de patiënt. Medisch specialisten en ziekenhuizen die zich weigerachtig opstellen, worden desnoods gedwongen mee te doen.

De plannen sluiten aan bij wat het ministerie van VWS wil. Vanaf 2012 wordt 70 procent van de zorg ingekocht op basis van prestaties en vrije prijsvorming. Ziekenhuizen moeten scherp onderhandelen met zorgverzekeraars, de regisseurs die namens de verzekerden zorg contracteren.

Alle ziekenhuizen krijgen dan te maken met meer concurrentie. Want de verzekeraars kunnen hoog volume, laagcomplexere zorg ook inkopen bij zelfstandige behandelcentra. Zbc's bieden dezelfde en soms betere zorg tegen een lagere prijs aan. De prijzen voor de overige 30 procent van de ziekenhuiszorg staan vast.

Volgens het model van De Friesland vindt de intake, de diagnostiek en nazorg dichtbij de woonomgeving van de patiënt plaats. Maar de hoogcomplexere behandelingen met dure technologie worden uitgevoerd in gespecialiseerde centra. Daarvoor moet de patiënt soms verder reizen.

In Friesland bedraagt het marktaandeel van de zorgverzekeraar 60 procent. Daardoor kan de provincie een proeftuin worden voor een nieuwe organisatie van de zorg, meldt VOZ Magazine.

Vanaf 2012 krijgt de niet-spoedeisende zorg meer ruimte. Dit B-segment van planbare, electieve zorg wordt in 2012 uitgebreid tot 70 procent van de ziekenhuiszorg.⁵ Zowel ziekenhuizen als zelfstandige behandelcentra bieden deze planbare zorg aan. Zbc's zijn kleinschalige, strak georganiseerde particuliere klinieken voor verzekerde zorg. De tarieven voor een behandeling in het B-segment worden door de aanbieders in onderhandeling met de zorgverzekeraars bepaald. Daardoor ontstaat er een echte markt.

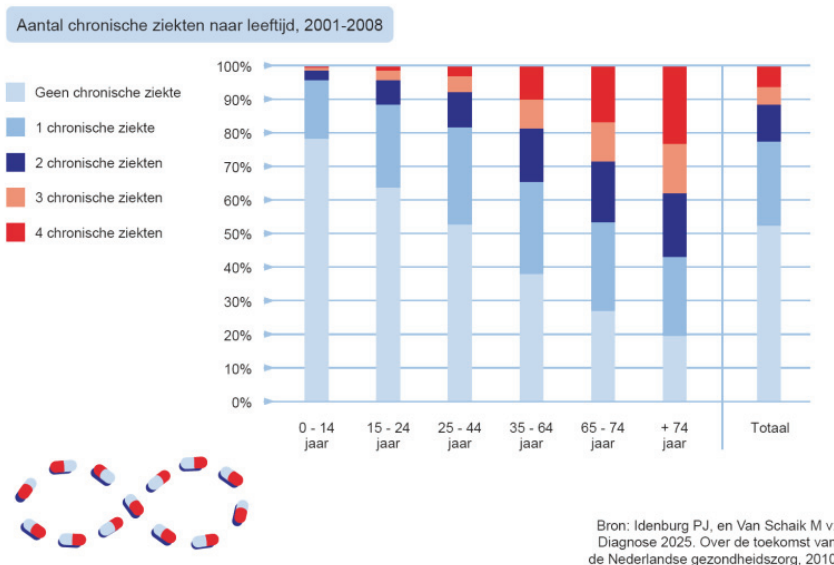
Het A-segment wordt collectief gefinancierd. De prijzen staan vast. Dit segment is straks een stuk kleiner, vanaf 2012 omvat het slechts 30 procent van de ziekenhuiszorg. Welke behandelingen en ingrepen er uiteindelijk in het A-segment overblijven, is nog onbekend. Het is op zijn minst wenselijk dat de systeemfuncties, zoals de Intensive Care, verloskunde, Spoedeisende Hulp, transplantatie, traumatologie en kinderhartchirurgie daartoe blijven horen. Deze zorg kan niet worden overgelaten aan de markt.

De rest van de ziekenhuiszorg wordt vrij onderhandelbaar. Van de 19,8 miljard euro die hiervoor in 2012 beschikbaar is, hoort dan bijna 13,9 miljard tot het B-segment (70 procent). Ziekenhuizen leveren thans complexere zorg dan zelfstandige klinieken en ze zijn duurder. Daardoor ontstaat er meer concurrentie op prijs. De keuzevrijheid voor verzekeraars en verzekerden neemt toe. Recent is een akkoord bereikt tussen het ministerie van VWS, de ziekenhuizen en de zorgverzekeraars; overeengekomen is dat de zorgverzekeraars per 2012 aanmerkelijk meer risico gaan dragen en de groei van zorg gaan maximeren tot 2,5% per jaar. De risico's stijgen voor ziekenhuizen die ondermaats presteren of te dure zorg leveren. En de zbc's krijgen de wind in de zeilen.

1.4 Toenemende levensverwachting

Patiënten kunnen ook anders worden gerangschikt. Uit demografisch onderzoek blijkt telkens dat de levensverwachting op de lange termijn stijgt. Vooral het aantal 65- en 80-plussers neemt toe. Tegelijkertijd groeit het aantal chronisch zieken. Er wordt verwacht dat 55 procent van de Nederlandse bevolking in 2020 te maken heeft met ernstig overgewicht.⁶ Dit is geen specifiek Nederlands maar een internationaal fenomeen dat past in het rijtje universele macrotrends waartoe de mondialisering, de digitalisering en de individualisering horen.

Daar komt bij dat de allochtone bevolkingsgroep de komende decennia eveneens groeit: van 3.4 miljoen in 2010 naar 4.0 miljoen in 2025, luidt de voorspelling.⁷ In 2020 telt Nederland ongeveer drie keer zoveel allochtone ouderen als in 2010. Allochtonen hebben een ander leefgedrag en ze vertonen andere ziektebeelden. Diabetes mellitus bijvoorbeeld komt veel vaker voor onder allochtonen dan onder autochtonen. Oudere Hindoestaanse Surinamers zijn er zelfs erg ontvankelijk voor. Een ander intercultureel verschil is dat vooral Marokkanen minder naar de fysiotherapeut gaan.⁸



GRAFIEK 3 Toename chronische ziekten

Al met al wordt er vaker een beroep gedaan op de zorg. Mensen blijven langer leven, ze worden vaker en landuriger ziek en er komen meer oudere allochtonen bij. Tegelijkertijd daalt de potentiële beroepsbevolking van 68 naar 56 procent, net iets meer dan de helft van alle mensen tussen de 15 en de 65 jaar.⁹ Mede daardoor ontstaat er op alle niveaus een tekort aan gespecialiseerde verpleegkundigen en verzorgers. De vraag naar goed personeel is groter dan het aanbod, en dat geldt eveneens voor staffuncties in de zorg.

Los van deze ontwikkelingen vindt er een razendsnel technologisch innovatieproces plaats. Meer mensen komen in aanmerking voor zorg. En meer mensen krijgen meer zorg per persoon. Denk aan de betere diagnosticering dankzij de inzet van echografische apparatuur en steeds nieuwere generaties CT-scans, PET-scans en MRI's (7 tesla). Of neem de kankerpatiënt die meer dure chemotherapie en een stamceltransplantatie krijgt, opdat hij langer in volle gezondheid kan blijven leven en werken.

Andere trends zijn de automatisering en ondersteuning op afstand (*decision support*) op de Intensive Care en de robotisering in operatiekamers. Minder belastende operatietechnieken en kijkoperaties betekenen minder

bloedverlies, minder infecties, minder comorbiditeit en heroperaties. Dat zijn belangrijke verbeteringen.

1.5 Stijgende kosten

Het geschetste scenario leidt er onherroepelijk toe dat de gezondheidszorg steeds duurder wordt. Want als de vraag naar zorg toeneemt, als er technologisch gezien almaar meer kan en tegelijkertijd het personeel schaars wordt, dan ontstaat er een opwaartse druk op de kosten, de lonen en de prijzen. Politiek gezien is dit ongewenst, aangezien de zorgkosten nu al elk jaar met zo'n vier procent stijgen. In 2011 is er op de begroting van VWS 63 miljard euro gereserveerd voor alle zorguitgaven. Tendens stijgend.¹⁰

Inmiddels is de overgang van een aanbodgestuurd zorgstelsel naar een klantgerichte zorgorganisatie in volle gang. De patiënt wordt mondiger. De dokter wordt uitgedaagd betere resultaten te behalen. De zorgverzekeraar stelt hogere eisen. De vraag hoe snel, door wie en hoe goed iemand wordt geholpen, wordt in toenemende mate de leidraad om de kwaliteit van zorg te beoordelen. Zorgaanbieders die zich niet willen onderscheiden, krijgen het moeilijk – en terecht.¹¹

Idenburg en Van Schaik schetsen een beeld waarbij de *'one size fits all'* benadering voor de gehele ziekenhuiszorg zijn einde nadert. Ik kan deze constatering volledig onderschrijven. De zorgvraag stijgt, de arbeidsmarkt krimpt en de publieke belangen in de zorg komen onder druk te staan. Hoe staat het straks met de kwaliteit, de toegankelijkheid en de betaalbaarheid van de zorg?¹² Inderdaad, er zit weinig anders op dan te concluderen dat het collectief gefinancierde zorgstelsel op zijn laatste benen loopt. Om een kostenexplosie te voorkomen, lijkt het onvermijdelijk dat de zorgconsumenten zelf meer moeten betalen. Volgens het Centraal Planbureau dient de eigen bijdrage te stijgen van de huidige 165 euro per jaar naar 775 euro in 2015.¹³ Geen vrolijke boodschap voor de patiënt, zeker niet voor iemand die chronisch ziek is.

1.6 Organisaties stroomlijnen

In tijden van tegenvallende economische groei lijkt kostenbeheersing het allesbepalende thema te zijn. Daar is niets mis mee, zolang er bruikbare oplossingen worden bedacht. De meeste oplossingen zijn bekend. Er dient meer te worden gedaan aan preventie. Er moet veel kritischer worden gekeken naar de medisch technologische ontwikkelingen. Er horen harde

politieke keuzes te worden gemaakt, bijvoorbeeld door beperktere definities van zorg te hanteren. Door hogere eigen bijdragen te vragen, gaat de consument het in zijn portemonnee voelen als hij zorg nodig heeft. En de organisatie van de zorgsector moet worden gestroomlijnd.¹⁴

Een ander model is meer en beter ondernemerschap. Meer technologie en e-health. En beter onderwijs, gericht op evidence-based gedrag en ondernemerschap. Dat is mogelijk aan de Nyenrode Business Universiteit waar jonge zorgondernemers worden opgeleid. Het doel van de betere zorg hoort te zijn dat er met een minimum aan kapitaal en arbeidsenergie een maximum aan redement wordt gegenereerd. Aan de kostenkant, bij de inkoop en de organisatie van de zorg, kan er eveneens een aanzienlijke vooruitgang worden geboekt.

Intussen komen er meer ziekenhuispatiënten bij. Het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport gaat tot 2030 uit van twee keer zoveel ziekenhuispatiënten.¹⁵ Daar moet creatief op worden ingespeeld. Tegelijkertijd daalt het aantal ziekenhuizen waar alles wordt aangeboden. In 1950 telde Nederland 200 ziekenhuisorganisaties, in 2006 geen 100.¹⁶

Verdere specialisatie is de trend. Er wordt al beter gelet op de kwaliteit van zorg. Het aantal *mismatches* neemt af, doordat het aanbod beter afgestemd raakt op de vraag. Waar teveel plek is voor te weinig patiënten, wordt er gestroomlijnd en strategisch samengewerkt. Waar te weinig plek is, worden wachtlijsten en wachttijden teruggedrongen door doelmatiger te werken. Medisch specialisten werken zorgvuldiger. Er vinden minder complicaties, infecties en heroperaties plaats. Patiënten hoeven minder lang te worden opgenomen. De overheid ondersteunt dit streven. En de Inspectie voor de Gezondheidszorg vat haar toezichthoudende taken serieus op.

Samenvattend. Grote groepen mensen zijn mobieler, maar de helft van de patiënten blijkt niet uit de voeten te kunnen met de geboden informatie. Tegelijkertijd stijgen de zorgkosten door allerlei macrotrends, zoals de ouder wordende samenleving, het toenemende aantal chronisch zieken en de technologische vernieuwingen. Meer mogen betekent vaak iets doen. Dit is een explosieve mix.

In het verleden stond de overheid garant als de kosten de pan uitrezen. Dat verandert, want de zorgverzekeraars krijgen hogere uitgaven niet meer gecompenseerd. De meest praktische oplossing voor de geschetste

problematiek ligt voor de hand. Meer marktprikkels, meer ondernemerschap, meer slimme innovatie. Dat kan bijvoorbeeld door meer zelfstandige behandelcentra op te richten. Deze zijn kleinschaliger, sneller, efficiënter én goedkoper.

2 Ziekenhuis en focuskliniek

2.1 Complexe zorgorganisaties

De Nederlandse ziekenhuiszorg is de afgelopen zestig jaar structureel veranderd. Het aantal ziekenhuizen is gehalveerd. Geen van de 100 ziekenhuizen die in 1950 minder dan 100 bedden had, is nog zelfstandig.¹⁷ Slechts weinig huizen zijn opgeheven, maar er zijn wel grotere organisaties ontstaan. Dat komt, doordat er veel instellingen zijn gefuseerd.¹⁸

Deze fusies ontstonden onder meer, doordat de overheid oude ziekenhuizen dwong samen te gaan met een even oude instelling. In andere gevallen speelde de fusiebonus een rol, de grootte-toeslag. Soms wensten de medisch specialisten nauwer samen te werken met hun collega's in een ander ziekenhuis. Zij wilden de medische functies opschalen, ongemakken verminderen, en ze gingen zich subspecialiseren. Andere fusies waren een kwestie van 'overleven'. Meestal kwamen zij tegen heug en meug tot stand.¹⁹

Ziekenhuizen zijn grootschalige, complexe, non-profit zorgorganisaties geworden. Drieduizend voltijdsbanen (fte's) en 200 specialisten zijn tegenwoordig heel gewoon. Niemand kijkt er meer van op als een medisch academisch centrum ruim 12.000 personeelsleden en 1.300 bedden telt, zoals het Erasmus MC in Rotterdam. Transparantie is het modewoord. En elk huis heeft zijn eigen visie, *mission statement* en beleidsdoelen.

Op de websites worden de jaarverslagen gepubliceerd, inclusief de bezoldiging van bestuurders en toezichthouders. Daar kunnen tevens de uitkomsten van de prestatie-indicatoren worden gemeld. Toch zijn de meeste ziekenhuizen als vanouds vooral intern gericht: *inward looking*. En vrijwel nergens staat de patiënt werkelijk centraal. De specialist en de CAO, daar draait het om in ziekenhuizen.²⁰ Inderdaad, de huidige situatie in de ziekenhuiswereld is verre van optimaal.

2.2 Leiders en governance

De ziekenhuiswereld, voor de duidelijkheid, kent vier soorten leiders. Regenten, bestuurders, managers en ondernemers. De regent is de klassieke directeur van een grote instelling. Hij zit voor op de bok. Hij reageert traag en reactief, en remt selectief. Hij is politiek gedreven. Regenten zijn vrijwel uitgestorven in de zorg. Bestuurders zijn de moderne regenten, zij gedragen zich als notabelen voor wie alleen de wet- en regelgeving telt. Zij vergaderen en representeren. Managers zijn gericht op outputprocessen, op controle. Angstig passen zij de regels toe.

De ondernemer, of de entrepreneur, daarentegen is pro-actief, dynamisch. Hij zit er bovenop en is niet politiek gericht. Hij brengt iets van A naar B. Hij wil vernieuwen – en maakt van zand cement.²¹ De oriëntatie van bestuurders en managers is te zeer gericht op processen en te weinig op de werkelijk behaalde resultaten.²² Behoud, beheer en beheersing staan voorop. Verbetering van de slagkracht krijgt slechts mondjesmaat prioriteit.

Veranderingen in de ziekenhuiszorg duren lang. Dat komt mede, omdat er te weinig ondernemers in deze sector actief zijn. Een ander nadeel is dat de Zorgbrede Governancecode diepgaande vernieuwingen nauwelijks bevordert. Deze code werd voor het eerst in 2005 opgesteld.²³ Bijna vijf jaar later werd zij aangescherpt. Zowel de oude als de nieuwe code is geënt op het rapport *Health Care Governance*.²⁴ In dat rapport komt de commissie-Meurs met aanbevelingen voor goed bestuur, goed toezicht en adequate verantwoording. De zorg moet zelfregulerend worden, luidt de teneur van het rapport. Zelfregulering: twee woorden die elkaar tegenspreken, verenigd in één begrip. Taalpuristen noemen zo'n stijlfiguur een oxymoron.

De code is bovenal gericht op behoud van de klassieke *non-profit* organisatie, die het reguliere ziekenhuis steeds is geweest. In de oorspronkelijke code komt het begrip marktwerking slechts twee keer voor.²⁵ Zijdelings wordt er ingegaan op relatief nieuwe fenomenen zoals maatschappelijk ondernemerschap in de zorg of publiek-private samenwerkingsinitiatieven.²⁶ De nieuwe code is aanzienlijk preciezer.²⁷ Maar wat staat daar werkelijk in? Zorginstellingen krijgen de mogelijkheid 'financiële middelen uit te keren.'²⁸

Dat klinkt veelbelovend, en toch wordt er meteen een obstakel opgeworpen. Winst en aandeelhouderschap worden alleen geïntroduceerd ‘vanuit het perspectief van de maatschappelijke onderneming,’ staat er.²⁹

Daarnaast is een eventuele keuze voor aandeelhouders én het behalen van winst ‘slechts een middel’ om als maatschappelijke onderneming beter te kunnen presteren. Want: ‘Het is evident dat in de zorgsector geen ruimte is voor ondernemingen met maximalisatie van aandeelhouderswaarde als primaire doelstelling.’ De reden: ‘Maximalisatie van cliëntwaarde staat altijd voorop.’³⁰ Deze formuleringen roepen expliciet de vraag op, of er nou wel of niet serieus geld kan worden verdiend met een ziekenhuis. Of is winst maken in de zorg inderdaad even abject als de SP wil doen geloven?

2.3 Raden van Toezicht

Het zwakste onderdeel van de Zorgbrede Governancecode is de controle op de bestuurders. De Raad van Bestuur van een ziekenhuis is lang niet altijd competent genoeg om de snel veranderende omstandigheden het hoofd te bieden waaronder in 2011 leiding moet worden gegeven. Dat is publiekelijk bekend. Ook het interne toezicht op het bestuur door de Raad van Toezicht blijft in teveel gevallen onder de maat. Menig probleem in het ziekenhuis ontstaat doordat de Raad van Toezicht niet functioneert. Sterker: een stuntelende Raad kan de situatie zelfs verergeren.³¹

De Raad van Toezicht wordt geacht het beleid van de Raad van Bestuur te controleren en zondig in te grijpen. Maar zelf zijn de toezichthouders aan geen enkele vorm van controle of toezicht onderworpen. Regelmatig bestaat een RvT uit ondeskundige vriendjes van de bestuursvoorzitter (*old boys network*), die aan niemand verantwoording hoeven af te leggen en geen enkel belang hechten aan openheid. Onprofessioneel of onvoldoende kundig gedrag van de toezichthouders wordt niet gecorrigeerd of afgestraft. Het komt in hoge mate aan op de eerder gememoreerde zelfreiniging of zelfregulatie.³² Juist daaraan schort het.

Conclusie? Zelfs de nieuwe Zorgbrede Governancecode beschermt het traditionele ziekenhuis dat elk medisch specialisme aanbiedt en risicomijdend gedrag belooft. Daar is de patiënt niet bij gebaat – hij verwacht optimale, betrouwbare zorg en de beste resultaten. Bestuurders en toezichthouders leunen op elkaar. Raden van Toezicht zien wanbestuur te lang door de vingers. Daarmee ontduiken zij hun maatschappelijke verantwoordelijkheid. Dat moet veranderen.

De zorgsector kan niet langer een uitzondering zijn, een eiland binnen de Nederlandse bestuurs- en toezichtcultuur. Afwijkend gedrag en excessieve honoreringen die de balkenendenorm ver overschrijden, zijn goed gebruik geworden. Deze buitensporige beloningen, de bonussen en gratificaties zijn nauwelijks gestoeld op reële risico's. Het zijn uitingen van zelfoverschatting die een profiteursmentaliteit in de hand werken.

2.4 Code-Tabaksblad

Er is een oplossing voor het gesignaleerde probleem. De zorgsector dient met spoed binnen het reguliere toezichtsrecht te worden geplaatst, zoals in de code-Tabaksblad is vastgelegd. Deze gedragscode voor beursgenoteerde bedrijven is opgesteld onder leiding van Morris Tabaksblad, de vroegere topman van Unilever. De naar hem genoemde code trad eind 2004 in werking en is in 2009 geactualiseerd. Onder meer de zeggenschap en de bescherming van aandeelhouders zijn erin geregeld.

Zolang er geen eensluitende governancecode voor het gehele bedrijfsleven bestaat, blijft de zorgsector een buitenbeentje. Ten onrechte, want deze miljardenbusiness hoort als een gewone bedrijfstak te worden behandeld. Hoe moeten buitenstaanders (aandeelhouders) anders ooit geïnteresseerd raken in de zorg en hun kapitaal in deze sector willen investeren? Investeerders zijn aandeelhouders. Zij gaan rationeel om met hun kapitaal, want ze willen hun geld terug zien. Ze hebben een afkeer van de politieke verhoudingen die vaak in ziekenhuisorganisaties bestaan. Daardoor oefenen zij een toetsende werking uit. Ziedaar het belang van een eensluitende governancecode.

Er kleven meer bezwaren aan het traditionele ziekenhuis. Het is een feit, dat grote organisaties logge bureaucratieën zijn – met alle tekortkomingen vandien. Ook in ziekenhuizen monden decentralisatieprocessen uit in taaie exercities.³³ Er wordt onvoldoende helder gecommuniceerd. Management en stafdiensten houden elkaar onnodig bezig. Veel overleg is overbodig en demotiverend. Toch neemt iedereen ruimschoots de tijd om vooral zijn eigen zegje te kunnen doen. Dat is dodelijk voor de dynamiek van elke organisatie.³⁴ In ziekenhuizen heerst verder een sorry-cultuur: niemand neemt de verantwoordelijkheid en de schuld ligt altijd bij de anderen.³⁵

2.5 Medisch specialisten

En dan zijn er de medisch specialisten. Doorgaans zijn dit uitmuntende professionals die onder druk fantastische prestaties leveren. Soms zijn zij ronduit zwak. Als zich een probleem voordoet, raken ze geblokkeerd en lukt het ze niet te doen wat er op dat moment nodig is.³⁶ De meeste medisch specialisten bevinden zich ergens in de middenmoot: geen top geen flop. Specialisten zijn bovendien erg honkvast. Ze voelen zich eerder verbonden met de groep collega's waarmee zij samenwerken dan aan het ziekenhuis waar zij hun vak uitoefenen. Hun beroepstrots is groot. Wat er in een ander ziekenhuis gebeurt of hoe er elders wordt gewerkt, heeft relatief weinig invloed op hun handelen.³⁷ Ook het zelfreïnigende vermogen van maatschappen of vakgroepen schiet tekort.

Dokters zijn feilbaar, en in de regel behoeft niet het individu maar de gang van zaken correctie.³⁸ Als een groep specialisten slecht functioneert, dan kan dit tot lagere ethische normen en waarden leiden. Met als gevolg dat er een bedenkelijk niveau van patiëntenzorg ontstaat. Vergissingen, medische missers, onhygiënische situaties of vermijdbare fouten worden te laat erkend. Tegenvallende prestaties worden verdoezeld, cijfers verfraaid en slecht nieuws wordt onder de pet gehouden. De leiding wordt niet op tijd ingelicht. Zelfs als dat wel gebeurt, wordt er pas ingegrepen als het spreekwoordelijke kalf verdrongen is.

Op hun beurt bemoeien bestuurders zich te weinig met het primaire proces; ze investeren onvoldoende in begeleiding. Stevig ingrijpen in een maatschap kan veel onheil en kosten voorkomen – dat verdient zichzelf terug.³⁹ Begrijpelijk, dat goede specialisten gefrustreerd kunnen raken van de tekortschietende bestuurlijke daadkracht in een ziekenhuis. Hun stem wordt nauwelijks gehoord in de kakofonie van een grote medische staf. 'Dat is de tol van schaalvergroting en toenemende subspecialisaties,' stelt Lodewick.⁴⁰

Harde conclusies? Ja, maar ze zijn gestoeld op de praktijk. Er mag veel verbeterd zijn in de ziekenhuiszorg, nog steeds wordt er voorbij gegaan aan de kern van de zaak. Waar het werkelijk om draait, is dat er altijd beter kan worden gewerkt, met meer aandacht voor de kwaliteit van zorg en voor de belangen van de patiënt. Minder slordigheden, vermijdbare fouten, minder complicaties, minder infecties, minder heroperaties of onnodige

sterftes: dat horen alle dokters, verpleegkundigen, bestuurders en zorgondernemers na te streven.

2.6 Focus x Volume = Kwaliteit ↑ & Kostprijs ↓

Wie perfect wil worden, moet veel oefenen. Dat geldt zeker voor dokters. Hoe vaker een chirurg een specifieke handeling verricht, hoe beter hij wordt. Alleen dan daalt het aantal complicaties en vermijdbare fouten. Zodra er secuurder wordt gewerkt, nemen de prestaties en de resultaten toe. Doorgaans kan er al heel veel worden bereikt als het behandelend personeel in alle ziekenhuizen – volgens protocol – vaker de handen wast met desinfecterende zeep. Daardoor kunnen op jaarbasis tientallen, zo niet honderden mensenlevens worden gered. Gelukkig dringt dit besef steeds dieper door in Nederland.

Overigens kan deze redenering worden samengevat in een simpele formule. Zo simpel dat ze in één zin past:

Focus x Volume = Kwaliteit ↑ & Kostprijs ↓. Hoe vaker een specifieke medische handeling of ingreep wordt verricht, hoe hoger de kwaliteit, en hoe lager de prijs. Beter zorg is goedkoper: minder operaties, minder medicatie, minder heroperaties. Dit is een essentiële constatering voor mijn verdere betoog.

Waarop is deze formule gebaseerd? Op bedrijfsmatige ervaringen. Om te beginnen wordt er verondersteld dat een product duurder wordt, zodra de kwaliteit toeneemt. De beste kwaliteit hoeft evenwel niet gepaard te gaan met de hoogste kosten: qua kosten blijken de klinieken met de beste kwaliteit duidelijk onder het gemiddelde te zitten, soms zijn ze tot 20% goedkoper. Ziekenhuizen daarentegen zijn complexe organisaties. En complexiteit kost geld, complexiteit veroorzaakt fouten en het leidt tot serviceverlies.

Zbc's zijn slagvaardiger. Ze zijn gespecialiseerd, ze kennen vlakker organisaties, ze hebben minder gebouwen en minder personeel. Daardoor zijn de kosten lager. De opzet van een zbc-keten is simpeler dan bij reguliere ziekenhuizen. Efficiëntie speelt een grotere rol in zbc's. Er wordt gewerkt met elektronische patiëntendossiers, de service is er beter en soms hoort *valetparking* tot de mogelijkheden: de auto van de klant wordt tegen een beperkte betaling geparkeerd en na afloop van de behandeling op de gewenste vertrektijd voorgereden.

Ander voorbeeld. Chirurgie is een integraal onderdeel van de wereldwijde gezondheidszorg. Jaarlijks worden er al gauw 234 miljoen operaties verricht. Complicaties komen veelvuldig voor en veelal zijn ze vermijdbaar. Om deze situatie te verbeteren, is er tussen oktober 2007 en september 2008 in acht verschillende klinieken ter wereld een opmerkelijk onderzoek gedaan. Een van de onderzoekers was de befaamde Amerikaanse topchirurg Atul Gawande.⁴¹

De groep specialisten stelde een relatief eenvoudige chirurgische checklist op met 19 punten. De lijst was bedoeld om de communicatie binnen de teams te verbeteren en de consistentie van zorg te optimaliseren. De hypothese luidde, dat het aantal postoperatieve complicaties, inclusief sterfte, daalt zodra alle 19 veiligheidschecks worden toegepast. Het resultaat was verbluffend. Nadat de checklist werd ingevoerd, ging het sterftecijfer van 1,5 procent omlaag naar 0,8 procent. De complicaties in het ziekenhuis daalden van 11 naar 7 procent.⁴² In Nederland is een soortgelijk onderzoek verricht met minstens even opmerkelijke resultaten.⁴³

Wat valt hiervan te leren? In de praktijk heeft de formule $\text{Focus} \times \text{Volume} = \text{Kwaliteit} \uparrow \ \& \ \text{Kostprijs} \downarrow$ zijn relevantie aangetoond. Hoe vaker een behandeling volgens strakke veiligheidsprotocollen wordt verricht, hoe minder complicaties er ontstaan, hoe minder nabehandelingen of heroperaties er nodig zijn. De kwaliteit gaat omhoog (en de kosten gaan omlaag). Dit voorbeeld is tekenend voor de stelling dat medisch specialisten die naar topkwalitatief streven en zich steeds meer willen specialiseren ruim baan dienen te krijgen.

2.7 Aandeelhouders en privatisering

Het moge duidelijk zijn dat het algemene ziekenhuis zijn langste tijd heeft gehad. Medisch specialisten dienen zich verder te specialiseren. Ze moeten niet elke chirurgische ingreep zelf willen verrichten. Bovendien dient de ziekenhuiszorg te worden geconcentreerd. Die kant gaat het onherroepelijk op. Dat blijkt uit diverse uitlatingen van minister Edith Schippers van VWS. Spreiding en concentratie is haar adagium. Het vaste ziekenhuisbudget verdwijnt, de norm wordt beloning naar prestatie. En ziekenhuizen mogen winst maken.⁴⁴

Momenteel, schrijft de minister in haar brief van begin januari 2011, is het alleen toegestaan om winst uit te keren aan verschafters van privaat

kapitaal voor investeringen in de eerstelijns. Voor medisch specialistische zorg mag dat niet. Zij wil dat dit verandert, weliswaar onder strenge voorwaarden. Aanbieders van medisch specialistische zorg moeten makkelijker privaat kapitaal kunnen aantrekken. Dit stimuleert innovaties, doelmatigheid en uiteindelijk de kwaliteit van zorg. Bovendien worden zorginstellingen dan minder afhankelijk van banken.⁴⁵

Maar wat betekent dat, privaat kapitaal aantrekken, dus verdere privatisering in de zorg? Om te beginnen is een winstuitkering slechts één element van privatisering. Weliswaar een belangrijk element, want particuliere investeerders worden pas actief op deze markt als de wet- en regelgeving is aangepast en het verbod op winstuitkeringen in de zorg wordt opgeheven. Bij privatisering hoort verder – niet in de laatste plaats – de ondernemer. Hij is de drijvende kracht achter een bedrijf, hij investeert zelf en hij slaagt erin kapitaal van anderen aan te trekken. Op deze investeringen wordt een rendement ontvangen. Als het goed is, is het rendement hoger dan wanneer het geld op deposito bij de bank blijft staan.

Hoe wordt dit rendement dan uitgekeerd? Rendement is een manier om kapitaal te belonen. Dat kan via een winstuitkering, in de vorm van een dividend. Rendement kan ook worden verkregen door de waardevermeerdering van het bedrijf waarin wordt geïnvesteerd. Veel ondernemers vinden winstuitkeringen minder interessant, omdat sommige bedrijven pas na zes tot tien jaar hun eerste dividend, dus winst, uitkeren. De waarde-ontwikkeling daarentegen is veel belangrijker. Een bedrijf dat goed loopt, wordt meer waard. Daardoor neemt de waarde van het aandeel toe. Bij verkoop levert dat vaak veel meer op dan alle jaarlijkse winstuitkeringen samen. In de zorg is het rendement op investeringen gewoonlijk laag. Daarmee telt de waardevermeerdering er zwaarder dan de winstuitkering. Vreemd genoeg lijkt dit besef in Den Haag afwezig te zijn.

Verdere specialisering, nieuwe organisatievormen, de aanzet tot een nieuwe financieringsstructuur, het perspectief van investeringen, winstuitkeringen en waardevermeerdering in de zorg: eindelijk maakt de sector vaart. Daarom is het van belang in te gaan op de manier waarop de zorg beter kan worden georganiseerd. Het belangrijkste alternatief is al langer bekend. Dat is de focuskliniek.⁴⁶

2.8 De focuskliniek

De focuskliniek is afgeleid van de *focus factory*. Dit begrip stamt uit de productie-industrie. Uitgangspunt is dat een relatief beperkte taak exact wordt gedefinieerd. Het operationele proces is zo ingericht dat de productie en levering van een homogene groep producten of diensten optimaal plaatsgrijpt.⁴⁷ Want keuze (focus), standaardisatie en routine leiden tot hogere prestaties.

In een focus factory draait alles om een nauwkeurig beschreven procesmatige productmix voor een geselecteerde nichemarkt. In de praktijk functioneert dit systeem beter dan de klassieke fabriek met een breed aanbod aan producten. Vertaald naar de ziekenhuiszorg komt dit neer op concentratie van zorg rondom een selectie van ziektebeelden.⁴⁸ Dat concept is toepasbaar bij patiëntengroepen als er sprake is van speciale operaties, goede voorspelbaarheid, voldoende kennis en genoeg volume.⁴⁹

Focusgroepen in de zorg kunnen worden opgezet door uit te gaan van aandoeningen, technologie (minimaal invasieve technieken: kijkoperaties) of van een bepaalde levensfase (perinataal: rond de geboorte). Hoe vaker een ziekenhuismedewerker een bepaalde taak verricht, hoe minder tijd hij daarvoor nodig heeft. Daardoor wordt een hoge kwaliteit van zorg gegarandeerd. Dat scheelt tijd, mankracht én geld.⁵⁰ Ziedaar, opnieuw, de formule $\text{Focus} \times \text{Volume} = \text{Kwaliteit} \uparrow \& \text{Kostprijs} \downarrow$.

Voorlopers van focusgroepen in de zorg zijn de zorgpaden en de zorgstraten. Dat zijn efficiënte logistieke systemen binnen een ziekenhuis. Een zorgpad is een primitieve vorm van klantgerichte zorg. Om het te introduceren, is geen apart gebouw of een aparte afdeling nodig. Het gaat om planningsmodulen: vaste trajecten voor patiënten met specifieke aandoeningen, zoals een zorgstraat voor liesbreuk. Het zorgpad ('care pathway') omvat alle poliklinische handelingen, het ontslag en de nazorg vanuit het ziekenhuis.⁵¹ Het is gebaseerd op de methodiek van de 'critical pathway' die in de jaren tachtig van de vorige eeuw in de internationale ziekenhuiszorg werd geïntroduceerd. Een strakke coördinatie, sluitende afspraken en optimale communicatie zijn cruciaal om de kwaliteit van zorg voor de patiënt te optimaliseren.

Niet elke aandoening of iedere patiënt is geschikt voor een zorgpad. Bovendien staan lang niet alle specialisten te trappelen om de variatie in

hun dagelijkse werkzaamheden te minimaliseren. Anders gezegd: zij hebben weinig zin om hun comfortzone te verlaten en heel goed te worden in slechts een beperkt aantal handelingen. Daardoor duurt het vermoedelijk nog jaren voor alle ziekenhuizen in Nederland het leeuwendeel van hun zorg volgens dit principe kunnen aanbieden.

2.9 Shouldice Hernia Centre en Coxa

Buitenlandse voorbeelden kunnen helpen de Nederlandse ziekenhuiszorg sneller naar een hoger plan te tillen. De verst ontwikkelde en best functionerende zorgpaden worden aangetroffen in de Coxa kliniek voor heup- en kniepatiënten in het Finse Tampere en bij het Shouldice Hernia Centra in het Canadese Thornhill, waar jaarlijks 7.000 liesbreukoperaties plaatsvinden.⁵²

Eerst Finland. Daar leverde de publieke ziekenhuissector begin deze eeuw te lange wachtlijsten op voor endoprothetische operaties. De overheid adviseerde de lokale zorginkopers in de regio Pirkanmaa extra capaciteit in te kopen bij private marktpartijen. Nadat vijf publieke ziekenhuizen hun orthopedische ingrepen hadden afgestoten, werd in 2001 het private consortium Coxa opgericht.⁵³

Coxa, een publiek-private samenwerking, blinkt uit in standaardisering met grote volumes. De orthopeden hebben zich gespecialiseerd in een klein aantal ingrepen. Zij zijn afkomstig uit de publieke sector, ze bezitten een vijfde van de aandelen, en zijn mede-eigenaar. De wisseltijd tussen twee operaties is van anderhalf uur gedaald naar negentien minuten. De postoperatieve wondinfecties zijn laag: 0,1 procent, waar elders in Finland een percentage van 1 tot 2 procent gewoon is.⁵⁴

Het tweede voorbeeld, het Shouldice Hospital in Canada, is mogelijk nog toepasselijker voor de Nederlandse situatie. Dat ziekenhuis bestaat ruim 65 jaar. Het is volledig privaat gefinancierd; er zit dus risicodragend kapitaal in. Hier worden uitsluitend specifieke hernia's geopereerd, zoals liesbreuken en 'hernia femoralis' met hoge volumes en een gestandaardiseerd proces.⁵⁵ Er vindt een strikte screening plaats. Patiënten worden geweigerd die niet binnen de van tevoren omschreven protocollen vallen. In het Shouldice Hospital hebben ruim 300.000 herniaoperaties plaatsgevonden. Dit centrum levert *high-end* zorg, het is commercieel, alles draait om één ingreep en klantvriendelijkheid staat er bovenaan.

In beide gevallen, zowel in Finland als in Canada, is er gekozen voor een beperkte, afgebakende markt: orthopedische ingrepen en liesbreuken, beide met grote volumes en een geringe complexiteit. Er treedt een zekere standaardisatie op, die herkenbaar is in de gebouwde omgeving en de cultuur van de instelling.⁵⁶ Opvallend is dat de patiënten in beide gevallen lange reistijden geen enkel probleem vinden – terwijl de klinieken regio's bedienen die half zo groot zijn als Nederland.⁵⁷

Ook in Nederland lijkt de reisbereidheid bij klanten groter te worden, zodra zij zware specialistische ingrepen of specifieke behandelingen moeten ondergaan. Dat is een nieuw argument in de discussie, aangezien lobby-organisaties, gemeenten, veel ziekenhuisbestuurders en de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) er halsstarrig op wijzen dat zorgconsumenten bij voorkeur 'om de hoek' willen worden geholpen. Meer dan 30 kilometer reizen zou er niet inzitten. Het tegendeel blijkt waar: Nederlandse patiënten met borstkanker zijn bijvoorbeeld bereid tot 230 kilometer te reizen voor een aantoonbaar hogere kwaliteit van de behandeling. Verdere research is gewenst, maar uit onderzoek van het Britse Ipsos Mori Social Research Institute blijkt, dat meer dan de helft van de kankerpatiënten ruim twee uur extra wil reizen voor betere zorg.⁵⁸

Nederland kent al enkele grote focusklinieken: categorale ziekenhuizen als het Oogziekenhuis te Rotterdam, de Nijmeegse Maartenskliniek voor orthopedische behandelingen en het Nederlands Kanker Instituut - Antoni van Leeuwenhoek Ziekenhuis. (NKI-AVL). Deze drie instellingen vallen binnen de collectief gefinancierde zorg (non profit). Ze zijn verregaand gespecialiseerd en gefocusseerd op specifieke behandelingen. Ze verwerken grote aantallen patiënten, vooral van buiten hun directe omgeving. Zij bieden de gewenste hoge kwaliteit tegen een lagere prijs. Er wordt niet alleen aandacht besteed aan de logistiek rondom de patiënt maar tevens aan de sfeer, de healing environment, het elektronisch patiëntendossier, de informatievoorziening via internet en de openbare beoordeling van de behandeling.

Kinderen met kanker reizen om beter te worden

In Nederland krijgen elk jaar 530 kinderen voor hun achttiende levensjaar kanker.

Kinderkanker uit zich op verschillende manieren. Elke vorm is uiterst zeldzaam met jaarlijks slechts 5-25 gevallen per tumorsoort. De overlevingskans is 70 procent. Daardoor is kanker nog steeds de meest voorkomende doodsoorzaak onder kinderen.

De zorg voor kinderen met kanker is versnipperd. De Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra heeft vier academische ziekenhuizen aangewezen voor de behandeling met chemotherapie, radiotherapie en allogene stamceltransplantaties (stamcellen van een donor).

De coöperatie Nationaal Kinderoncologisch Centrum (NKOC) wil veel verder gaan. Het NKOC pleit ervoor dat deze zorg wordt geconcentreerd in één kinderoncologisch expertisecentrum. Daar kunnen zowel de diagnose als de complexe behandelingen plaatsvinden (hoogcomplex, laag volume).

Kinderoncologen zien dan meer jonge patiënten met kanker. Ze worden beter opgeleid, ze doen meer ervaring op, en er kunnen meer kinderen overleven.

In het NKOC werken internationale toponderzoekers en topspecialisten samen. De ambitie is er een Europees *centre of reference* van te maken, opdat het

overlevingspercentage tot boven de 90 procent kan stijgen. Het uitgangspunt is 'centraal als het moet, lokaal als het kan.'

De minder ingewikkelde zorg kan dan dichterbij huis worden geleverd in enkele *shared care*-centra, die onderdeel zijn van het NKOC.

Het NKOC is een initiatief van patiënten en behandelaars (kinderoncologen, kinderchirurgen,

kinderradiotherapeuten, verpleegkundigen, psychologen). De Vereniging Ouders Kinderen en Kanker (VOKK) is mede-initiatiefnemer. Zij gaat ervan uit dat kinderen met kanker en hun

ouders graag bereid zijn te reizen om een betere kwaliteit van zorg te krijgen. Dat gebeurt nu

al, zowel in het buitenland als in Nederland.

al, zowel in het buitenland als in Nederland.

al, zowel in het buitenland als in Nederland.

al, zowel in het buitenland als in Nederland.

al, zowel in het buitenland als in Nederland.

2.10 Toyotisering

Een strakke organisatie, specialisatie, focus, concentratie op volume, snelheid en efficiëntie zijn de toverwoorden van de moderne

ziekenhuiszorg. Het zijn leenwoorden uit de auto-industrie, waar al vele

jaren zo efficiënt mogelijk – en met succes – wordt gewerkt. De

ziekenhuissector heeft meer geleerd van deze intrigerende bedrijfstak. De

kwaliteitsmanagementsmethode Six Sigma, een foutenmaatstaf, is eveneens in de automobielbranche ontstaan.⁵⁹ Hetzelfde geldt voor de 'toyotisering'.

Dat begrip werd door de Japanse autofabrikant Toyota bedacht om aan te geven dat de productie bovenal 'just in time' en 'lean' diende te zijn.

Toyotisering betekent dat er een grote variëteit aan eindproducten in korte tijd moet kunnen worden geleverd zonder te hoeven investeren in

voorraden. Dit vereist een foutloze en voorraadloze productie, waarbij snel kan worden overgeschakeld van de ene productielijn op de andere.⁶⁰

De Japanse producent boekte er grote successen mee. Dankzij haar slanke productie gericht op waardecreatie slaagde het concern erin de tussenvoorraden en de wachttijden voor activiteiten binnen de fabriek snel te reduceren.⁶¹

Naast de toytisering ontstond het concept van 'business process redesign'. Daarbij staan kostenreductie en verlaging van de doorstroomtijd centraal. Met als resultaat een hogere kwaliteit van dienstverlening én tevreden werknemers.⁶² In dit verband, tenslotte, is de 'theory of constraints' van belang. Zij is erop gebaseerd dat er in elk proces knelpunten bestaan die moeten worden gepasseerd. Deze knelpunten (bottlenecks) zijn meestal met geringe investeringen op te lossen. Een uur winst bij de bottleneck is een uur winst voor het totale proces.⁶³

Al deze modellen liggen ten grondslag aan het concept van zorgpaden in het ziekenhuis. Dat geldt zowel voor de critical pathway-methode, voor Six Sigma, de toytisering, als voor het concept van business process redesign en de theory of constraints. Elk van deze managementtheorieën heeft grote besparingen opgeleverd. *Success breeds success*: inmiddels zijn deze ervaringen uit de productie-industrie zozeer verankerd in de gedachtenwereld van bestuurders en specialisten, dat elk ziekenhuis meerdere zorgpaden in ontwikkeling heeft.⁶⁴

Helaas is hoogstens 60 procent van de ziekenhuiszorg in zorgpaden te vatten.⁶⁵ Want een zorgpad is niet voor elk type aandoening geschikt. Slechts specifieke groepen patiënten komen er binnen een nauw omschreven tijdsbestek voor in aanmerking. Patiënten met multipathologie, comorbiditeit, ernstig multi-orgaanlijden of zeldzame aandoeningen hebben er niet of nauwelijks profijt van.⁶⁵ Ook voor mij blijft dit een dilemma.

2.11 Het zelfstandig behandelcentrum

Een bijzondere invulling van de focus factory is het zelfstandige behandelcentrum (zbc).⁶⁶ Voorbeelden van Nederlandse zbc's zijn Zonnestraal Oogklinieken, Bergman Clinics, Cardiologie Centra Nederland van Igor Tulevski, Medinova en de DC Groep. De DC Groep, in 1995 ontstaan, is nadrukkelijk gericht op diagnostische, vooral radiologische onderzoeken volgens het principe van de focus factory.

Zbc's zijn for profit-bedrijven, dynamisch, op de markt gericht. Er is gekozen voor een beperkt aantal organisatorische processen conform de *one stop shop*-gedachte, waarbij het principe van Focus x Volume uittentreure wordt doorgevoerd. De wachttijden zijn kort. De onderzoeken in deze klantgerichte keten van kleinschalige centra vallen onder de verzekerde zorg en worden door de meeste zorgverzekeraars vergoed.

De Bergman Clinics zijn gespecialiseerd rondom thema's als Uiterlijk en Huid of Houding en Beweging. Een ander voorbeeld is het Oogziekenhuis Zonnestraal, dat een aantal vestigingen in Nederland heeft, zoals in Hilversum. Op een aparte verdieping van de MC *Groep* ziekenhuizen in Emmeloord en Lelystad biedt de vestiging van Zonnestraal, een keten van for profit-oogklinieken, onverzekerde zorg en verzekerde behandelingen aan.

Zbc's die het goed doen, zijn allemaal geavanceerde focusklinieken. Dat blijkt uit een onderzoek van het Amsterdamse adviesbureau Boer & Croon. De succesvolste zbc's leggen zich volledig en consequent toe op 'focusbare' zorg. Zorg die planbaar (electief) en relatief eenvoudig te verrichten is (laagcomplex). De innovatiekracht en de efficiency in deze klinieken is groot, en de kwaliteit van zorg en dienstverlening staan er voorop, luidt de conclusie.⁶⁷

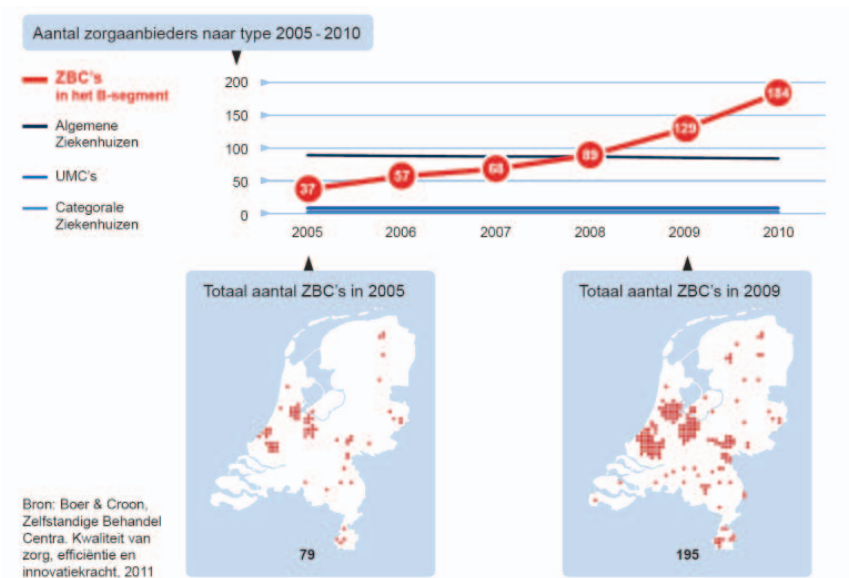
2.12 Dalende kosten

Zbc's werken toenemend samen met andere zorgaanbieders. Ze wisselen expertise uit, ze verwijzen naar elkaar of naar reguliere ziekenhuizen door.⁶⁸ De patiënttevredenheid is groter dan in gewone ziekenhuizen en ook de Inspectie voor de Gezondheidszorg is tevreden over de ontwikkelingen in dit segment van de zorg.⁶⁹ Daardoor beginnen deze vernieuwende initiatieven op medisch en organisatorisch gebied door te dringen in de klassieke ziekenhuiszorg.⁷⁰

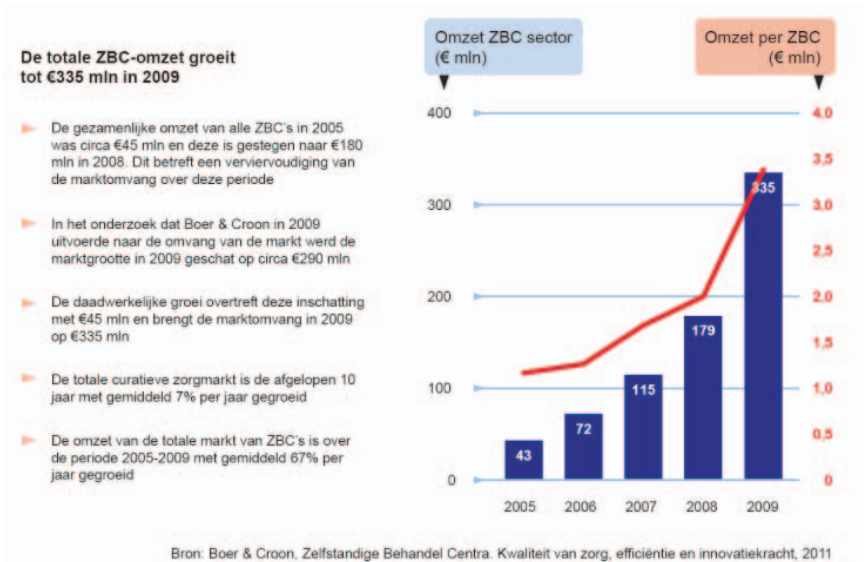
Al in 2005 introduceerde toenmalig bestuursvoorzitter Geert Blijham van het UMC Utrecht de 'Blijham matrix'. Hij constateerde dat er vier typen zorg bestaan langs de assen van complexiteit en planbaarheid.⁷¹ Volgens deze indeling kent elk type zorg een andere dynamiek, en moet zij op een andere manier worden bekostigd. Een van de conclusies was, dat laagcomplex, planbare zorg in de Nederlandse zbc's niet alleen gefocust is, maar ook goedkoper. Daarmee doen de focusklinieken, en dat is cruciaal, aan prijscompetitie.

Sterker: in de praktijk blijkt de prijs in een zbc gemiddeld duidelijker lager te zijn dan in een regulier ziekenhuis. Marktwerking in de zorg leidt dus tot de gewenste prijsdynamiek. De mogelijkheden om door te groeien zijn groot, vooral als de aankondiging van minister Schippers wordt waargemaakt, dat aandeelhouders per 2012 welkom zijn in de zorg. Blijven deze investeringen uit, dan vlakt de veronderstelde groei snel af.⁷²

Het aantal zelfstandige klinieken is de laatste jaren sterk gestegen.⁷³ Dit is een krachtig bewijs voor het feit dat de consument voor dit soort zorg wil kiezen. Grote zorgverzekeraar als CZ zagen de contracten met zbc's in minder dan tien jaar vervijfvoudigen. De schadelast werd tachtig keer zo groot en steeg van 1 naar 80 miljoen euro.⁷⁴ De omzet groeit snel. Tussen 2005 tot 2009 groeide de omzet voor alle zbc's samen met 67 procent per jaar.⁷⁵ In 2012 komt de gezamenlijke omzet van alle zbc's naar schatting uit op 650 miljoen euro.⁷⁶



GRAFIEK 4 Aantal zbc's sterk toegenomen

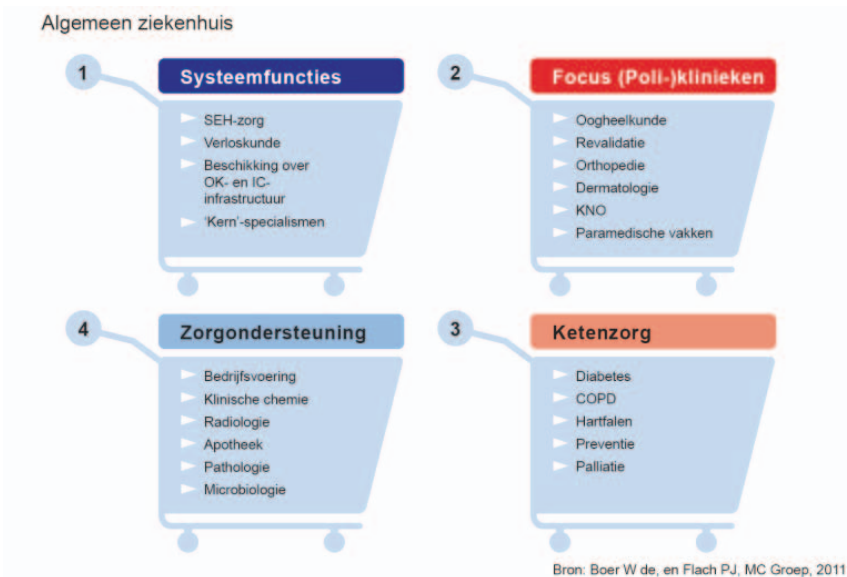


GRAFIEK 5 Groeitrend zet onverminderd door

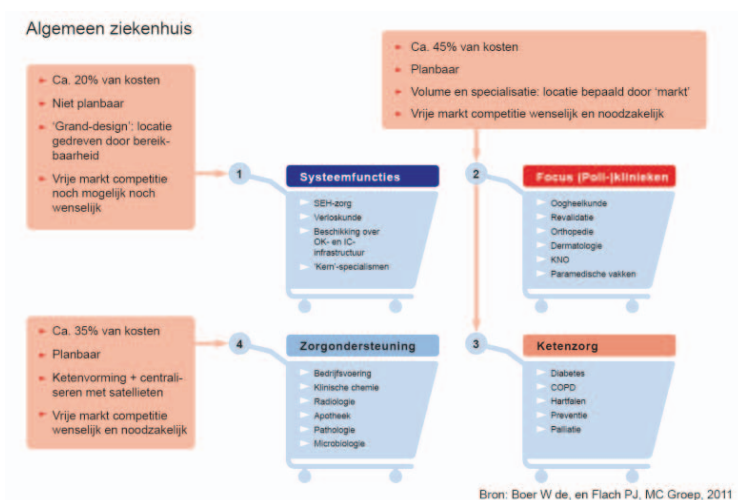
Daarbij blijft het niet, want ook veel ziekenhuiszorg is focusbaar. Zodra de aandeelhouder wordt toegelaten, kan er een stroom particuliere investeringen loskomen om meer dynamiek te genereren. Op basis van de geschatte omvang van de ziekenhuiszorg in 2012 (19,8 miljard euro) is er bijna zes miljard euro beschikbaar voor zorg die in een focuskliniek kan worden verricht. Zorgverzekeraars kunnen de lagere prijs van de zbc's als onderhandelingsinstrument benutten. Dat leidt tot een verdere neerwaartse druk op de prijs van 800 miljoen euro.⁷⁷

2.13 Ziekenhuis nieuwe stijl: de medical mall

Ziekenhuizen veranderen snel, maar nog niet snel genoeg. Intensiever dan nu het geval is, moeten zij de concurrentie aangaan met zbc's. Want de zelfstandige behandelcentra en andere gespecialiseerde centra zijn richtingwijzend voor de toekomst van de Nederlandse zorg. En ze zijn goedkoper. Elke slimme ziekenhuisbestuurder wil daarom leren van de successen die elders worden geboekt. Binnen vijf jaar heeft hij zes of zeven zbc's binnen de muren van het eigen huis toegelaten, intramuraal, zoals dat heet.



GRAFIEK 6 Een ziekenhuis (De medical mall)



GRAFIEK 7 Een ziekenhuis (De te verwachten dynamiek)

Het ziekenhuis nieuwe stijl wordt een *medical mall*, een *traffic*-punt van medische en ondersteunende diensten. Over niet al te lange tijd is het zelfs denkbaar dat zowel een focuskliniek, een non profit oogkliniek, een orthopedisch centrum als een for profit zbc vaste onderdelen worden van de medical mall. Dit medische winkelcentrum omvat allerlei aparte, kleine 'winkeltjes' die direct of indirect gerelateerd zijn aan de ziekenhuiszorg.

De medical mall is geënt op de *shopping mall*, het winkelcentrum dat zich tussen het klassieke warenhuis en de speciaalzaak in bevindt. Net als het winkelcentrum kent de medical mall een gespecialiseerd zorgaanbod en tientallen zelfstandige winkels of speciaalzaken onder één dak. Het heeft iets weg van de winkelstraat nieuwe stijl dat een filiaal van Etos of Kruidvat kent, een pinautomaat, een bank, enkele kledingwinkels en een espressozaak.

Ondernemerschap en innovatie: de medical mall

De concurrentie in de zorgsector neemt toe. Ziekenhuizen moeten scherpe keuzes maken in de organisatie van de zorg. Wat doen we zelf, en hoe? Wat besteden we uit? Activiteiten die niet aan de zorg zijn gerelateerd, worden ingehuurd, zoals catering en schoonmaak. Naast of binnen het traditionele ziekenhuis ontstaan gespecialiseerde klinieken. Al deze ontwikkelingen komen samen in de medical mall, het winkelcentrum voor medische zorg.

Zorgaanbieders die vanuit het 'ziekenhuis' aan 'ziekenhuisverplaatste zorg' doen, passen bij de medical mall, bijvoorbeeld de poliklinische apotheek. Patiënten hebben soms thuis specialistische zorg nodig. Zij willen dat die zorg, als dat kan, aan huis wordt afgeleverd.

Daardoor reikt het zorgpad van het ziekenhuis tot achter de voordeur van de patiënt.

Veel genes- en hulpmiddelen die een medisch specialist voorschrijft, worden door gespecialiseerde bedrijven thuis bezorgd. Middelen tegen reuma, producten voor wondverzorging en stoma's, of apparaten die de ademhaling en de voedselinname ondersteunen (vernevelaars en infusen).

Deze middelen worden ingekocht door Mediq. Dat is een internationale leverancier van genes- en hulpmiddelen. In Nederland beschikt Mediq over een apotheekketen met ruim 200 eigendomsapotheken. Daarnaast heeft het een uitgebreid logistiek- en zorgnetwerk om genesmiddelen en apparaten thuis te bezorgen (Mediq Direct). Op de Nederlandse markt levert alleen TNT meer pakketten thuis af.

De aandacht van Mediq verschuift steeds meer van logistiek dienstverlener naar gespecialiseerd zorgverlener. Er werken verpleegkundigen met specifieke productkennis, die advies en instructies geven. Mediq garandeert bovendien de logistieke en inhoudelijke coördinatie met de voorschrijver (care- en informatiemanagement).

Ziekenhuizen, medical malls en gespecialiseerde klinieken kunnen verschil maken door samen te werken met dit soort gespecialiseerde bedrijven. De opnameduur wordt verkort en de patiënt hoeft niet onnodig naar de kliniek. Resultaat? Betere en goedkopere zorg.

Het model van de medical mall rust op vier pijlers: de systeemfuncties, een reeks shops, transmurale zorg en ondersteuning. De zorgverlening volgt het principe van de zorgpaden. Dat kan via een geprivatiseerde zorgstraat, waar alle facetten van de eigen identiteit en *branding* voorop staan, binnen een eigen zbc of een apotheek. Evengoed is er plek voor de winstgevende oogkliniek die binnen de medical mall over eigen operatiekamers wil beschikken en een eigen operationale screening wenst te verrichten.

In dit verband is de vergelijking met luchthaven Schiphol zinvol. Schiphol is een geavanceerde *traffic mall* met systeemfuncties (de landingsbaan, de verkeerstoren), enkele focusgerichte winkels, filialen van ketens als Gall & Gall of Randstad, diverse eetgelegenheden en speciaalzaakjes in lederwaren of diamanten. Daarnaast is er de geprivatiseerde bagageafhandeling die voor vrijwel alle luchtvaartmaatschappijen werkt.

Op Schiphol en op andere vliegvelden, bevindt zich ook een balie van prijsbreker easyJet. Met eigen logo, kleuren en een eigen ticket-afhandeling. Klantgerichtheid en dienstverlening staan er telkens voorop. Eenmaal in de vertrekkruimte van easyJet aangekomen, is alles perfect geregeld voor de klant. Geen lange wachttijden, en zelfs de bagage wordt zonder omhaal door een apart onderdeel van easyJet afgehandeld. Herkenbaar en optimaal georganiseerd: dit kwaliteits- en serviceniveau is net zo goed mogelijk in een medical mall, op voorwaarde dat alles wordt geoptimaliseerd rond thema's.

Samenvattend. Het huidige ziekenhuismodel van one size fits all – zowel in de medische als de ondersteunende dienstverlening – verandert in een traffic punt waar een aantal dienstverleners bij elkaar zit dat goed is in wat ze doen. Daarnaast worden er keuzes gemaakt over de verrichtingen die niet meer worden gedaan. Het wordt een verzameling geselecteerde specialismen geïntegreerd in één gebouw. Strak opgezet volgens vaste formules, met hoge kwaliteitsnormen en efficiënt in de uitvoering. Even herkenbaar en betrouwbaar als de Gall & Gall, de Xenos of de Blokker.

3 Ondernemerschap en innovatie

3.1 Het trekpaard

Iedereen die zich in de zorgsector als ondernemer afficheert, wordt geconfronteerd met argwaan en hardnekkige vooroordelen. Er rust een smet op zijn reputatie. In de regel wordt er verondersteld dat de zorgondernemer uitsluitend voor de snelle winst gaat, voor de *quick buck*, en dat hij niets geeft om het welzijn van zijn personeel. De werkelijkheid ziet er anders uit. Want juist de logge zorgsector heeft baat bij de economische vernieuwingsdrang van ondernemers. Te lang is deze bedrijfstak even gesloten geweest als een oester. Risicomijdend gedrag werd beloond. Het adagium was: blijf zitten waar je zit en verroer je niet. Het geld kwam als vanzelf binnen, via de staat, de zorgverzekeraars, en uiteindelijk was het afkomstig van de premiebetalers.

De burgers – de zorgconsumenten – stonden kritiekloos garant voor de salarissen, de panden, voor de nieuwbouw en de veelal beroerde gastronomie in de zorginstellingen. Er waren meer dan genoeg bureaucraten, managers en regelneven, maar de aversie tegen de wereld van het grote geld, tegen economie, afrekenbaarheid, planbaarheid en het veronderstelde neo-liberalisme was enorm. Reorganiseren, herstructureren, concurrentie, winst maken: dat hoorde tot het besmukte vocabulaire van de bedrijfseconomie. Zo was tot voor kort het beeld.

Ondernemers zitten anders in elkaar. Zij willen verbeteren en vooruitgang boeken. Toegegeven, dat kan gepaard gaan met verlies of met ontslagen. Maar de verstandige ondernemer doet óók aan sociale innovatie. Zodra hij naar een ziekenhuis kijkt als was het een bedrijf, dan wil hij niet alleen de kosten verlagen en de organisatie strakker maken, maar bovenal de kwaliteit verhogen, waarde toevoegen en de reputatie van de instelling vergroten.

Van de Britse politicus Sir Winston Churchill stamt de volgende toepasselijke uitspraak over ondernemers: “Some see private enterprise as

a predatory target to be shot, others as a cow to be milked, but few are those who see it as a sturdy horse pulling the wagon.” De ondernemer als roofdier, melkkoe of als een robuust trekpaard. U begrijpt dat het beeld van het trekpaard mij het meeste aanspreekt. Toch kan het niet bij beeldvorming blijven. Want wat wil de zorgondernemer en wat doet hij om zijn doelen te bereiken?

3.2 ‘Mannen’ met *guts*

De afgelopen eeuw zijn er veel grote ondernemers geweest die buiten de zorgsector naam hebben weten te maken. Mannen met *guts*. Zij wilden vernieuwen, ze durfden risico’s te nemen en ze benutten hun kansen. Klassieke voorbeelden van geslaagde ondernemers zijn automagnaat Henry Ford en internetgoeroe Bill Gates. In Nederland kennen we bierbrouwer Freddy Heineken, Albert Heijn en Jaap Blokker. Stuk voor stuk innovatieve personen die de kar wilden trekken. En, meer van deze tijd, Eckart Wintzen, Sylvia Tóth, Scarlett Kwekkeboom-Janse en Joop van den Ende. Van den Ende maakt kunst en cultuur breed toegankelijk voor het grote publiek. Ander voorbeeld: Harold Goddijn, een van de vier oprichters van navigatiebedrijf TomTom. Of Henk van Koevinge van de Roompot Groep, de exploitant van succesvolle vakantieparken.

De publieke en semi-publieke sector kent dit type leider niet. Daar durft slechts een handjevol mensen voor de troepen uit te lopen. Laat zorgondernemers en potentiële investeerders zich daarom spiegelen aan Van den Ende. Hij heeft de musical voor Nederland herontdekt, waarde toegevoegd, hij heeft perspectief geboden en nieuwe consumenten een dienst verleend. Op hun beurt kunnen zorgondernemers de medisch specialistische zorg toegankelijk maken als ware het een consumentenproduct. Uiteraard lukt dat slechts als kapitaalverstreckers, de investeerders in de zorg, dit streven serieus nemen.

In dit verband wil ik op een essentieel punt wijzen. Zorgondernemers zijn geen zorgcowboys. Dat soort clichés is te simpel. Zorgondernemers storten zich niet uit winstbejag, ter meerdere eer en glorie van zichzelf, op een Nina Brinkachtige wijze, met veel geleend (publiek) geld en weinig eigen kapitaal in een ongewis avontuur. Zij zijn gericht op de lange termijn. Ze willen bouwen, niet breken.

Zorgondernemers lijken eerder op Bert Twaalfhoven, een *serial* entrepreneur en risico-investeerder die al vijftig jaar lang met eigen geld bij

diverse ondernemingen betrokken is. Daarnaast kunnen zij zich laten inspireren door de Schön Kliniken in Duitsland, een succesvolle keten van private ziekenhuizen met een omzet van 588 miljoen euro in 2010 – en nog steeds in handen van de oorspronkelijk oprichter, Dieter Schön. De Schön Kliniken zijn Europees marktleider op het gebied van eetstoornissen; 80 procent van de omzet wordt gemaakt op orthopedie, neurologie en gedragsproblematiek. Allemaal planbare zorg, want ze hebben geen spoedeisende hulp.⁷⁸

3.3 Marktwerking

Gelukkig valt er de afgelopen jaren een kentering in de perceptie waar te nemen. Dat komt vooral, doordat de overheid in delen van de gezondheidszorg een vorm van gereguleerde marktwerking heeft geïntroduceerd. De komende periode moet er een politiek debat plaatsvinden over die delen van zorg waar wel of geen marktwerking toegepast kan worden. Daarbij moet opnieuw worden opgemerkt dat er geen marktwerking gewenst is voor systeemfuncties, zoals de Spoedeisende Hulp, verloskunde en de Intensive Care.

Ook de perspectieven voor ondernemers in de zorg zijn geleidelijk aan verbeterd. Het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport stimuleert sociale innovatie.⁷⁹ Kartelwaakhond NMa, de Nederlandse Mededingingsautoriteit, pleit voor meer ondernemerschap in de zorg, opdat ‘nieuwe organisatievormen’ zich kunnen ontwikkelen. Op de website van het vakblad Skipr zei NMa-bestuurder Henk Don ‘juist ruimte’ te willen geven aan ondernemerschap. “Ik ben een groot voorstander van innovatie. Ik zou zeggen: laat zorginstellingen vooral hun best doen om nieuwe organisatievormen te vinden die nog beter zijn voor de patiënt.”⁸⁰

Eerder dit jaar zette het kabinet-Rutte de deur open voor aandeelhouders in de zorg.⁸¹ Met name minister Schippers van VWS maakt met kracht van argumenten duidelijk dat zij de politiek van liberalisering in de zorg wil voortzetten, die door haar voorgangers Hans Hoogervorst en Ab Klink is geïnitieerd. Daardoor krijgen zorgondernemers op het politieke en bestuurlijke speelveld de wind eindelijk een beetje mee. Makkelijk gaat dat niet, want sinds de liberalisering in 2006 is de bureaucratische regelgeving explosief gestegen. Een vrijere zorgmarkt vereist afbakening. Met als gevolg dat het aantal wetsartikelen waarmee de sector wordt gereguleerd met 230 procent is toegenomen.⁸²

3.4 Ondernemers en intrapreneurs

Wat voor een type is nou de ondernemer die actief wordt in de zorg? Wat doet hij en hoe kan hij deze sector helpen? Het internet meldt dat een ondernemer iemand is die voor eigen rekening en risico een bedrijf heeft en dat ook runt. Hij heeft een concept en durft risico's te nemen. De ondernemer houdt van competitie en concurrentie, dan wordt hij uitgedaagd. Hij stelt doelen, hij heeft zakelijk inzicht en lef. Onzekerheid brengt hem niet gauw van zijn stuk. De ondernemer maakt graag contact, hij is kritisch, hij wil nooit ophouden te leren en kan anderen enthousiasmeren. Initiator, doorzetter, *teambuilder*. Ja, hij wil de beste zijn, maar bovenal heeft hij plezier in wat hij doet.

In mijn optiek is ondernemerschap een manier van vooruitkijken en handelen. De succesvolle ondernemer slaagt erin een product te lanceren waar aanvankelijk bijna niemand iets in ziet, maar dat over vijf jaar veel vraag en dus omzet genereert. Hij is gericht op de lange termijn, niet op de korte termijn. Zijn succes berust op de gave om in het heden tijd, energie en geld te investeren in een initiatief dat pas veel later een vliegwieleffect teweeg brengt en geld oplevert.

Uiteraard gaat dit vaak mis. Een voorbeeld van mislukt ondernemerschap is het initiatief dat Jaap Maljers en ik twee decennia geleden ontwikkelden, toen we Plexus oprichtten en het concept van de focuskliniek in Nederland introduceerden. Wij waren 20 jaar te vroeg. Een voorbeeld van foute timing, want pas anno 2011 ontstaat er meer ruimte voor deze benaderingswijze van de zorg. Yahoo, LinkedIn en Google schatten de veronderstelde toekomstige vraag naar hun digitale producten wel goed in. Zij wisten op het juiste moment heel veel *traffic* te bewerkstelligen. Wie *traffic* creëert, genereert omzet en is succesvol.

Zelf maak ik een onderscheid tussen de ondernemer en de intrapreneur. De intrapreneur (m/v) is actief in een instelling, bedrijf of organisatie. Hij heeft een ondernemende mentaliteit en aantoonbare ondernemerskwaliteiten, maar hij investeert geen eigen geld. Anders dan de ondernemer loopt de intrapreneur geen enkel financieel risico. Hij innoveert, hij wil de kwaliteit verhogen en de kostprijs laten dalen. Daarmee wijkt de intrapreneur structureel af van de manager die alleen beheert en strikt de regels naleeft.

Tallose bestuurders van beursgenoteerde ondernemingen zijn intrapreneurs. ABN topvrouw Bernadette Langius is hiervan een voorbeeld. In de zorg voldoet Emile Lohman aan deze omschrijving, voormalig bestuursvoorzitter van het Onze Lieve Vrouwe Gasthuis en tot afgelopen maand de topman van het UMC St Radboud. Een andere intrapreneur is Peter van der Meer, ex-bestuursvoorzitter van MC Haaglanden en sinds 2009 bestuurslid van het OLVG. Tot deze categorie hoort ook Paul Smits, inmiddels ex-bestuursvoorzitter van het Maasstad Ziekenhuis. Ook de artsen die werkzaam zijn in zelfstandige behandelcentra beschouw ik als intrapreneurs.

3.5 Verandering als drijfveer

Wat kenmerkt verder 'de' ondernemer? Ondernemerschap is een manier van denken, redeneren, kansen zien en handelen, zegt de ene deskundige.⁸³ Ondernemers willen presteren en invloed uitoefenen, stelt de ander. Een derde noemt ondernemers optimistisch; ze hebben de neiging risico's aan te gaan en ze streven bovenal naar onafhankelijkheid.⁸⁴ Uit een Zweeds onderzoek blijkt dat beginnende ondernemers veelal hoger opgeleide, jonge mannen zijn met managementervaring, die eerder zelfstandig zijn geweest.

Een vergelijkende internationale studie voegt daaraan toe dat specifiek de jongere ondernemer blaakt van zelfvertrouwen. Uiteraard speelt de persoonlijkheid een belangrijke rol, net als passie, competentie en motivatie.⁸⁵ Maar wie eerst werkloos was, heeft minder kans van slagen.⁸⁶ Daar staat tegenover dat oudere ondernemers hogere groeicijfers verwezenlijken. En – sorry, dames – een bedrijf dat het eigendom is van een man, vertoont gewoonlijk meer groei dan wanneer een vrouw de eigenaar is.⁸⁷ De ondernemer zit met zijn eigen geld in de zaak. Daarmee neemt hij risico's. Voor hem is ondernemen een vak: daar ligt zijn kracht en zijn uitdaging. Hij is een durfal, steeds zoekt hij nieuwe kansen en opmerkelijke combinaties. Verandering is zijn drijfveer. Telkens wil hij nieuwe bedrijven beginnen. Soms zet hij zelfs zijn carrière en vermogen op het spel om zijn ideeën te kunnen verwezenlijken.

Volgens de negentiende-eeuwse Franse econoom Jean-Baptiste Say is de ondernemer vooral een intermediair tussen kapitaal en arbeid. Als eerste introduceerde hij de term *entrepreneur*. In zijn beroemdste werk, *A Treatise on Political Economy* uit 1880, stelt Say dat de *entrepreneur* vergaarde kennis aanwendt om winst te maken, opdat menselijke behoeften worden

bevredigd. Mocht hij succesvol zijn, dan wordt zijn winst getemperd door de onderlinge competitie met zijn tegenvoeters.⁸⁸

3.6 Innovatie en creatieve destructie

Ook de Oostenrijkse econoom Joseph Schumpeter betitelt innovatieve ondernemers als entrepreneurs. Zij zijn de leiders, de vernieuwers, de belangrijkste actoren die de economie vooruitstuwten, zelfs als zij geen eigenaar van het bedrijf zijn.⁸⁹ De entrepreneur wil veranderen, hij grijpt elke kans aan om over meer middelen te kunnen beschikken. Hij gaat voor de winst, al is dat niet zijn hoogste doel. Winst is trouwens geen ander woord voor diefstal, maar een logisch bijproduct van risico's.⁹¹ Elke gemotiveerde entrepreneur wil de kosten tot een minimum beperken, want hij moet de balans vinden tussen vraag en aanbod, en daarmee de inkomsten en de uitgaven beheersen.⁹²

Volgens Schumpeter is het de taak van de entrepreneur om te innoveren. Met zijn *Unternehmergeist* wil hij telkens nieuwe producten en diensten in de markt zetten. Door te vernieuwen, ontstaat de dynamiek waarmee vastgeroeste routines worden verstoord. Technologische innovaties leiden tot nieuwe marktcondities. Pas dan ontstaat er ruimte voor winst en economische groei. Schumpeters theorie staat bekend als 'creatieve destructie': productieve vernietiging is onvermijdelijk, want succesvolle innovaties vernietigen de oude.⁹³

Er wordt verondersteld dat de persoon van de individuele entrepreneur, diens kennis, zijn vaardigheden en ervaring een doorslaggevende rol spelen bij het welslagen of het falen van een onderneming. Toch hoeft dat niet altijd het geval te zijn. Sommige kenners beweren zelfs dat entrepreneurschap een proces is, geen persoon, maar een managementbenadering.⁹⁴ Een aantal zakelijke factoren is immers moeilijk te herleiden tot de persoonlijkheid of het karakter van de entrepreneur. Om het succes van een entrepreneur te kunnen meten, wordt daarom de Birch-index gebruikt. Dat is een veelvuldig toegepast register in de economische vakliteratuur over entrepreneurschap.⁹⁵

Uit een onderzoek volgens de Birch-index onder 205 ondernemers blijkt dat succesvolle entrepreneurs inderdaad een sterkere markt oriëntatie hebben, meer lef tonen en meer tijd nemen voor reflectie. Succesvolle entrepreneurs zijn in hun startfase prestatiegerichter, in de groeifase durven zij meer en in het volwassen stadium kunnen ze de markt beter

inschatten. Opvallend genoeg hadden persoonlijkheidskenmerken als opleiding, leeftijd en ervaring geen invloed op dit resultaat.⁹⁶

Succes valt eveneens op andere manieren te meten. Waar de Birch-index economische factoren toetst, werd bij dezelfde groep ondernemers eveneens gekeken naar psychologische aspecten zoals de behoefte om te groeien en te vernieuwen. Wat bleek? Laagopgeleide entrepreneurs die relatief kort actief waren, zijn meer gericht op groei. En, minder verrassend: hoe flexibeler, des te sterker de neiging om te groeien.⁹⁷ Flexibiliteit betekent dat tijd niet in uren wordt uitgedrukt. Extra werk is vanzelfsprekend, het hoort erbij als je met je bedrijf vooruit wil komen.⁹⁸

3.7 Persoonlijkheid

Andere empirische studies tonen aan dat de persoonlijkheid wel degelijk een rol speelt.⁹⁹ De individuele motivatie om een bedrijf te leiden en het verantwoordelijkheidsgevoel voor de onderneming kunnen doorslaggevend zijn voor het succes. Tenslotte neemt de oprichter of de eigenaar constant beslissingen die de koers en de financiële positie van het bedrijf beïnvloeden.

Een volgende vraag is in hoeverre de entrepreneur met zijn handelwijze daadwerkelijk bijdraagt aan de totstandkoming van economische groei, of eerder nog, van sociale innovatie. Zoals bekend zijn innovatie en competitie beslissende factoren om de economie te stimuleren. Porter signaleert dat entrepreneurschap aantoonbaar de onderlinge binnenlandse rivaliteit stimuleert. Daardoor ontstaan duurzame economische voordelen. Rivaliteit creëert druk: de behoefte neemt toe om te vernieuwen en de kosten te verlagen. De dienstverlening gaat vooruit en het kwaliteitsniveau stijgt.¹⁰⁰

Ook Audretsch constateert een 'robuuste' relatie tussen entrepreneurschap en economische prestaties.¹⁰¹ De entrepreneur voorziet de economie van frisse lucht. Nieuwe bedrijven, nieuwe markten, nieuwe producten en productiemethoden leiden tot variatie, competitie en selectie. Alleen zo kan er een krachtige markteconomie ontstaan die in een aantal gevallen indrukwekkend snel weet te groeien.¹⁰² Conclusie? Entrepreneurschap draagt bij aan de economische ontwikkeling van een land, het levert innovatie, werk en welvaart op. Alsof dat geen toegevoegde waarde is.¹⁰³

3.8 Voorbeeld China

Een goed voorbeeld van een snelle economische groeier is de Volksrepubliek China. Onder het bewind van partijleider Mao Zedong was entrepreneurschap er een minstens even onbekend fenomeen als tot voor kort in de Nederlandse zorgsector het geval was. Na Mao's dood in 1976 maakte China een ongekende economische ontwikkeling door met groeicijfers van gemiddeld 10 procent per jaar. Deze spectaculaire economische groei is vooral te danken aan de opkomst van miljoenen entrepreneurs. Bijna 70 procent van het bruto binnenlands product wordt inmiddels gegenereerd in het particuliere midden- en kleinbedrijf. Driekwart van de werkende bevolking is actief in het mkb. Entrepreneurs genieten een hoge sociale status, en het merendeel van de Chinezen vindt entrepreneurschap een uitstekende manier om carrière te maken.¹⁰⁴

Veel Chinezen willen hun eigen baas zijn. Ze zijn intelligent, integer en volhardend, ze willen hard werken en ze ondersteunen de eigen familie. Dit soort aspecten, kenmerkend voor het klassieke familiebedrijf, wordt door de huidige Chinese leiders erg gewaardeerd.¹⁰⁵ Familiebedrijven, ook elders in de wereld, zijn over het algemeen bijzonder stabiel en betrouwbaar. Er wordt niet moeilijk gedaan over een paar uur extra werk, en er wordt doorgaans snel beslist. De lange termijn, het eigen voortbestaan, staat voorop. Geïnvesteed geld wordt alleen uit het bedrijf gehaald als daardoor de continuïteit niet in gevaar komt. Bedrijven die niet door families worden gerund, hebben meestal externe financiers nodig, die veel meer op de korte termijn zijn gericht.¹⁰⁶

Het klinkt misschien vreemd, maar de ontwikkeling die China heeft doorgemaakt, kan een aansporing zijn voor de Nederlandse gezondheidszorg. Met dien verstande dat China op sociaal gebied uiteraard een grote achterstand heeft in te halen. Maar het enthousiasme waarmee China zijn entrepreneurs omarmt, is voorbeeldig. De Nederlandse zorg zal niet snel worden geleid volgens de principes van de communistische heilstaat die China voorwendt te zijn. Want anders dan het in meerdere opzichten tevens keiharde en ultrakapitalistische China kent Nederland een sterk ontwikkeld sociaal stelsel. Het rechtvaardigheidsbeginsel overheerst en het Nederlandse zorgstelsel staat bekend om zijn verregaande solidariteit tussen rijke en arme, jonge en oude, gezonde en ongezonde mensen.

3.9 Lerende organisatie

Valt ondernemerschap te leren? Dat is hetzelfde als de vraag opwerpen of iedereen de marathon kan leren lopen. De een heeft veel training nodig, de ander leert het nooit. Gelukkig leren effectieve entrepreneurs snel. Ze leren van hun medewerkers, hun klanten, van hun leveranciers en vooral van hun concurrenten.¹⁰⁷ *Learning by doing*; ondernemende bedrijven zijn 'lerende organisaties'.¹⁰⁸ Door anderen een kans te geven, komen zij vooruit.

Er werken 1.2 miljoen mensen in de Nederlandse zorgsector. Elke entrepreneur die hier actief wordt, dient daarom rekening te houden met de sociale omstandigheden waaronder er wordt gewerkt. De entrepreneur moet mensen wakker schudden door ze uit hun structuur te halen, en soms is er alleen een zetje nodig. Maar een perspectiefloos visiestuk waarin geen plek is voor onderwijs en talentontwikkeling is gedoemd te mislukken.

Kennis, ervaring, inzet en professionaliteit van het eigen personeel zijn cruciale voorwaarden om de vereiste kwaliteit van zorg te kunnen garanderen. Een zorgondernemer die zijn personeel weet te motiveren en inspireren, slaagt er eerder in alle neuzen dezelfde kant op te laten staan en de gewenste veranderingen effectief door te voeren. Dat kan als er voldoende scholing mogelijk is, bijvoorbeeld door getalenteerde medewerkers te leren hoe een businessplan moet worden geschreven.

3.10 Sociaal entrepreneur

Veel mensen willen persoonlijke successen behalen. Dit geldt zeker voor entrepreneurs. Maar als het succes eenmaal is behaald, dan slaat bij de een de verveling toe. De tweede ontdekt zijn filantropische kanten. Weer een ander richt zich op lange-termijnprojecten waarbij de sociale aspecten van het ondernemerschap centraal staan. In de Verenigde Staten wordt dit laatste type de 'sociaal entrepreneur' genoemd. Dat is de ondernemer die zich tot taak stelt non-profit bedrijven commercieel gezien succesvol te maken.

Sociaal entrepreneurs, zo blijkt, zijn in staat maatschappelijke veranderingen te bewerkstelligen. Zij zijn de sociale vernieuwers van de vroege 21e eeuw. Ze hebben verheven doelen, ze accepteren geen 'nee', en ze rusten niet voor ze hun ideeën zover mogelijk hebben weten te

verspreiden.¹⁰⁹ Ze maken optimaal gebruik van hun kennis, ervaring en inzichten. Sociaal entrepreneurs zijn trendsetters maar zeker geen filantropen. Ze willen geen water naar de zee dragen. Als sociale voortrekkers (social venturers) hebben ze bovendien een duidelijke visie op de samenleving en de wereld.

Ze staan midden in de maatschappij, en voelen zich uitgedaagd om sociale problemen op een ondernemende manier op te lossen.¹¹⁰ Zij willen de leefomstandigheden van mensen verbeteren. Met hun investeringen willen ze voor zoveel mogelijk mensen economische kansen creëren. Een goed voorbeeld is de toepassing van innovatieve, technologische vernieuwingen, waardoor mensen met een handicap onafhankelijker kunnen leven.¹¹¹ Duurzaam ondernemer Ruud Koornstra van onderzoeks- en ontwikkelingslaboratorium Tendris is zo'n koploper.¹¹²

Sociaal entrepreneurs lopen voorop. Maar ze nemen wel de verantwoordelijkheid voor hun personeel, voor alle belanghebbenden, voor de maatschappelijke stabiliteit en de economische ontwikkeling van hun land. Ze investeren in betere technologische en sociale kwaliteit. Dit type entrepreneur richt zich op bewuste klanten en op nieuwe markten – zoals de zorgsector.

3.11 Innovatie, duurzaamheid en kapitaal

Sociaal entrepreneurs kunnen niet stilzitten, want ze willen iets bereiken. Zij zijn zeker geen uitbuiters; innovatie en duurzaamheid beschouwen zij als twee kanten van dezelfde medaille. Daarmee wijken hun wereldbeeld en ethische normen volledig af van de denkbeelden die Ebenezer Scrooge erop nahield, de verpersoonlijking van de vrek in Charles Dickens' *A Christmas Carol*.

Om zijn doelen te bereiken, heeft de sociaal entrepreneur kapitaal nodig, en gewoonlijk meer dan een paar miljoen euro. Het meeste geld voor investeringen in ziekenhuizen komt van de BNG (Bank Nederlandse Gemeenten), de grootste kredietverstrekker, van de Nederlandse Waterschapsbank, de Rabobank of ING.¹¹³ Pensioenverzekeraars, zorgverzekeraars en (grote) particuliere partijen doen mee. En deels wordt het benodigde kapitaal uit eigen middelen opgebracht.

In Nederland is er meer dan genoeg kapitaal beschikbaar, weet accountants- en onderzoeksbureau KPMG.¹¹⁴ Toch vindt niet elke

investeerder de zorg een lucratieve sector. Daar zijn redenen voor. In de planeconomische verhoudingen die tot voor kort in de zorg heersten, kreeg elke instelling een vast budget. Via het Waarborgfonds voor de Zorgsector werd elk tekort door de overheid gedekt. Dit systeem had veel weg van een loterij zonder nieten.

De nieuwe situatie met meer marktwerking levert grotere onzekerheden op voor klassieke kapitaalverstrekkers als BNG. Zonder staatsgaranties zijn bestaande leningen minder courant. Door het veranderende speelveld met marktwerking zijn er faillissementsrisico's ontstaan, waarbij de banken eigen vermogen moeten reserveren om dit risico af te dekken. De rendementseisen zijn verhoogd en er moeten grotere buffers worden aanhouden.

Geld lenen wordt moeilijker en duurder. Oude leningen worden riskanter en de opslag op nieuwe leningen neemt toe. De banken zijn kopschuw geworden, de rentepercentages stijgen. Daar komt bij dat het overheidsbeleid niet altijd even betrouwbaar overkomt op investeerders. Een van de politieke onzekerheden betreft de marktwerking in de zorg. Beklijft dit model of maakt een volgend kabinet er snel een einde aan?

Het lijkt een vicieuze cirkel, want door de terughoudende opstelling van de banken dreigen steeds meer zorginstellingen in de knel te komen. Ziekenhuizen hebben moeite hun begrotingen op orde te krijgen. Van de overheid moeten ze bezuinigen. Op hetzelfde moment worden ze geconfronteerd met hogere solvabiliteitseisen en een afwaardering van het vastgoed. Als financiering uitblijft, stevenen sommige huizen af op een faillissement.

3.12 Nieuwe investeerders

De liberalisering in de zorg heeft de weg geplaveid voor risico-ondernemers om in deze sector actief te worden. Maar juist de entrepreneurs die iets in de zorg willen ondernemen, stuiten vaker op afwijzende reacties bij traditionele kapitaalverschaffers.¹¹⁵ Naarstig zijn zij op zoek naar nieuwe investeerders die niet tot het bekende rijtje kredietverstrekkers horen. Mede om deze reden is het tot nu toe bij een handjevol zorgentrepreneurs gebleven. Tegen de verdrukking in zijn er particuliere oogklinieken, orthopedische klinieken, diagnostische centra en hartcentra ontstaan. Dat is een positieve ontwikkeling, al is zij te marginaal.

Zeker, het potentieel is volop aanwezig. Maar mag er dan eerst scherper worden vastgesteld waarom welk geld waaraan wordt besteed?

Terwijl er voldoende aanwijzingen bestaan dat de privaat gefinancierde en geleide zorg beter scoort op kwaliteit en prijs dan traditioneel gefinancierde zorg, durven investeerders het niet aan om de benodigde groei mogelijk te maken.¹¹⁶

Hier kan de overheid een steun in de rug geven. Minister Maxime Verhagen van Economische Zaken, Landbouw & Innovatie heeft aangekondigd, in het kader van het nieuwe bedrijvenbeleid een innovatiefonds te openen ter waarde van een half miljard euro voor het midden- en kleinbedrijf (mkb).¹¹⁷ Veel zorginitiatieven vinden plaats op het niveau van het mkb. Laat het ministerie van VWS dit innovatiefonds steunen, dan kunnen de vernieuwers in de zorg daar ook hun voordeel mee doen. Zo kan er eerder de gewenste dynamiek ontstaan. Want als minister Schippers consequent vasthoudt aan haar belofte dat er aandeelhouders in de zorg worden toegelaten, dan staat de deur wijd open voor grote investeringen uit de particuliere sector.

Tenslotte. De ziekenhuiszorg bestaat uit vrij onderhandelbare zorg en de systeemfuncties. De systeemfuncties moeten stevast worden gegarandeerd en geborgd. De overheid hoort hier eventuele faillissementsrisico's af te dekken. Toch zijn er zelfs op dit gebied kwaliteitsverbeteringen en kostenreducties mogelijk – door te concentreren. Als de zeven Spoedeisende Hulpen in Amsterdam en Amstelveen worden verminderd tot drie SEH's in deze regio, dan kunnen er tientallen miljoenen euro's anders en effectiever worden ingezet. Hetzelfde gaat op voor de kinderoncologie in ons land die in mijn ogen inderdaad beter af is als zij wordt geconcentreerd in één centrum. In beide gevallen kunnen zorgondernemers een cruciale rol spelen.

4 Ziekenhuiszorg: van A naar B

4.1 De trends

De zorgsector is een van de belangrijkste pijlers van de Nederlandse economie. Zorg en industrie behoren tot de koplopers: naar verwachting realiseren beide bedrijfstakken in 2011 een economische groei van 3 procent. Door de vergrijzing blijft de zorg in 2012 stabiel doorgroeien.¹¹⁸ Dan gaat er alleen al in de curatieve zorg bijna 20 miljard euro om. Deze zorg omvat de ziekenhuizen, zbc's en alle vrijgevestigde medisch specialisten.¹¹⁹

Zoals betoogd, vinden er ingrijpende veranderingen plaats in de cure. Het aantal ziekenhuizen neemt af. Er komen meer (oudere) patiënten bij. Deze mensen hebben vaak enkele aandoeningen tegelijk. Per persoon hebben zij intensievere zorg nodig. Dat kost veel geld. Mede door de almaar toenemende technologische mogelijkheden worden de zorgkosten steeds verder opgejaagd.

De overheid wil een dreigende kostenexplosie afremmen. Er is reeds gekort op de ziekenhuizen en de medisch specialisten, maar dat kan niet eindeloos worden herhaald.¹²⁰ Andere bezuinigingen kunnen worden gevonden door het basispakket structureel te verkleinen of de eigen bijdragen te verhogen. Beide maatregelen zijn evenwel politiek omstreden.

De voornaamste impuls om de tering naar de nering te zetten, gaat daarmee uit van ondernemerschap. De ondernemers richten zich op de klant en ze stellen kwaliteit voorop – want anders lopen de patiënten weg. Daarnaast willen ze de kosten verlagen, want anders krijgen ze geen rendement op het risico dat ze lopen.

4.2 Van non-profit naar for profit

De doorslaggevende organisatorische trend in de ziekenhuiszorg is dat het one size fits all-model verdwijnt. De zorg die uitsluitend uit de collectieve middelen wordt betaald (non-profit), wordt aangevuld met anderssoortige vormen van zorgverlening in het ziekenhuis-nieuwe-stijl, de medical mall. Dat is de medische supermarkt waar allerlei zorgproducten worden aangeboden en zorggerelateerde winkeltjes zijn gevestigd (zowel non-profit als for profit).

Neem de systeemfuncties Spoedeisende Hulp en Intensive Care, eigen exploitaties waar voormalige ziekenhuizen goed in zijn. Een apotheekketen of de vestiging in eigen huis van for profit zbc's, zoals Oogziekenhuis Zonnestraal. Denk verder aan de Vermaat groep, een aanbieder van horeca- en retailvoorzieningen in de zorgsector. Dat type dienstverlening is al in veel ziekenhuizen uitbesteed – omdat een familiebedrijf als Vermaat daar beter voor is geëquipeerd. Een ander beproefd onderdeel van de medical mall is de uitbesteding van parkeergelegenheden.

Dit scenario is denkbaar geworden, nu de liberalisering in de zorgsector wordt geïntensiveerd. Dat gebeurt, omdat het kabinet-Rutte zich ervan bewust is dat er alleen extern privaat kapitaal voor de zorg kan worden aangetrokken, als daarmee winst wordt gemaakt.¹²¹ Meer marktdynamiek komt uitsluitend tot stand, zodra er ondernemers en aandeelhouders met privaat kapitaal hun intrede doen in de zorg waarna een zeker rendement kan worden behaald.¹²² Pas dan ontstaat er meer slagkracht, meer perspectief en vertrouwen in eigen kunnen. Door privaat kapitaal aan te spreken, wordt het mogelijk de schaarse publieke middelen anders in te zetten.

Privaat kapitaal gaat hand in hand met waardevermeerdering. Dat vereist een gezonde exploitatie, waardoor er doelmatiger en beter wordt gewerkt.¹²³ Privaat kapitaal kan de publieke en bancaire financiering van zorginstellingen overigens niet volledig vervangen, wel aanvullen. Aangezien de zorg behoefte heeft aan meer dan filantropie, is er bovendien kapitaal nodig dat iets terugvraagt: zorginnovaties, kwaliteitsverbeteringen, een betere patiëntenlogistiek en betere dienstverlening voor een aanvaardbaar rendement.

Bij nieuwe spelregels hoort een andere vorm van aansturing. Meer nog dan de intrapreneur die in een organisatie ondernemende activiteiten verricht, profileert de zorgondernemer zich met nieuwe initiatieven in de zorg. Logisch, hij zit er met zijn eigen geld in. De zorgondernemer kan een focuskliniek beginnen in de vorm van een zbc, of een ziekenhuis oude stijl omvormen tot een medical mall. Met zijn visie en daadkracht laat hij bestaande kliniekjes groeien, waardoor deze zich tot ketens kunnen ontwikkelen.

No-nonsense benadering overheerst bij MC *Groep*

De IJsselmeerziekenhuizen in Lelystad en Emmeloord zijn sinds 2009 geprivatiseerd. Zij horen nu tot de MC *Groep*. De vestiging in Lelystad is omgedoopt tot MC Zuiderzee. Ooit bungelden de voormalige IJsselmeerziekenhuizen aan de rand van de financiële afgrond. Inmiddels schrijven ze zwarte cijfers. Het eerste jaar werd met winst afgesloten en de leningen aan de Nederlandse Staat zijn grotendeels afbetaald.

De organisatie is vereenvoudigd door twee van de vijf bestuurslagen te verwijderen. Platter is het adagium. Het personeelsbestand is afgeslankt; er werd afscheid genomen van 55 managers en van een tiental disfunctionerende medisch specialisten.

Service en doelmatigheid staan voorop. De toegangstijden en wachtlijsten zijn kort. Want een snelle, adequate en hoffelijke dienstverlening is cruciaal voor de kwaliteit van de patiëntenzorg.

De MC *Groep* hanteert de leidraad: 'Dichtbij de patiënt waar het kan - in een gespecialiseerd centrum waar het moet.' De operatiekamers werken er volgens de laatste richtlijnen, maar in eigen huis vinden geen gecompliceerde operaties plaats. Andere ziekenhuizen hebben deze taken overgenomen.

Onderdelen waar andere partijen beter in zijn, zijn geoutsourced (revalidatie, paramedische behandelingen). Verder bestaan er constructieve relaties en samenwerkingen bij oogheelkunde (overgenomen door Oogziekenhuis Zonnestraal), dialyse (ingevuld door het Flevoziekenhuis) en Intensive Care (Tele-IC: samenwerking met het OLVG).

Een no-nonsense benadering overheerst. Personeel wordt pas ingezet na van tevoren bepaalde ratio's. De inkoop is gecentraliseerd en goedkoper geworden. Bestaande contracten werden herzien en er zijn minder leveranciers over. Overtollige ruimte is verhuurd of afgestoten.

Efficiënter gebruik leidt tot lagere energie- en schoonmaakkosten en minder kapitaallasten.

Uitgangspunt van beleid is dat veranderingen altijd gestoeld zijn op

feiten, niet op emoties of overtuigingen. Herhaling, ten tweede, maakt verbetering mogelijk.

Daarvoor geldt de formule Focus x Volume = Kwaliteit ↑ & Kostprijs ↓. Patiënten, ten derde, zijn stevast bereid te reizen als daar een betere kwaliteit en service tegenover staan.

4.3 Slechte vermogenspositie

Het klinkt fraai: investeren in de zorg. Er mag alleen niet worden vergeten, dat Nederlandse ziekenhuizen een relatief laag eigen vermogen hebben van gemiddeld 12 procent. Een te groot deel van de vaste activa is kort gefinancierd.¹²⁴ Bovendien lopen er talloze oude leningen ter waarde van miljarden euro's die ooit tegen gunstige voorwaarden zijn verstrekt. Jarenlang werden deze leningen door het Waarborgfonds gedekt. Door de kredietcrisis moeten banken meer garantievermogen tot hun beschikking hebben en deze zorgportefeuille komt daar nog eens bij. Nu de overheid niet langer garant wil staan voor allerlei overschrijdingen in de zorgsector, worden ziekenhuizen met geldproblemen niet meer automatisch uit de brand geholpen.¹²⁵

Tegelijkertijd moeten de oude leningen tegen scherpere voorwaarden worden geherfinancierd, waardoor de ziekenhuizen duurder uit zijn. Ook de verevening voor zorgverzekeraars gaat op de schop: hogere uitgaven worden niet meer gecompenseerd. Dat levert extra druk en risico op. De zwakke financiële positie heeft tot gevolg dat inefficiënte ziekenhuizen eerder over de kop dreigen te gaan.¹²⁶ Toch is liquidatie van een slecht presterend ziekenhuis lang niet altijd noodzakelijk – vooropgesteld dat er meer marktdynamiek ontstaat.

Intussen stuiten innovatieve zorgondernemers, net als de reguliere ziekenhuisbestuurders, almaar vaker op afwijzende reacties bij de traditionele kapitaalverschaffers. Banken moeten afschrijven op onder meer Grieks staatspapier. Zij houden de knip op de beurs en staan niet te springen om geld uit te lenen.¹²⁷ Onverdroten wordt er gezocht naar andere dan bancaire financiers die in de zorgsector willen investeren. Dat zijn de kapitaalverschaffers die niet tot het bekende rijtje kredietverleners horen. De Van den Endes, de Van Koevinges en de sociaal entrepreneurs die hun kapitaal tegen een reëel rendement willen beleggen in maatschappelijke activiteiten. De vraag is wanneer en waardoor zij over de streep worden getrokken.

4.4 Publiek-private transfer

De belangstelling voor investeringen in de zorgsector kan worden aangewakkerd door een publiek-private transfer. Wat wil dit zeggen? Zodra 'publieke' ziekenhuizen, om welke reden dan ook aan de 'markt'

worden aangeboden, dus overgaan naar het private domein, dient er een ‘waardetransfer’ plaats te vinden. Deze waardetransfer, of verrekening, hoort ten goede te komen aan de publieke sector. Daarmee kan veel publiek geharrewar worden voorkomen. Een ziekenhuis mag nooit gratis in handen vallen van een investeerder. Zodra een instelling vanuit het publieke domein (non-profit) overgaat naar een ondernemer (for profit), dient iedere potentiële vermenging van publieke en private gelden te worden voorkomen. Elk ziekenhuis is opgebouwd met publieke fondsen. De overheid heeft er jarenlang geld in gepompt; belastinggeld, wel te verstaan. Het is veel overtuigender – en transparanter – als een accountant eerst de waarde van het ziekenhuis bepaalt en dat bedrag terug laat storten in het publieke domein. Bij zbc’s speelt deze discussie niet, aangezien ze van meet af aan op for profit-basis zijn opgezet.

Er gebeurt veel meer in de ziekenhuiswereld. Eindelijk maakt de functiegerichte budgettering plaats voor prestatiebekostiging. Het B-segment van redelijk uniform beschreven behandelingen wordt uitgebreid naar 70 procent. De DBC’s, de veel te ingewikkelde diagnose-behandelcombinaties die alle ziekenhuisbehandelingen omvatten, worden als bekostigingssysteem per 1 januari 2012 vervangen door het afgeslankte DOT (DBC op weg naar Transparantie).¹²⁸

Uitstekend, want door deze maatregelen wordt de dynamiek in de zorg vergroot. Nog beter is het als de weinig slagvaardige ziekenhuizen op korte termijn veranderen in toekomstgerichte high-volume netwerken waar ICT en e-health een steeds grotere rol krijgen toebedeeld.¹²⁹ Investerings in ICT, e-learning en e-health vergroten de doelmatigheid en de kwaliteit van zorg. Logistieke en administratieve processen worden erdoor verbeterd. E-learning bevordert het onderwijs aan zorgverleners en patiënten.¹³⁰ En e-health stimuleert de diagnostiek op afstand.

Concentratie, spreiding en specialisatie is een andere prikkel om de zorg op een andere leest te kunnen schoeien. Deze ontwikkeling leidt ertoe dat sommige medisch specialismen, geheel terecht, nog slechts op een beperkt aantal locaties mogen worden uitgeoefend.¹³¹ Door deze focussing moeten zorgprofessionals zich verder specialiseren en taken afstoten. Hun klassieke specialismen maken plaats voor aandoeningsgeoriënteerde specialisaties.

4.5 Dichtbij de patiënt

Zoveel is duidelijk, de toekomst van de curatieve zorg ziet er anders uit. Het uitgangspunt wordt: dichtbij de patiënt waar het kan – in een gespecialiseerd centrum waar het moet. Volgens de literatuur bevat het zorglandschap van de toekomst allereerst meer primaire zorgcentra in de buurt. Veel verschillende ondernemers en professionals hebben er hun eigen praktijk, zoals de huisarts, interne geneeskundigen, cardiologen en geriateren. Deze zorg beschikt over low-tech apparatuur en biedt een hoog serviceniveau.¹³² Zelfdiagnostiek en primaire zorgcentra in de eerste lijn, waar gerichte diagnostiek wordt bedreven, garanderen dat de zorg dicht bij de burger blijft staan.

De algemene ziekenhuizen ontwikkelen zich tot medical malls, zorgsupermarkten die kunnen opgaan in grote landelijke ketens. Daarbinnen ontwikkelen zich de veel kleinere focusklinieken, in het bijzonder de zbc's. Dit zijn de paddestoelen van de zorg: overzichtelijke, eenvoudige klinieken waar de relatief laagcomplexe monodisciplinaire interventies worden geconcentreerd. Soms staat een zbc op zich, een andere keer maakt het deel uit van een concern.¹³³ Laagcomplexe ketens in de tweede lijn staan erom bekend dat er alerter, klantvriendelijk en doelmatig wordt gewerkt.¹³⁴ Procesoptimalisatie staat voorop, de keuze voor hogere volumes is doorslaggevend. De specialisten verrichten er minder behandelingen vaker. Ze doen dat efficiënter, beter, met minder complicaties en infecties, én goedkoper.

Het is hier eerder geconstateerd

Focus x Volume = Kwaliteit ↑ & Kostprijs ↓. Hoe vaker een specifieke medische handeling of ingreep wordt verricht, hoe hoger de kwaliteit en hoe lager de prijs. Voornaamste winst voor de burger is een betere toegankelijkheid, betere kwaliteit van zorg en dienstverlening én betere betaalbaarheid.¹³⁵

4.6 Optimale flexibiliteit

Het geschetste beeld bevestigt het naderende einde van het klassieke ziekenhuismodel. Daar hoeft niet al te rouwig over worden gedaan, want er bestaan genoeg alternatieven om de ziekenhuiszorg anders, slagvaardiger, beter en vriendelijker te organiseren.

Kwalitatief verantwoord en goedkoper dan het reguliere ziekenhuis. In mijn optiek kan dat heel goed in de medical mall, die bij uitstek geschikt is om de transitie van de ziekenhuiszorg van A naar B te voltrekken.

Waarom? Een ziekenhuis moet geen dingen doen die anderen beter kunnen. Neem de zeer geavanceerde Zonnestraal Oogklinieken. Of de catering van de Vermaat groep. Medical malls zijn volgens hetzelfde principe opgezet. Wat de ander beter kan, doe je zelf niet. Sterker: er wordt veel meer aangeboden dan alleen zorg – en dat gebeurt door allerlei aparte bedrijven. De medische supermarkt biedt optimale flexibiliteit. De kleine staf is verantwoordelijk voor de exploitatie, de centrale inkoop, de planning en de opleiding. Toch hoeft die staf niet alles zelf te doen.

Een voorbeeld. De medical mall beschikt over een reeks operatiekamers. Het ok-personeel werkt er volgens gestandaardiseerde protocollen. Maar als een vestiging van Zonnestraal de oogoperaties met eigen personeel en volgens een eigen postoperatief screeningstraject liever in eigen ok's verricht, dan is dat geen probleem. Hetzelfde geldt voor de inkoop, de planning en de opleiding. Zolang de dienstverlening en het kwaliteitsniveau overal optimaal is, is er niets aan de hand. En vanzelfsprekend houden alle onderdelen van de medical mall zich aan de code-Tabaksblat voor goed bestuur.

In de medical mall kunnen vele focusklinieken worden gehuisvest. De DC *Groep* van diagnostische centra past in dit concept. Samen vormen zij een compact netwerk van medische dienstverleners. Uit onderzoek blijkt dat naar schatting twintig monodisciplinaire aandoeningsgroepen geschikt zijn voor kleinschalige praktijken of ondernemingen. Naast de oogaandoeningen gaat het onder meer om huidziekten, aandoeningen aan het bewegingsapparaat en keel-, neus- oorziektes.¹³⁶

Een recent voorbeeld van een samenwerking binnen een systeemfunctie van de medical mall is de intentie-overeenkomst tussen de MC *Groep* en het Nederlandse Kanker Instituut–Antoni van Leeuwenhoek Ziekenhuis. Het doel is patiënten in Flevoland de best mogelijke zorg te geven vanuit de nieuwste inzichten en behandelmethodes.¹³⁷ Dit initiatief kan heel goed binnen het ziekenhuis nieuwe stijl, de medical mall, worden verwezenlijkt.

Tele-IC: patiënt op afstand krijgt topzorg

Het Onze Lieve Vrouwe Gasthuis in Amsterdam, een van de beste ziekenhuizen van Nederland, beschikt over de hoogste kwaliteit zorg op een Intensive Care, level 3 IC. Andere ziekenhuizen zijn minder goed uitgerust. De Intensive Care van MC Zuiderzee in Lelystad bijvoorbeeld heeft slechts 3 bedden level 1 IC. 's Avonds, 's nachts en in de weekeinden is er geen intensivist aanwezig. In het OLVG is dat wel het geval. Daar zijn continu gespecialiseerde verpleegkundigen en intensivisten aan het werk. Een intensivist is een medisch specialist die verder is opgeleid om op een Intensive Care te kunnen werken. Om de zorg op peil te houden, hebben het OLVG en MC Zuiderzee in 2011 een systeem bedacht waarbij IC-patiënten in Lelystad – buiten kantoor tijd – vanuit Amsterdam met Tele-IC in de gaten worden gehouden. Dat gebeurt via digitale audio- en video-verbindingen en met een computergestuurd elektronisch patiëntendossier. Zo wordt topzorg op afstand mogelijk voor ernstig zieke mensen die in Lelystad op de IC liggen. Door deze manier van werken wordt de continuïteit van zorg 24 uur per dag, gedurende 7 dagen per week gewaarborgd. Overdag wordt de patiënt behandeld door een intensivist die in Lelystad werkt. Daarna volgt een intensivist uit het OLVG digitaal en via tv-schermen wat er in Lelystad gebeurt. Met Tele-IC is hij altijd op de hoogte van de bloeddruk, de hartslag en andere relevante medische gegevens. In MC Zuiderzee zijn steeds hoogopgeleide IC-verpleegkundigen aanwezig. Mocht er onverhoopt een acute situatie bij een patiënt ontstaan, dan houdt de intensivist uit Amsterdam het overzicht en geeft hij de medisch specialisten en verpleegkundigen in Lelystad instructies. Patiënten uit Flevoland die voor een levensbedreigende ziekte acuut op een IC moeten worden behandeld, kunnen voortaan ook in MC Zuiderzee terecht, totdat eventueel overplaatsing nodig is.

4.7 Intensieve samenwerking

Uiteraard vergt de intensieve samenwerking met andere zorgverleners binnen de medical mall afstemming, betere contracten en meer 'service level agreements'. Daarin wordt gedetailleerd beschreven wie wat doet, en op welke manier. Met de zorgverzekeraars moeten sluitende afspraken worden gemaakt over de vraag wie wat vergoed krijgt. Over de borging van de kwaliteit dient er een constructief contact te bestaan met zowel de Inspectie voor de Gezondheidszorg als het op te richten Nationaal Kwaliteitsinstituut Gezondheidszorg.

Samenwerking binnen de medical mall vereist, tenslotte, een nieuw paradigma voor de NMa en de NZa. Binnen deze toezichhoudende organisaties moet er anders worden gedacht over marktwerking en misbruik van marktmacht. Daarbij spelen de reisbereidheid, de reisafstand,

e-health en kwaliteitsparameters een belangrijke rol. Erg ingewikkeld allemaal. Maar het is de enige weg.

Indien de geschetste organisatorische vernieuwing doorzet, dan maakt de ‘next generation’ in de curatieve zorg definitief een einde aan het klassieke zorglandschap.¹³⁸ Dat heeft praktische en organisatorische voordelen. Zowel in kwalitatief als in financieel opzicht valt er veel te winnen als de nieuwe indeling in primaire zorgcentra, monodisciplinaire interventies (focusklinieken) en medical malls verder wordt ontwikkeld. Volgens een recente schatting kunnen de kosten in 2025 tegen die tijd met 5 tot 7 miljard euro zijn gedaald op een totaal aan curatieve zorg dat dan naar schatting 33 miljard euro bedraagt.¹³⁹

4.8 Beter zorg tegen een lagere prijs

Een voorwaarde om dit concept uit te voeren en de ontwikkeling van medical malls te bevorderen, is de investeringsbereidheid. Meer en nieuwe innovatieve investeerders moeten hun geld willen beleggen in de zorg. De overheid geeft de mogelijkheden, daarna gaan ondernemers, durfkapitalisten en private equity providers hand in hand op deze sector af.¹⁴⁰ Resultaat? Door strakke businessmodellen toe te passen en risicodragend eigen vermogen in te zetten, kunnen ondernemers en investeerders van buiten een gezonde financiële situatie van de ziekenhuiszorg bewerkstelligen.¹⁴¹ Dat is hard nodig.

Ondernemerschap biedt de ideale voedingsbodem voor innovatie. Volgens Schumpeter is technische innovatie zelfs de enige werkelijke bron van economische groei. Pas als oude processen, denkstructuren, organisaties en bedrijven verdwijnen, treedt het vliegwiel van optimale kwaliteitsverbetering en kostendaling in werking. Alleen dan kan de transformatie naar het nieuwe zorglandschap worden voltooid.

De belangrijkste actoren om deze transformatie te verwezenlijken, zijn de zorgondernemers. In mijn betoog heb ik willen aantonen dat zij hun werk niet uit louter winstbejag doen. Zeker, ook de zorgondernemer wil succes hebben, hij is geen altruïst. Hij wil best een sprintje trekken, maar hij voelt zich pas senang in de rol van marathonloper die over een lange adem beschikt.

De zorgondernemer volhardt. Hij moet talloze hobbels en gevestigde belangen overwinnen om zijn plannen te kunnen uitvoeren. Daarbij staat

voor hem de patiënt centraal, de burger die een zorgconsument wordt en die iets te kiezen wil hebben. De zorgondernemer neemt een maatschappelijke verantwoordelijkheid. Met het instrument dat hij heeft – particuliere investeringen in de zorg – streeft hij een publiek doel na. Betere zorg tegen een lagere prijs.

5 Dankwoord

Aan het eind gekomen van deze rede, wil ik graag enkele mensen danken.

Geachte leden van het College van Bestuur van Nyenrode Business Universiteit en de leden van de benoemingsadviescommissie,
U allen ben ik erkentelijk voor uw aanbeveling en goedkeuring die hebben geleid tot het instellen van de leerstoel en mijn benoeming als hoogleraar. U mag erop rekenen dat ik het ambt met enthousiasme en toewijding zal uitoefenen.

De keuze van Nyenrode Business Universiteit voor ‘Healthcare Entrepreneurship’ geeft blijk van strategisch inzicht. De zorg is toe aan dit type onderwijs en onderzoek. Echter, een visie is stap 1, de uitvoering betreft stap 2 tot 100. Op dit moment zijn er slechts enkele tientallen ondernemers in de zorg, een sector waarin 70 miljard omgaat en 1.2 miljoen mensen actief zijn! Oftewel, er is werk aan de winkel.

Bijzonder dank ben ik verschuldigd aan Willem Stevens die namens Veroz het initiatief heeft genomen tot het instellen van deze leerstoel en mij heeft benaderd voor dit hoogleraarschap. Vanzelfsprekend zal ik me inzetten om jullie initiatief te ondersteunen en tot een succes te maken. Je idee om het domein ‘Healthcare Entrepreneurship’ te claimen is top.

Vele mensen hebben bijgedragen aan het tot stand komen van deze oratie. En aantal wil ik bijzonder danken.

Op de eerste plaats Willem de Boer, ex-topbankier in de zorg. Je kwantitatieve aanpak van de zorg ontmantelt irrationele en politieke krachten en bevordert een rationeel zakelijke aanpak. Ons raakvlak is de de-politisering en ontbureaucratisering van de zorg met als doel een betere, efficiëntere en goedkopere zorg met behoud van maatschappelijke verantwoording. Wat mij betreft verdien je nu al een onderscheiding.

Geen oratie zonder Philip Jan Flach, een voorbeeld van een hipo met juiste achtergrond en opleiding. Je hebt mede door je ‘Porter-’opleiding een

scherp strategisch inzicht ontwikkeld. Daarnaast ben je, zoals alle consultants, handig met PowerPoint. Marketing en sales zijn belangrijk om het kantelende publieke domein inhoudelijk te overtuigen.

Willem Wansink. Jij bedacht de term zorgondernemer in 2006. Zonder jou geen boekje. Dank voor je tijd en stimulerende discussies.

Mijn oude opleiders Paul van Waes en Carl Puylaert hebben me toegang gegeven tot de wereld van de medisch specialistische zorg. Het dankwoord van mijn promotie in 1991 is nog steeds actueel; jullie levensattitude en wijsheid reiken verder dan de opleiding tot specialist. Met veel plezier heb ik 20 jaar de radiologische praktijk uitgeoefend waarbij de OLVG-maten me veel ruimte hebben gegund om het vak te ontwikkelen dat ik nu uitoefen. Hoewel ik met spijt geen actieve radioloog meer ben, gaat er geen dag voorbij zonder de baten van dit metier. Ik weet precies – maar dan ook heel precies – hoe het medisch specialistisch ‘bedrijf’ in elkaar zit.

Met steun van de Raad van Bestuur van het OLVG ziekenhuis (Peter de Groot †) en de maatschap radiologen, (in het bijzonder Eric Jan Haanraads) zijn we in 1995 de eerste 'ZBC' in Nederland gestart. Wie had kunnen - durven denken - dat de ZBC's thans de snelst groeiende sector in Nederland is.

Jaap Maljers, beste Jaap, het oorspronkelijk plan bij oprichting van Plexus om een focuskliniek op te zetten heeft pas nu marktpotentie. We waren niet een beetje – we waren liefst 20 jaar te vroeg! Recent is Plexus onderdeel geworden van het establishment. Jammer, want ook dat is 20 jaar te vroeg.

Eelke van der Veen. Jou ben ik nog steeds dankbaar voor de ‘grijze’ afspraak met Joop Hendriks, die je als bestuurder van ZAO toestond mee te werken aan de oprichting van DCA, in 1995. Ook bij de doorstart van de polder ziekenhuizen heb je op een cruciaal moment een belangrijke rol gespeeld.

Peter van der Meer en Bert van Weelde, het echte spel begon in 2004 in Den Haag (DCH): dank dat jullie het mogelijk gemaakt hebben.

Paul Smits. Een top-intrapreneur in de Nederlandse zorg. Wat een onrecht is je overkomen. Met veel respect heb ik je sinds 2004 actief gezien in de

Rotterdamse zorg. Gebruik je veerkracht; de ontrechte val van Leers in Maastricht is ook door iedereen alweer vergeten.

Anneke Snelder en Jan Tol. Heb helaas vaak weinig tijd voor de uitbouw van de DC Groep. Jullie runnen de tent geweldig. Ons koersdoel voor de komende 5 jaar is 25% groei per jaar met behoud van marge.

De redding van de IJsselmeerziekenhuizen kent vele vaders. Het werkelijke verhaal is dat door toedoen van Norbert Hoefsmit de enige daadkracht van 2 vrouwen kwam, Diana Monissen en Margreet Horselenberg. Zij gaan allebei zonder enig eigenbelang voor de publieke zaak. Bovendien zijn zij wars van conventies. Ze verdienen een standbeeld. Het doorlopen leerproces bij de revitalisering van deze ziekenhuizen is een belangrijke bron van inspiratie voor de leerstoel die ik nu mag bekleden.

De afgelopen jaren heb ik mijn eigen richting gekozen, waarbij de achtergrond van mijn beide ouders het vertrekpunt zijn. Pa, als huisarts oude stempel en moeder Pia als zakelijk brein. Pa, erudiet en top-fit, fijn dat u erbij bent, jammer dat Pia z'on groot deel van ons leven gemist heeft. De nadien doorlopen opleidingen en opgedane ervaring komen samen in mijn huidige functioneren welke als 'helemaal goed' voelt. Ben, hoewel met behoorlijke vertraging, bij het juiste station aangekomen.

Gon voor jou alle superlatieven! Ik ben je dankbaar voor de onvoorwaardelijke steun voor mijn meer dan fulltime tijdsbesteding. Alweer 25 jaar geleden ontmoetten wij elkaar tijdens de radiologie opleiding in het AZU. We delen dezelfde passie voor het vak. Je stimulerende houding geeft veel energie, onder meer voor het aanvaarden van deze leerstoel. Jouw nuchtere kijk en praktische benadering laten geen ruimte voor hoogmoed. Daarnaast zorg je meer dan goed voor onze zonen.

Thomas en Leonard, allebei heerlijke kerels uit één stuk. Ik hoop dat ik jullie voorleef hoeveel voldoening het geeft te doen wat je leuk vindt. De beloning, toeters en bellen komen dan vanzelf. Een prettig vertrekpunt is dat jullie allebei lekker slim zijn, met dank aan je moeder.

Broer Eric. Jij bent een rasechte en briljante ondernemer. Een man met durf, een Macher. Ontelbare discussies hebben we, over wat wel werkt en vooral waarom, maar ook, wat niet werkt en – waarom. Het is een continue poging de nieuwe realiteit in te schatten en op het juiste moment 'in te

stappen'. Eenmaal in business ga je full power rechtdoor om het plan te realiseren. De daad bij het woord voegend, inclusief de tegenvallers van timelines en het bijpassen van stapeltjes facturen. Ik ben je dankbaar voor je raad en daad bij de overstap van 'salary-man' naar mkb-ondernemer en de stap van mkb naar groot bedrijf.

Mijn partners in zaken;

Harry Heinen, jij praat niet maar doet, ook als er jarenlang geld bij moet. Rinus Groeneveld, de 'overname' van de door jou opgerichte en eigenzinnig gerunde Jan van Goyen is een belangrijk breekpunt voor mij geweest. Je hebt veel humor, een scherpe (en ook grote) neus voor inkoop, je bent streetwise en net als Winston Churchill ook op 30 november jarig.

Pieter André de la Porte, de door jou ontwikkelde niche heeft een brede toekomst. Dank voor je alertheid, flexibiliteit en vriendschap.

Hans van Spronsen, er groeit een prachtig bedrijf. Leuk om mee te kunnen doen. Wat mij betreft, is dit pas het prille begin want: waar andere stoppen, gaan wij verder....

Collega's van Nyenrode, Bas van Mierden en Willem Burggraaf. Ik zie uit naar onze verdere samenwerking om Healthcare Entrepreneurship van de grond te tillen, met als doel dat er over 10 jaar meer zorgondernemers dan zorgbestuurders zijn; met als doel een databank van best practices; met als doel om zorgconcepten te bedenken die uitvoerbaar zijn, die beter en goedkoper werken.....

Dames en Heren, ik heb uw aller aanwezigheid zeer gewaardeerd. Dank voor uw aandacht.

Ik heb gezegd.

VOETNOTEN

- 1 Idenburg PJ en Schaik M v.; *Diagnose 2025. Over de toekomst van de Nederlandse gezondheidszorg*, 2010: 32
- 2 Idenburg: 21
- 3 Zorgverzekeringswet, 2005
- 4 CZ contracteert blaaskanker niet meer bij ziekenhuizen. In: *Zorgvisie*, 27 januari 2011; Rosenberg E, Slokdarm in Sneek, buik in Drachten. In: *NRC Handelsblad*, 4 juni 2011
- 5 Kamerbrief Advies NZa inzake invulling B-segment, 26 april 2011
- 6 Idenburg: 71
- 7 Idenburg: 37
- 8 Idenburg: 37
- 9 Idenburg: 132
- 10 Begroting Ministerie van VWS 2010: 181; Idenburg: 145
- 11 Idenburg: 152
- 12 Moerkamp A: *Zorg die loont*, Ministerie van VWS, 2011: 2
- 13 Idenburg: 74, 348. CPB Document Economische Verkenning 2011-2015, maart 2010: 11
- 14 Idenburg: 153
- 15 Moerkamp: 6
- 16 Lodewick L, *Ziekenhuizen veranderen*, 2008: 32
- 17 Lodewick: 33
- 18 Lodewick: 32
- 19 Lodewick: 33
- 20 Lodewick: 36
- 21 Wansink W: *Loek Winter: Ik maak van zand cement*. In: *De verborgen elite*, 2010: 79
- 22 Lodewick: 36
- 23 Brancheorganisaties Zorg, *Zorgbrede Governancecode 2005*: 1-31
- 24 Commissie Health Care Governance (Commissie-Meurs), *Health Care Governance. Aanbevelingen voor goed bestuur, goed toezicht en adequate verantwoording in de Nederlandse gezondheidszorg*, 1999: 1-48
- 25 *Zorgbrede Governancecode 2005*: 3
- 26 *Zorgbrede Governancecode 2005*: 3
- 27 Brancheorganisaties Zorg, *Zorgbrede Governancecode 2010*: 1-60
- 28 *Zorgbrede Governancecode 2010*: 39
- 29 *Zorgbrede Governancecode 2010*: 10
- 30 *Zorgbrede Governancecode 2010*: 39
- 31 Lodewick: 45

- 32 Lodewick: 45
- 33 Lodewick: 162
- 34 Lodewick: 152
- 35 Lodewick: 160
- 36 Gawande A, Complicaties. Notities van een chirurg, 2002: 109
- 37 Lodewick: 130
- 38 Gawande: 78
- 39 Lindhout R: Ziekenhuizen verwaarlozen professionals. In: Het Financieele Dagblad, 25 juli 2011; Disfunctionerende maatschap heeft vrij spel. In: Skipr.nl, 26 juli 2010
- 40 Lodewick: 131
- 41 Haynes, AB, Weiser TG, Berry WR, Lipsitz SR, Breizat AHS, Dellinger EP, et al. A Surgical Safety Checklist to Reduce Morbidity and Mortality in a Global Population, The New England Journal of Medicine, 2009; 360: 491-9
- 42 Haynes: 491
- 43 Vries EN de, Hubert A, e.a. Effect of a Comprehensive Surgical Safety System on Patient Outcomes. In: The New England Journal of Medicine 2010; 363: 1928-37
- 44 Zorg die werkt; de beleidsdoelstellingen van de minister van VWS, 26 januari 2011, kenmerk MC-U-3048431: 1-14
- 45 Zorg die werkt: 12
- 46 Nauta J, Schrijvers G, Verweij M, Verbout A, De zachte lokroep van de focuskliniek, Medisch Contact 2011: 1142-46
- 47 Gaalen, CM van, Evaluatie cataractstraat, 2007: 14
- 48 Nauta: 1142, Skinner W, The focused factory, Harvard Business Review (May-June 1974)
- 49 Gaalen: 14
- 50 Gaalen: 14
- 51 Huiskes N, Schrijvers G, Het zorgpadenboek, 2010: 11
- 52 Huiskes: 20
- 53 Nauta: 1143-44
- 54 Nauta: 1143-44
- 55 Nauta: 1144; Heskett JL, Managing in the service economy, Harvard Business School Press, 1986: 27-9; Davidow WH, Uttal B, Command Performance: the Art of Delivering quality service, Harvard business review book, 1999 (2): 23-4; Heskett J, Shouldice Hospital Limited, Harvard Business School, 9-683-068 revised version June 2, 2003
- 56 Nauta: 1145
- 57 Nauta: 114
- 58 Ikkersheim D: NMa remt kwaliteit en doelmatigheid in ziekenhuizen. In: Skipr.nl, 7 juli 2011; Kuenen JW, Geurts M, Leeuwen W v, Nolst Trenité T: Kiezen voor

- kwaliteit. Portfoliokeuzes van ziekenhuizen zorgen voor hogere kwaliteit en lagere kosten, The Boston Consulting Group, 2010: 12-13; Cancer Values Research: Part two for Cancerbackup. Ipsos Mori Social Research Institute (mei 2007)
- 59 Huiskes: 14
- 60 Gaalen: 14
- 61 Huiskes: 14
- 62 Huiskes: 15
- 63 Huiskes.; 16; Goldratt EM, Cox J. The Goal: A Process of Ongoing Improvement. Nederlandse vertaling: Het doel, 1986
- 64 Huiskes: 17
- 65 Huiskes: 17; Sermeus W, Vanhaecht K, Wat zijn klinische paden, Acta Hospitalia 2002; 3:5-11
- 66 Zelfstandige Behandel Centra, Boer & Croon, 2011: 1-33
- 67 Zbc's: 22, 32
- 68 Zbc's: 11
- 69 Zbc's: 20
- 70 Zbc's: 10, 22
- 71 Zbc's: 22
- 72 Piersma J, Privékliniek komt snel uit de marge van de zorgmarkt. In: Het Financieele Dagblad, 2 december 2009: 3
- 73 Zbc's: 7
- 74 Meeren W v d, Positie van ZBC's in het zorglandschap van de toekomst, 2011: 7
- 75 Zbc's: 26
- 76 Zbc's: 30
- 77 Zbc's: 19, 30
- 78 Deenberg-Wittram J: Schön Klinik at a glance, 2011:1-3
- 79 Netwerkgroep Sociale Innovatie Medical Sciences (SIMS): Sociale Innovatie. Wat levert het mij op?, 2011
- 80 NMA-topman Don wil zorgondernemer ruimte geven. In: Skipr.nl, 15 november 2010
- 81 Poel Pvd: Wet moet winstuitkering in 2013 mogelijk maken. In: Skipr.nl, 12 mei 2011; Nieuw kabinet kiest voor winstuitkering in de zorg. In: Zorgvisie.nl, 30 september 2010
- 82 Regeldruk meer dan verdubbeld na liberalisering. In: Skipr.nl, 28 juli 2011; Lybaart GJ, Heijnen SMM, Klauw D vd: Een multidisciplinair perspectief op marktwerking in de zorg, 2011
- 83 Storey DJ, Green FJ, Small Business and Entrepreneurship, 2010: 22
- 84 Storey: 24
- 85 Storey: 304
- 86 Storey: 125, 264, 305

- 87 Storey: 264
- 88 Say, J-B. [1880] A Treatise on Political Economy: or the Production, Distribution and Consumption of Wealth. Translated by Prinsep CR, Biddle CC, 2001: 35
- 89 Burggraaf W, Flören R, Kunst J (eds), The Entrepreneur & the Entrepreneurship Cycle. 2008: 1-380 (13, 37)
- 90 Burggraaf: 10
- 91 Poiesz T, Caris J, Ontwikkelingen in de zorgmarkt. Een strategische analyse, 2010: 116
- 92 Burggraaf: 11
- 93 Storey: 20,90,91; Blaug M, Great Economists before Keynes,1986:215,216; Schumpeter JA, Capitalism, Socialism and Democracy (1943), Kapitalisme, socialisme en democratie, 1963:91-101
- 94 Burggraaf: 10
- 95 Burggraaf: 17
- 96 Burggraaf: 18
- 97 Burggraaf: 18
- 98 Burggraaf: 262
- 99 Burggraaf: 23
- 100 Burggraaf: 31; Porter M, The competitive advantage of nations, 1990
- 101 Burggraaf: 31; Audretsch DB, Entrepreneurship: A survey of the literature. Prepared for the European Commission, Enterprise Directorate General, 2002
- 102 Burggraaf: 31
- 103 Burggraaf: 258,259
- 104 Burggraaf: 196, 199
- 105 Burggraaf: 198
- 106 Burggraaf: 263
- 107 Burggraaf: 174; Smilor RW: Entrepreneurship: Reflections on a subversive activity. Journal of Business Venturing, Sep 1997, Volume: 12 Issue: 5: 341-346
- 108 Burggraaf: 175
- 109 Burggraaf: 241
- 110 Burggraaf: 242
- 111 Burggraaf: 241
- 112 Burggraaf: 242
- 113 Smolders MH, Otto CJ, Jansen SPL, Nederlandse ziekenhuizen: prognose infaust? Kansen voor private investeringen en de waarde van businessmodellen in de Nederlandse ziekenhuiszorg, 2011: 1-80 (57)
- 114 KPMG: Privaat kapitaal in de zorg: vragen, dilemma's en inschattingen, 2011 (ZKN Jaarcongres 2011): 2
- 115 Smit R, Banken draaien abrupt de geldkraan dicht. In: Het Financieele Dagblad, 9 augustus 2011

- 116 KPMG: 9
- 117 Reactie op de rapporten van de Topteams. Toespraak minister M. Verhagen, 17 juni 2011
- 118 ING Economisch Bureau, Kwartaalbericht Sectoren: Zorg en industrie dragen groei, 25 juli 2011
- 119 Smolders: 10
- 120 Smolders: 12
- 121 Regeerakkoord kabinet-Rutte, 2010
- 122 Algemene ziekenhuizen in financiële nood. Overheidsinterventie heroverwogen, Persbericht CPB, 25 juli 2011
- 123 Smolders: 8
- 124 Smolders: 50
- 125 Olsthoorn S: Risico op onnodig failliet ziekenhuizen. In: Het Financieele Dagblad, 1 augustus 2011: 3
- 126 Kocsis V, Koning P, Mot E: General hospitals in financial distress. Reconsidering government intervention, CPB Background Document, 2011: 1-55
- 127 Smit, 9 augustus 2011
- 128 Regeerakkoord; Smolders: 9, 10, 59
- 129 Roon J v, Wullink G, Jansen R: Van instituten naar netwerken. Boer & Croon, 2010 1-69
- 130 Smolders: 11
- 131 Poel P vd, Akkoord brengt ziekenhuis in schootsveld NMa. In: Skipr.nl, 5 juli 2011; Don H: Concentratie ziekenhuizen mag van NMA. In: Het Financieele Dagblad, 11 juli 2011; Henk Don: NMa staat concentratie niet in de weg. In: Skipr.nl, 12 juli 2011
- 132 Roon: 28, 18, 19
- 133 Roon: 8, 14
- 134 Roon: 8
- 135 Roon: 14, 15
- 136 Roon: 20
- 137 MC *Groep* en NKI-AVL tekenen contract. In: Skipr, 2 augustus 2011
- 138 Roon: 24
- 139 Roon: 40
- 140 Roon: 49
- 141 Smolders: 6

Literatuur- en bronnenlijst

Audretsch DB, Entrepreneurship: A survey of the literature. Prepared for the European Commission, Enterprise Directorate General, Brussels, 2002

Blaug M, Great Economists before Keynes. An Introduction to the Lives and Works of One Hundred Great Economists of the Past, Brighton, 1986

Boer & Croon, Zelfstandige Behandel Centra. Kwaliteit van zorg, efficiëntie en innovatiekracht, Amsterdam, 17 februari 2011

Bos W, Privaat kapitaal in de zorg: vragen, dilemma's en inschattingen (ZKN Jaarcongres Voor zorg die loont), 7 juni 2011, KPMG, Amstelveen, 2011

Burggraaf W, Flören R, Kunst J (eds), The Entrepreneur & the Entrepreneurship Cycle, Assen, 2008

Cancer Values Research: Part two for Cancerbackup. Ipsos Mori Social Research Institute, London, mei 2007

Commissie Health Care Governance (Commissie-Meurs), Health Care Governance. Aanbevelingen voor goed bestuur, goed toezicht en adequate verantwoording in de Nederlandse gezondheidszorg, Den Haag, 1999

Deerberg-Wittram J, Schön Klinik at a glance, Prien, 2011

Don H, Concentratie ziekenhuizen mag van NMA. In: Het Financieele Dagblad, 11 juli 2011

Don H, NMa staat concentratie niet in de weg. In: Skipt, 12 juli 2011

CPB, Algemene ziekenhuizen in financiële nood. Overheidsinterventie heroverwogen, Den Haag, 25 juli 2011

CPB Document 203: Economische Verkenning 2011-2015, Den Haag, maart 2010

Galen CM v, Evaluatie cataractstraat. Een onderzoek naar de doelmatigheid en patiënttevredenheid ten aanzien van de cataractstraat in het Oogziekenhuis Rotterdam, Rotterdam, 2007

Gawande A, Complicaties. Notities van een chirurg. Amsterdam, 2006

Haynes, AB, Weiser TG, Berry WR, Lipsitz SR, Breizat AHS, Dellinger EP, et al. A Surgical Safety Checklist to Reduce Morbidity and Mortality in a Global Population, *The New England Journal of Medicine*, 2009

Goldratt EM, en Cox J *The Goal: A Process of Ongoing Improvement*, 1992. Geraadpleegd Nederlandse versie (Het Doel), Houten, 2007

Huiskes N, en Schrijvers G, *Het zorgpadenboek. Voorbeelden van goede ziekenhuiszorg*, Amsterdam, 2010

Idenburg PJ, en Schaik CM v, *Diagnose 2025. Over de toekomst van de Nederlandse gezondheidszorg*, Den Haag, 2010

Ikkersheim D, NMA remt kwaliteit en doelmatigheid in ziekenhuizen. In: *Skipr*, 7 juli 2011

ING Economisch Bureau, *Kwartaalbericht Sectoren: Zorg en industrie dragen groei*, Amsterdam, 25 juli 2011

Kocsis V, Koning P, en Mot E, *General hospitals in financial distress. Reconsidering government intervention*, CPB Background Document, Den Haag, 2011

Kruijff E de, *Sociale Innovatie. Wat levert het mij op?* Sociale Innovatie Medical Sciences (SIMS), Nefarma, Den Haag, 2011

Kueneen JW, Geurts M, Leeuwen W v, Nolst Trenité T, *Kiezen voor kwaliteit. Portfoliokeuzes van ziekenhuizen zorgen voor hogere kwaliteit en lagere kosten*, The Boston Consulting Group, Amsterdam, mei 2010

Lindhout R, *Ziekenhuizen verwaarlozen professionals*. In: *Het Financieele Dagblad*, 25 juli 2011

Lodewick L *Ziekenhuizen veranderen*, Maastricht, 2008

Lybaart GJ, Heijnen SMM, Klauw D vd: *Een multidisciplinair perspectief op marktwerking in de zorg*, Utrecht, 2011

Ministerie VWS, *Begroting Den Haag*, 2010

Moerkamp A: *Zorg die loont*, Ministerie VWS, Jaarcongres ZKN, Den Haag, juni 2011

Nauta J, Schrijvers G, Verweij M, Verbout A, *De zachte lokroep van de focuskliniek*, *Medisch Contact* 2011, nr 18

- Olsthoorn S, Risico op onnodig failliet ziekenhuizen. In: Het Financieele Dagblad, 1 augustus 2011
- Piersma J, Privékliniek komt snel uit de marge van de zorgmarkt. In: Het Financieele Dagblad, 2 december 2009
- Poel P vd, Wet moet winstuitkering in 2013 mogelijk maken. In: Skopr 12 mei 2011
- Poel P vd, Akkoord brengt ziekenhuis in schootveld NMa. In: Skopr, 5 juli 2011
- Poiesz T, Caris J, Ontwikkelingen in de zorgmarkt. Een strategische analyse, Deventer, 2010
- Porter ME, The competitive advantage of nations, New York, 1990
- Roon J v, Wullink G, Jansen R: Van instituten naar netwerken. Boer & Croon, Amsterdam, 2010
- Rosenberg E, Slokdarm in Sneek, buik in Drachten. In: NRC Handelsblad, 4 juni 2011
- Say JB [1880]. A Treatise on Political Economy: or the Production, Distribution and Consumption of Wealth. Translated by Ch.R. Prinsep, Editor C.C. Biddle, Philadelphia, 2001
- Schippers EI, Kamerbrief Zorg die werkt. De beleidsdoelstellingen van de minister van VWS, Ministerie VWS, Den Haag, 26 januari 2011
- Schippers EI, Kamerbrief Advies NZa invulling B-Segment,, Ministerie VWS, Den Haag, 26 april 2011
- Schippers EI, Kamerbrief Zorg die loont, Ministerie VWS, Den Haag, 14 maart 2011
- Sermeus W, Vanhaecht K, Wat zijn klinische paden, Acta Hospitalia 2002
- Skinner W, The focused Factory. In: Harvard Business Review, mei 1974
- Smilor RW: Entrepreneurship: Reflections on a subversive activity. Journal of Business Venturing, Sep 1997, Volume: 12 Issue: 5

Smolders MH, Otto CJ, Jansen SPL, Nederlandse ziekenhuizen: prognose infaust? Kansen voor private investeringen en de waarde van businessmodellen in de Nederlandse ziekenhuiszorg, Rotterdam, 2011

Schumpeter JA. Capitalism, Socialism and Democracy, New York, 1943

Skipr.nl, 26 juli 2010: Disfunctionerende maatschappij heeft vrij spel

Skipr.nl, 15 november 2010: NMA-topman Don wil zorgondernemer ruimte geven

Skipr.nl, 28 juli 2011: Regeldruk meer dan verdubbeld na liberalisering

Skipr.nl, 2 augustus 2011: MC Groep en NKI-AVL tekenen contract

Smit R, Banken draaien abrupt de geldkraan dicht. In: Het Financieele Dagblad, 9 augustus 2011

Storey DJ, Green FJ, Small Business and Entrepreneurship, Harlow, 2010

Verhagen M, Reactie op de rapporten van de Topteams. Ministerie van Economische Zaken, Landbouw en Innovatie, Den Haag, 17 juni 2011

Vries EN de, Hubert A, e.a., Effect of a Comprehensive Surgical Safety System on Patient Outcomes. In: The New England Journal of Medicine 2010

Vrijheid en verantwoordelijkheid. Regeerakkoord VVD-CDA (kabinet Rutte), Den Haag, september 2010

Wansink W, De Verborgene Elite. 20 gesprekken met dienende bestuurders, Houten, 2010

Zorgbrede Governancecode. Brancheorganisaties Zorg, Utrecht, 2005

Zorgbrede Governancecode. Brancheorganisaties Zorg, Utrecht, 2010

Zorgverzekeringswet 2005 per koninklijk besluit 9 december 2005 op voordracht van minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Den Haag, 2005

Zorgvisie.nl, 30 september 2010: Nieuw kabinet kiest voor winstuitkering in de zorg



NYENRODE BUSINESS UNIVERSITEIT



In zijn oratie als hoogleraar ‘Healthcare Entrepreneurship’ aan de Nyenrode Business Universiteit beschrijft professor Loek Winter de snelle veranderingen in de gezondheidszorg. Het ziekenhuis zoals iedereen het kent, gaat op de schop. In zijn rede ‘Zorgondernemerschap als therapie’ pleit Winter voor de medische supermarkt, de ‘medical mall’. Een medical mall is een combinatie van de zorg in een klassiek ziekenhuis, zoals verloskunde en

Spoedeisende Hulp en kleine gespecialiseerde ‘focusklinieken’, die heel goed zijn in één type behandeling zoals oogheelkunde of dermatologie. De patiënt wordt snel, vakkundig en goedkoper geholpen. Net als op Schiphol kan het in de medische supermarkt, waar je van alles kunt krijgen, ook leuk zijn.

In tijden van economische krimp breekt Winter een lans voor private investeringen in de zorg. Meer marktdynamiek komt uitsluitend tot stand, zodra ondernemers en aandeelhouders met privaat kapitaal aan de slag kunnen in deze snel groeiende economische bedrijfstak.

Leonardus Hendrikus Lambertus Winter (Voerendaal, 1959) is zorgondernemer. Hij werd opgeleid tot arts en radioloog. In 1991 promoveerde hij op het onderzoek ‘Chest Radiology, A Cost Benefit Analysis’. Jarenlang was Winter als radioloog en opleider verbonden aan het Onze Lieve Vrouwe Gasthuis. In 1995 richtte hij zijn eerste diagnostisch centrum op, DC Amsterdam. Hij is bestuursvoorzitter van de DC Groep, een keten van negen diagnostische centra. In 2009 neemt Winter de noodlijdende IJsselmeerziekenhuizen in Lelystad en Emmeloord over. Zij horen tot de MC Groep.