

Toezicht houden op veranderingen in governance

Ziekenhuisfusies en het
medisch specialistisch bedrijf

David de Kam, MSc

Dr. Marianne van Bochove

Prof. dr. Roland Bal

Colofon

Toezicht houden op veranderingen in governance: ziekenhuisfusies en het medisch specialistisch bedrijf.

David de Kam, MSc
Dr. Marianne van Bochove
Prof. dr. Roland Bal

Dit onderzoek is uitgevoerd in de Academische Werkplaats Toezicht. In deze werkplaats werken samen ZonMw, de IGZ en vier kennisinstituten: IQ healthcare (RadboudUmc), Erasmus School of Health Policy & Management (Erasmus Universiteit Rotterdam), NIVEL (Utrecht) en EMGO+ (VUmc). In de Academische Werkplaats Toezicht wordt een door ZonMw gefinancierd onderzoeksprogramma uitgevoerd naar de effectiviteit van toezicht en de determinanten daarvan. Doel van het onderzoek is een bijdrage te leveren aan de verbetering en vernieuwing van het toezicht.

Uitgever

Marketing & Communicatie ESHPM

Publicatiedatum

Rotterdam, september 2017

www.eur.nl/eshpm

Woord vooraf

De afgelopen jaren is er vanuit de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ of Inspectie) steeds meer aandacht voor de interne governance van zorgorganisaties. Met interne governance doelen we op de in een organisatie aanwezige bestuursstructuur en de samenhang die deze vertoont met het interne toezicht daarop. Het toezichtkader dat de Inspectie recent ontwikkelde in samenwerking met de Nederlandse Zorgautoriteit, *Toezicht op Goed Bestuur* (2016), is daar een mooi voorbeeld van. De toegenomen aandacht van de Inspectie komt voort uit het idee dat grote veranderingen in de toezichts- en bestuursstructuur van een zorgorganisatie gevolgen kunnen hebben voor de geleverde kwaliteit en veiligheid van zorg.

Fusies en (de oprichting van) het medisch specialistisch bedrijf (MSB) zijn twee grote veranderingen waar een aanzienlijk aantal ziekenhuizen recent mee te maken hebben gehad. Wat de gevolgen van deze veranderingen zijn voor de kwaliteit van de geleverde zorg laat zich echter moeilijk voorspellen en kan ook nadien lastig vast te stellen zijn. Daardoor kan het voor de Inspectie moeilijk zijn om effectief toezicht te houden op ziekenhuisfusies en het MSB. De IGZ heeft Erasmus School of Health Policy & Management (ESHPM) verzocht om te evalueren in hoeverre het toezicht van de Inspectie op ziekenhuisfusies en het MSB door verschillende betrokken partijen als effectief wordt ervaren en welke mogelijkheden er zijn om de effectiviteit van dit toezicht te verbeteren.

We hebben in ons onderzoek aandacht voor de wijze waarop verschillende partijen denken over de mogelijke risico's die ziekenhuisfusies en (de oprichting van) het MSB vormen voor de kwaliteit van zorg. Ook staan we stil bij de wijze waarop het toezicht op ziekenhuisfusies en het MSB nu is ingericht en verkennen we, samen met de betrokken partijen, alternatieven voor het huidige toezicht.

We willen onze respondenten hartelijk bedanken voor hun bereidheid ons te woord te staan en om hun inzichten met ons te delen. Daarnaast willen we ook de leden van de begeleidingscommissie en andere betrokkenen vanuit de IGZ bedanken. We hebben veel gehad aan hun commentaar op eerdere versies van dit eindrapport.

Rotterdam, september 2017

Samenvatting

Bestuurlijke veranderingen in de ziekenhuissector hebben de afgelopen jaren veel aandacht gekregen, niet alleen binnen de sector zelf, maar ook in het politieke en publieke debat. In ons onderzoek richten we ons op twee vormen van bestuurlijke verandering: fusies tussen ziekenhuizen en de introductie van het medisch specialistisch bedrijf (MSB). De gevolgen van bestuurlijke veranderingen voor de geleverde zorg zijn van tevoren vaak moeilijk te voorspellen en achteraf ook niet altijd duidelijk vast te stellen. Niet alleen betrokkenen binnen ziekenhuizen krijgen met deze onzekerheid te maken, ook externe toezichthouders zoals de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ of Inspectie), worden hiermee geconfronteerd. In dit onderzoek zoeken we een antwoord op de vraag hoe de IGZ en stakeholders in ziekenhuizen aankijken tegen de gevolgen van bestuurlijke verandering voor de kwaliteit en veiligheid van zorg en proberen daaruit lessen te trekken voor het toezicht van de IGZ.

De vraag die in dit onderzoek centraal staat luidt:

Hoe houdt de IGZ toezicht op kwaliteit en veiligheid van zorg in het geval van bestuurlijke veranderingen in ziekenhuizen, in hoeverre wordt dit toezicht door verschillende betrokken partijen als effectief ervaren en welke mogelijkheden zijn er om de effectiviteit van dit toezicht te verbeteren?

We zijn ons onderzoek gestart met een literatuurstudie naar wat er al bekend is over de relatie tussen fusies en het MSB en (toezicht op) kwaliteit en veiligheid van zorg. Daarnaast hebben we verkennende interviews gehouden met deskundigen op het gebied van ziekenhuisfusies en het MSB. Vervolgens hebben we ons gericht tot de hoofdrolspelers van deze studie: toezichthouders vanuit de Inspectie en diverse betrokkenen vanuit drie recent gefuseerde ziekenhuizen.

Toezicht op fusies en het medisch specialistisch bedrijf

Wanneer een ziekenhuis fuseert, is de Inspectie op twee momenten betrokken: voorafgaand wanneer de fusie getoetst wordt en na de effectuering van de fusie. Sinds 1 januari 2014 is de *Zorgspecifieke fusietoets* van kracht, die inhoudt dat zorginstellingen die voornemens zijn te fuseren hiervoor toestemming moeten krijgen van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa). Daarnaast moet ook een fusie in de zorg goedgekeurd worden door de Autoriteit Consument & Markt (ACM). De NZa kan de IGZ verzoeken om een zienswijze af te geven over wat de voorgenomen fusie volgens haar zou betekenen voor de kwaliteit en veiligheid van zorg. Uit ons onderzoek blijkt dat de IGZ zich niet in staat ziet om dergelijk inzicht te geven in de gevolgen van de fusie voor de kwaliteit en veiligheid van zorg. Hiervoor voert ze aan dat 1) ze te weinig tijd heeft om in de huidige procedure te komen tot een zienswijze, maar, belangrijker, 2) de gevolgen van een fusie voor kwaliteit en veiligheid van zorg onmogelijk te voorspellen zijn. Uit ons literatuuronderzoek naar de effecten van fusies op kwaliteit van ziekenhuiszorg blijkt weliswaar dat fusies ingrijpende gebeurtenissen zijn voor zorginstellingen, maar er is geen duidelijk bewijs dat fusies negatieve of positieve effecten hebben op de kwaliteit van zorg. Als er eenmaal groen licht is gegeven voor de fusie door de ACM en NZa, dan volgt de IGZ fusieziekenhuizen volgens haar reguliere toezicht, mogelijk met 'extra aandacht', bijvoorbeeld in de vorm van additionele toezichtsbezoeken. Waar betrokkenen vanuit ziekenhuizen een fusie zien als kans om de kwaliteit van zorg te verbeteren—bijvoorbeeld door te leren van elkaar—ziet de Inspectie een fusie voornamelijk als een mogelijk risico voor de kwaliteit van zorg. Volgens de IGZ zijn ziekenhuizen vaak erg druk met het proces van fuseren en veelal intern gericht, waardoor de aandacht voor kwaliteit en veiligheid kan verslappen. Ook wijzen ze specifiekere risico's aan, bijvoorbeeld de risico's die kunnen ontstaan als personeel wordt uitgewisseld tussen twee fusielocaties.

Geïntroduceerd op 1 januari 2015, als respons op de integrale bekostiging, zijn de medisch specialistische bedrijven jonge organisaties die zich nog aan het ontwikkelen zijn. Daar waar bij fusies helder lijkt welke risico's er mogelijk spelen, lijkt hier bij het MSB meer onzekerheid over te bestaan. Het MSB wordt wisselend voorgesteld als 1) een structureel risico door de gewijzigde verhouding tussen de Raad van Bestuur en medisch specialisten, 2) een tijdelijk risico voor zover het MSB een nog 'onvolwassen organisatie' is, 3) slechts een voortzetting van de bestaande verhoudingen, waarmee er feitelijk niets wijzigt en 4) een kans om de kwaliteit en veiligheid van zorg te verbeteren. Empirisch bewijs voor een van deze perspectieven is (nog) niet voorhanden.

Uit ons onderzoek blijkt dat de Inspectie in haar toezicht op fusies en het MSB voornamelijk leunt op het incidententoezicht, waarbij de Inspectie ingrijpt als er zich incidenten of calamiteiten voordoen. Zo stelt de Inspectie dat fusietoezicht vanuit kwaliteitsperspectief pas mogelijk is na effectuering van de fusie. De Inspectie wenst daarbij haar toezicht te baseren op 'harde signalen', wat reactief toezicht impliceert. Dit botst met het proactieve karakter van de *Zorgspecifieke fusietoets*. Ook voor het MSB geldt dat de Inspectie wel degelijk risico's ziet voor de kwaliteit en veiligheid van zorg, maar ze ziet nog geen mogelijkheid om in te grijpen, omdat er zich tot op heden nog geen MSB-gerelateerde incidenten hebben voorgedaan. De respectievelijke onzekerheid waarmee een fusie en het MSB omgeven zijn—een fusie kan leiden tot betere zorg, maar het kan ook een risico vormen voor de kwaliteit van zorg en daar het MSB zich nog aan het ontwikkelen is kan nog niet gezegd worden in welke mate het een kans of een gevaar vormt voor de kwaliteit van zorg—maakt dat de IGZ inzet op een reactief toezichtsrepertoire en wordt een proactief, risico-gebaseerd toezichtsrepertoire als onvoldoende 'hard' of passend beschouwd.

Alternatief toezicht op fusies en het MSB

In ons onderzoek bevragen we het huidige toezichtsrepertoire en geven we een aanzet voor een alternatief, proactief toezichtsrepertoire gericht op bestuurlijke veranderingen in zorginstellingen. Dit toezichtsrepertoire neemt als vertrekpunt het idee dat de onzekerheid rondom een fusie en het MSB niet direct weggenomen kan worden en zoekt in plaats daarvan naar mogelijkheden om ook in onzekere situaties toezicht te kunnen houden.

Zo stellen we een alternatieve invulling van de rol van de Inspectie voor ten tijde van de fusietoetsing. Waar de Inspectie haar rol nu voornamelijk ziet als een waarin ze gevraagd wordt de gevolgen van een fusie te voorspellen wat betreft de kwaliteit en veiligheid van zorg, stellen wij ons de Inspectie voor als een gesprekspartner die ziekenhuizen al vroegtijdig kan wijzen op het belang van continue aandacht voor kwaliteit en veiligheid gedurende het fusietraject. Zo kan de Inspectie fusieziekenhuizen vragen om prospectieve risicoanalyses te maken gerelateerd aan de fusieplannen van het ziekenhuis. Dit opent naar ons idee een dialoog waarbinnen er ruimte is voor lokale en gesitueerde oplossingen; omdat elk ziekenhuis en elk fusietraject een eigen verhaal kent, zal de prioritering van de risico's binnen een fusietraject voor elk ziekenhuis anders worden ingevuld. Ook kan de Inspectie voorwaarden formuleren waaraan het ziekenhuis zich gedurende het fusietraject dient te houden en waar de Inspectie op kan toezien. Daarmee krijgt ook het verdere fusietoezicht meer vorm, waarbij dit voortvloeit uit de eerder geïdentificeerde risico's en geformuleerde voorwaarden.

Met betrekking tot het MSB wijzen we op de noodzaak om binnen het thema 'goed bestuur' het gesprek aan te blijven gaan met het bestuur over (de ontwikkeling van) het MSB. Deze aanbeveling wordt ingegeven door de herkenning dat het MSB zich zal blijven ontwikkelen. De destijds door de inspectie ontwikkelde Zelftest kan worden gebruikt en eventueel worden doorontwikkeld om aan de hand hiervan het gesprek over het MSB met ziekenhuizen open te houden en te structureren. De Zelftest functioneert dan niet direct als checklist of norm, maar als een handvat om in dialoog te treden en te blijven met de instellingen en het veld. Het past een reflexieve toezichthouder om zich bij de toekomstige ontwikkeling van het MSB af te vragen of een herdefiniëring van haar rol gewenst is. Hierbij is het van belang om op te merken dat het toezicht daarbij niet alleen gericht is op het MSB-construct *an sich*, maar meer nog op de wijze waarop het MSB raakt aan de bredere verhouding tussen medisch specialisten en de Raad van Bestuur en de verhouding tussen medisch specialisten in loondienst en medisch specialisten verenigd in een MSB.

Ten slotte stellen we dat de Inspectie zich ook meer vooraan in de discussie rondom bestuurlijke veranderingen in de zorg mag positioneren en hierover actiever haar kennis mag delen met andere partijen. Zo kan de Inspectie binnen de gesprekken met fusieziekenhuizen de kennis die ze de afgelopen jaren heeft opgedaan over fusietrajecten en hoe deze mogelijk een bedreiging vormen voor kwaliteit en veiligheid delen, maar dit kan ze ook doen door middel van overkoepelende publicaties, waarin ze veldpartijen kan wijzen op terugkerende risico's bij fusietrajecten of het MSB en mogelijke *best practices* om deze het hoofd te bieden.

Inhoudsopgave

1.	Inleiding	7
1.1	Aanleiding voor het onderzoek	7
1.2	Vraagstelling	8
1.3	Doelstelling	9
1.4	Leeswijzer	9
2.	Methode	10
2.1	Literatuurstudie	10
2.2	Veldonderzoek	10
2.2.1	Verkennde interviews met deskundigen	10
2.2.2	Interviews met toezichthouders betrokken bij de voorfase van ziekenhuisfusies	10
2.2.3	Interviews met inspecteurs van de IGZ	10
2.2.4	Interviews met stakeholders binnen drie geselecteerde ziekenhuizen	11
2.2.5	Observatie tijdens het congres 'Medisch Specialistisch Bedrijf: Genezen en Besturen Combineren!'	11
2.3	Begeleidingscommissie	11
3.	Literatuurstudie	12
3.1	Onderzoek naar de motieven voor ziekenhuisfusies	12
3.2	Onderzoek naar de gevolgen van fusies voor kwaliteit van zorg	13
3.2.1	Een uitkomstgerichte benadering: de gevolgen van fusies op basis van kwaliteitsindicatoren	13
3.2.2	Een procesgerichte benadering: kwaliteitsgerelateerde aandachtspunten tijdens de fusie	14
3.3	Onderzoek naar de kenmerken en gevolgen van het MSB	15
3.4	Conclusie	16
4.	De rol van de IGZ bij fusietoetsing	18
4.1	Huidige rol van de IGZ in de fusietoetsing	18
4.2	Alternatieve rol voor de IGZ in voorfase	24
5.	Toezicht na effectuering van de fusie	28
5.1	De relatie tussen fusies en kwaliteit en veiligheid van zorg, volgens de IGZ	28
5.2	Hoe een fusie specifieke risico's in zich draagt voor de kwaliteit en veiligheid van zorg	29

5.3	De relatie tussen fusies en kwaliteit en veiligheid van zorg, volgens de fusieziekenhuizen	32
5.4	Toezicht op fusieziekenhuizen	34
5.5	Alternatieve wijze van toezicht tijdens fusies	35
6.	Gevolgen van het MSB voor (toezicht op) kwaliteit	37
6.1	Opvattingen over de relatie tussen MSB en kwaliteit van zorg	37
6.1.1	MSB als structureel risico	37
6.1.2	MSB als tijdelijk risico	39
6.1.3	MSB als voortzetting status quo	40
6.1.4	MSB als kans	40
6.2	Gevolgen van het MSB voor het toezicht van de IGZ	41
6.3	Alternatieve wijze van toezicht op het MSB	43
7.	Conclusies en aanbevelingen	45
7.1	Samenvattende conclusies	45
7.1.1	Resultaten literatuuronderzoek	45
7.1.2	Resultaten veldonderzoek	46
7.2	Een alternatieve kijk op toezicht op bestuurlijke veranderingen	49
7.2.1	Toezicht en onzekerheid	50
7.2.2	Experimentele sturing en reflectief toezicht	51
7.3	Aanbevelingen	53
8.	Literatuurlijst	57
9.	Bijlage 1: Overzicht respondenten	60
10.	Bijlage 2: Leden van de begeleidingscommissie	61

1. Inleiding

1.1 Aanleiding voor het onderzoek

Bestuurlijke veranderingen in de ziekenhuissector hebben de afgelopen jaren veel aandacht gekregen, niet alleen binnen de sector zelf, maar ook in het politieke en publieke debat. In dit rapport richten we ons op twee vormen van bestuurlijke verandering: fusies tussen ziekenhuizen en de introductie van het medisch specialistisch bedrijf. De gevolgen van bestuurlijke veranderingen voor de geleverde zorg zijn van tevoren vaak moeilijk te voorspellen en achteraf ook niet altijd duidelijk vast te stellen. Niet alleen betrokkenen binnen ziekenhuizen krijgen met deze onzekerheid te maken, ook externe toezichthouders zoals de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ of Inspectie) worden hiermee geconfronteerd. In dit onderzoek zoeken we een antwoord op de vraag hoe de IGZ en stakeholders in ziekenhuizen aankijken tegen de gevolgen van bestuurlijke verandering voor de kwaliteit en veiligheid van zorg en proberen we daaruit lessen te trekken voor het toezicht van de IGZ.

De gevolgen van ziekenhuisfusies zijn een voorbeeld van een thema waarover veel partijen een mening hebben, maar waarover maar weinig feiten bekend zijn. Op basis van de geschiedenis van het overheidsbeleid kunnen we stellen dat schaalvergroting soms wordt gestimuleerd vanwege voordelen als efficiencywinst (Postma 2015), om het op andere momenten weer “een voorlopig halt toe te roepen” (Staatssecretaris Simons in 1992, geciteerd in Varkevisser & Schut 2010: 7). “Fuseren om het fuseren” (Minister Schippers in 2014, NOS.nl) wordt niet wenselijk geacht omwille van de mogelijk negatieve gevolgen voor de prijs en kwaliteit van zorg. Argumenten voor en tegen ziekenhuisfusies zijn de afgelopen jaren weer veel voorbij gekomen in gedrukte en online media. Veel ziekenhuizen zijn momenteel betrokken bij een fusie, hebben die recent achter de rug, of hebben de wens in de nabije toekomst te fuseren. Dit leidde tot krantenkoppen als ‘NZa: Veel ziekenhuisfusies ongewenst’ (Financieel Dagblad, 17-4-2015), in reactie op verwachte of geconstateerde prijsstijgingen, en tegenreacties als ‘Prijzen rijzen echt niet uit de pan, beloven gefuseerde ziekenhuizen’ (de Volkskrant, 24-4-2015). Naast de prijs van zorg, wordt ook de kwaliteit van zorg gebruikt als argument door voorstanders—‘Fusies moeten zorg in de regio Den Haag verbeteren’ (Algemeen Dagblad, 4-10-2014)—en critici, die bijvoorbeeld wijzen op “communicatieve nadelen” die patiënten zullen ondervinden (NRC Handelsblad, 17-4-2015). Recent pleitte KPMG nog voor grote(ere) ziekenhuizen, omdat het kunnen (blijven) leveren van complexe curatieve zorg vraagt om grote investeringen, die alleen grote ziekenhuizen kunnen doen. In het stuk, met de titel ‘Groter moet’, stelt KPMG dat de “strakke kaders van de Mededingingswet [de zorg in Nederland] veroordelen tot blijven hangen in de vorige eeuw” (Skipr.nl, 20-09-2016).

Ook de invoering van de integrale bekostiging in januari 2015 heeft veel stof doen opwaaien, maar dan vooral binnen de zorgsector. Met de invoering van de integrale bekostiging werd het specialistenhonorarium integraal onderdeel van het ziekenhuisbudget. De verwachting vooraf was dat veel specialisten met deze verandering zouden overstappen naar een loondienstverband, maar inmiddels is gebleken dat de meeste specialisten zich hebben verenigd in een medisch specialistisch bedrijf (MSB) (KPMG 2015: 27). In een MSB is een collectief van medisch specialisten verenigd in één maatschap, waarmee het ziekenhuis vervolgens een samenwerkingsovereenkomst sluit. De individuele medisch specialist heeft op zijn/haar beurt een maatschapsovereenkomst met het MSB. De rationale om te kiezen voor het MSB (in plaats van voor loondienst, de oprichting van een coöperatie of mede-eigenaar te worden van het ziekenhuis, het ‘participatiemodel’) is vooral gelegen in het behoud van het zelfstandig ondernemerschap voor medisch specialisten, dat fiscale voordelen met zich meebrengt (Zorgvisie 2015). Invoering van een MSB heeft consequenties voor de bestuurlijke relaties in een ziekenhuis. Door samen te werken met een MSB hebben ziekenhuizen volgens critici hun kernactiviteit uitbesteed en heeft de Raad van Bestuur aan directe invloed verloren. Dit zou het vervolgens moeilijker maken voor het bestuur om kortdaad op te treden, bijvoorbeeld in het geval van een disfunctionerende specialist of een niet goed functionerend MSB. Ook zou het maken van afspraken complexer worden, omdat sommige ziekenhuizen met meerdere MSB's te maken krijgen en de artsen in het MSB en artsen in loondienst meer tegenover elkaar zouden komen te staan (NZa 2016: 43). De introductie van het MSB lijkt gevolgen te hebben voor het besturen van het ziekenhuis en daarmee mogelijk ook voor kwaliteit en veiligheid van zorg, maar er is nog weinig bekend over de uitwerking hiervan in de praktijk (zie TIAS 2016 voor een eerste verkenning van dit thema).

Zowel ziekenhuisfusies als het MSB betekenen een verandering voor de interne governance van zorgorganisaties. Het belang van 'goed bestuur' in de zorg is de laatste jaren steeds hoger op de agenda komen te staan, ook in het toezicht van de IGZ (Robben e.a. 2015: 391). In 2013 schreven Minister Schippers en Staatssecretaris Van Rijn (VWS) een brief aan de Tweede Kamer waarin ze aangeven nadere wet- en regelgeving te willen ontwikkelen om goed bestuur in de zorg te bereiken. Het belang van goed bestuur in de zorg blijkt volgens Schippers en Van Rijn uit het feit dat "wanneer de interne bestuurs- en toezichtsstructuur van een zorgaanbieder tekortschiet, dit (...) gevolgen kan hebben voor de kwaliteit van de zorg en voor de continuïteit van de zorg" (Kamerstukken II 2013/2014, 32 012, nr. 15: 1). Diverse, in de media breed uitgemeten, incidenten en de onderzoeken die hierop volgden—bijvoorbeeld naar samenwerkingsproblemen tussen medisch specialisten en wanbeleid bij een thuiszorgorganisatie—hebben goed bestuur in de zorg stevig op de agenda gezet. De IGZ geeft in haar recente Meerjarenbeleidsplan 2016-2019 aan dat ze haar toezicht "meer [zal] richten op de governance van instellingen en sectoren. De beweging die we hebben ingezet en die de komende jaren volop aandacht krijgt, is het aanspreken van management, bestuurder en interne toezichthouder voor de verbetering van de kwaliteit van zorg" (IGZ 2016a: 8). Voor de jaren 2015 en 2016 is 'Bestuurlijke verantwoordelijkheid (goede governance in de zorg)' een van de door de IGZ aangewezen 'risicothema's'—een thema waar ze voor een periode van twee jaar extra aandacht aan zal besteden (ibid. 18).

Op dit moment is de Inspectie druk bezig om concreet invulling te geven aan het toezicht op 'goed bestuur'. Recent heeft de IGZ, samen met de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa), het toezichtskader *Toezicht op Goed Bestuur* (2016) ontwikkeld. Hierin zetten beide toezichthouders uiteen wat ze verstaan onder goed bestuur in de zorg en wat ze verwachten van bestuurders en interne toezichthouders (IGZ en NZa 2016). De IGZ en NZa geven aan het thema goed bestuur de komende tijd actief te zullen agenderen. Duidelijk is dat de Inspectie druk bezig is met een antwoord te zoeken op de vraag: 'hoe houden wij effectief toezicht op de interne governance van zorginstellingen?'. In ons onderzoek naar fusies en de oprichting van het medisch specialistisch bedrijf tekent zich nog een vraag af, namelijk: 'hoe kan de Inspectie effectief toezicht houden op wijzigingen in de interne governance van zorginstellingen?'

1.2 Vraagstelling

De vraag die in dit onderzoek centraal staat luidt:

Hoe houdt de IGZ toezicht op kwaliteit en veiligheid van zorg in het geval van bestuurlijke veranderingen in ziekenhuizen, in hoeverre wordt dit toezicht door verschillende betrokken partijen als effectief ervaren en welke mogelijkheden zijn er om de effectiviteit van dit toezicht te verbeteren?

We spitsen deze vraag toe op het toezicht van de IGZ in het geval van twee typen bestuurlijke veranderingen in ziekenhuizen: ziekenhuisfusies en (de introductie van) het medisch specialistisch bedrijf. We richten ons op verschillende partijen: betrokkenen vanuit de IGZ, andere betrokken toezichthouders, betrokkenen vanuit ziekenhuizen en externe deskundigen (in hoofdstuk 2 lichten we deze partijen nader toe). Om de centrale vraag te beantwoorden, onderscheiden we de volgende deelvragen:

1. Wat is er op basis van bestaande wetenschappelijke en grijze literatuur bekend over de gevolgen van ziekenhuisfusies en de introductie van het MSB voor (toezicht op) kwaliteit en veiligheid van zorg?
2. Wat zijn volgens de geïnterviewde betrokkenen de gevolgen van ziekenhuisfusies en het MSB voor kwaliteit en veiligheid van zorg?
3. Welke rol speelt de IGZ momenteel voorafgaand aan een ziekenhuisfusie en hoe kan deze rol optimaal worden vormgegeven?
4. Hoe is het toezicht van de IGZ momenteel ingericht tijdens het fusieproces en hoe kan dit toezicht worden ingericht om het effectiever te maken?
5. Hoe verhoudt de IGZ zich momenteel tot het MSB en in hoeverre vraagt de introductie van het MSB om een aanpassing van het toezicht van de IGZ?
6. Hoe verhoudt de rol van de IGZ zich tot die van andere betrokken partijen, zoals andere toezichthouders, bestuurders, medisch specialisten en patiënten?
7. Kan het toezicht van de IGZ tijdens bestuurlijke verandering effectiever worden gemaakt met gebruik van de huidige toezichtkaders en instrumenten, of zijn nieuwe kaders en instrumenten gewenst?

1.3 Doelstelling

Het doel van het onderzoek is inzicht bieden in de vraag waar toezicht op kwaliteit en veiligheid van zorg en (veranderingen in) organisatiestructuur elkaar raken en het verhelderen van de taken en verantwoordelijkheden van de IGZ daarin. We belichten hoe verschillende betrokken partijen de relatie tussen bestuurlijke verandering en kwaliteit en veiligheid beoordelen en hoe hier volgens hen effectief toezicht op gehouden kan worden. Het onderzoek kan de IGZ helpen bij het maken van strategische keuzes ten aanzien van de focus van het toezicht. Door de verdere ontwikkeling van instrumenten van toezicht te bevorderen, beoogt dit project tevens bij te dragen aan de verdere professionalisering van de IGZ.

1.4 Leeswijzer

In hoofdstuk 2 bespreken we de onderzoeksmethode, met aandacht voor de literatuur- en documentstudie die we hebben verricht en de interviews die we hebben gehouden met deskundigen, inspecteurs en stakeholders binnen drie recent gefuseerde ziekenhuizen. In hoofdstuk 3 gaan we in op eerder onderzoek naar de motieven achter ziekenhuisfusies en de vorming van het medisch specialistisch bedrijf en de gevolgen hiervan voor (toezicht op) de kwaliteit van zorg. In de hoofdstukken 4, 5 en 6 bespreken we vervolgens de resultaten van het veldwerk, met daarin aandacht voor de opvattingen van betrokkenen vanuit de IGZ en vanuit de onderzochte ziekenhuizen over de relatie tussen bestuurlijke samenwerking en kwaliteit en veiligheid van zorg. In deze hoofdstukken gaan we ook in op hoe toezichthouders en betrokkenen vanuit de ziekenhuizen het toezicht van de IGZ ervaren en beoordelen. Hoofdstuk 4 gaat over de rol van de IGZ in de voorfase van ziekenhuisfusies, hoofdstuk 5 over toezicht tijdens het fusieproces, en hoofdstuk 6 over toezicht in relatie tot het MSB. Tot slot gaan we in hoofdstuk 7 in op de vraag hoe het toezicht van de IGZ in de verschillende fasen van ziekenhuisfusies en ten aanzien van het MSB geoptimaliseerd zou kunnen worden.

2. Methode

We zijn dit onderzoek gestart met een literatuurstudie naar wat er al bekend is over de relatie tussen fusies en het MSB en (toezicht op) kwaliteit en veiligheid van zorg. Daarnaast hebben we verkennende interviews gehouden met deskundigen op het gebied van ziekenhuisfusies en het MSB. Vervolgens hebben we ons gericht tot de hoofdrolspelers van deze studie: toezichthouders vanuit de IGZ en diverse betrokkenen vanuit drie recent gefuseerde ziekenhuizen. In dit hoofdstuk lichten we onze aanpak nader toe.

2.1 Literatuurstudie

Tijdens onze literatuurstudie is gebleken dat er nauwelijks onderzoek is verricht naar het toezicht op kwaliteit van zorg voorafgaand aan en tijdens ziekenhuisfusies en ten aanzien van het MSB. Wel bestaan er (vooral internationale) wetenschappelijke publicaties over de gevolgen van ziekenhuisfusies voor kwaliteit van zorg. We hebben diverse empirische studies en overzichtsstudies over dit thema bestudeerd.

Wetenschappelijke publicaties over de gevolgen van het MSB voor de interne governance van ziekenhuizen zijn nog schaars. De in opdracht van VWS verrichte *quick scan* door TIAS School for Business and Society (2016) vormt een uitzondering. We hebben onze zoektocht daarom verruimd en ook opiniestukken uit vaktijdschriften en -websites over de (verwachte) effecten van het MSB in de literatuurstudie betrokken.

De resultaten van de literatuurstudie worden in hoofdstuk 3 van dit rapport besproken.

2.2 Veldonderzoek

We hebben interviews gehouden met diverse deskundigen die vanuit hun rol als adviseur, toezichthouder of stakeholder in het ziekenhuis betrokken zijn bij de thema's ziekenhuisfusies en/of MSB (zie bijlage 1 voor een volledig overzicht). In totaal hebben 32 interviews plaatsgevonden; de onderverdeling lichten we hieronder toe.

2.2.1 Verkennende interviews met deskundigen

We zijn ons veldonderzoek gestart met verkennende interviews met oud-bestuurders, oud-toezichthouders en adviseurs die zich gemengd hebben in het publieke debat rond ziekenhuisfusies en het MSB. We kwamen bij deze personen terecht via opiniestukken en artikelen over deze thema's, of omdat eerder geïnterviewde personen naar hen verwezen als deskundigen op dit gebied. In totaal hebben we 7 interviews met dergelijke deskundigen afgenomen.

2.2.2 Interviews met toezichthouders betrokken bij de voorfase van ziekenhuisfusies

Om meer te weten te komen over de adviesrol van de IGZ in de fase voorafgaand aan ziekenhuisfusies hebben we gesproken met een medewerker vanuit de IGZ die hierbij betrokken is. Aangezien de IGZ in deze voorfase samenwerkt met de Autoriteit Consument & Markt (ACM) en de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) hebben we ook met betrokkenen vanuit deze organisaties gesproken. In totaal hebben we voor dit onderdeel 3 interviews afgenomen.

2.2.3 Interviews met inspecteurs van de IGZ

We hebben binnen de IGZ gesproken met verschillende inspecteurs die ervaring hebben met het toezicht houden op fusierende of gefuseerde ziekenhuizen en het MSB. Sommigen van hen hebben een leidinggevende functie binnen de IGZ, anderen zijn (senior) inspecteur. Voorafgaand aan de interviews met betrokkenen vanuit de geselecteerde ziekenhuizen hebben we met vier medewerkers van de IGZ gesproken. Na het afronden van het veldwerk bij de ziekenhuizen hebben we de bevindingen aan twee medewerkers (de accounthouders van

de geselecteerde ziekenhuizen) voorgelegd, om verder van gedachten te wisselen over de verwachte, huidige en toekomstige rol van de IGZ. In totaal hebben we voor dit onderdeel 6 interviews afgenomen.

2.2.4 Interviews met stakeholders binnen drie geselecteerde ziekenhuizen

Op basis van de gesprekken met deskundigen en inspecteurs hebben we drie recent gefuseerde ziekenhuizen geselecteerd voor verder onderzoek. We hebben hierbij gezocht naar variatie in het type fusie (tussen gelijkwaardige ziekenhuizen of tussen een groot en een kleiner ziekenhuis) en in hoe er door deskundigen over de fusie gesproken werd (als moeizaam of soepel). Daarnaast verschillen de ziekenhuizen ten aanzien van aanwezigheid en specifieke vorm van het MSB. We hebben de Raden van Bestuur van deze ziekenhuizen om hun medewerking gevraagd en zijn via de RvB in contact gekomen met andere relevante betrokkenen binnen de ziekenhuizen. Binnen elk ziekenhuis hebben we (ten minste) vijf interviews afgenomen; bij sommige interviews waren meerdere vertegenwoordigers aanwezig. De interviews werden gehouden met: (1) de voorzitter van de Raad van Bestuur, (2) de voorzitter van de Vereniging Medische Staf (de VMS vertegenwoordigt alle medisch specialisten: artsen in loondienst en indien aanwezig ook artsen in het MSB—in ons onderzoek hebben artsen in twee van de drie ziekenhuizen zich georganiseerd in een MSB), (3) de (vice)voorzitter van de Verpleegkundige en/of Verzorgende Adviesraad (VAR), (4) de (vice)voorzitter van de cliëntenraad en (5) een kwaliteitsfunctionaris. In één van de ziekenhuizen hebben we daarnaast nog met een ondersteunend personeelslid van de RvB gesproken. In totaal hebben we binnen de geselecteerde ziekenhuizen 16 interviews afgenomen.

2.2.5 Observatie tijdens het congres 'Medisch Specialistisch Bedrijf: Genezen en Besturen Combineren!'

Om meer te weten te komen over de ervaringen van ziekenhuizen met de introductie van het MSB (naast de ervaringen van de drie geselecteerde fusieziekenhuizen), hebben we eind november 2015 het door Zorgvisie georganiseerde congres *Medisch Specialistisch Bedrijf: Genezen en Besturen Combineren!* bijgewoond. Tijdens dit congres werd met diverse stakeholders gesproken over de lessen die geleerd kunnen worden na één jaar ervaring met integrale bekostiging. De aanwezigen waren voornamelijk medisch specialisten, zowel vanuit het MSB als in loondienst. De Hoofdinspecteur Curatieve Zorg van de IGZ was ook aanwezig en werd plenair geïnterviewd. We hebben notities gemaakt van de verschillende standpunten en ervaringen die plenair werden uitgewisseld en informeel gesproken met medisch specialisten en andere aanwezigen.

De resultaten van het veldonderzoek worden gepresenteerd in hoofdstuk 4, 5 en 6.

2.3 Begeleidingscommissie

Binnen dit onderzoek zijn we bijgestaan door een begeleidingscommissie die bestond uit drie leden. Allen zijn werkzaam bij de Inspectie voor de Gezondheidszorg (zie bijlage 2 voor een overzicht van de leden van de begeleidingscommissie). Gedurende het onderzoek heeft de begeleidingscommissie meegedacht en meegelezen. De begeleidingscommissie heeft ons voorzien van waardevolle feedback op de onderzoeksopzet en op (eerdere versies van) het eindrapport.

3. Literatuurstudie

Onderzoek naar toezicht op kwaliteit van zorg tijdens ziekenhuisfusies is niet of nauwelijks beschikbaar. Wanneer er in (internationale) wetenschappelijke literatuur geschreven wordt over ziekenhuisfusies, dan staat meestal centraal wat motieven zijn voor fusies en wat de gevolgen zijn voor de kosten en prijzen van geleverde zorg. De gevolgen voor kwaliteit van zorg krijgen minder aandacht en blijken lastiger te onderzoeken. Op basis van de schaarse literatuur bespreken we in dit overzicht wat bekend is over de relatie tussen ziekenhuisfusies en kwaliteit van zorg, zowel wat betreft de motieven voor als de gevolgen van fusies. Daarna gaan we in op wat er bekend is over het MSB. Aangezien dit een recent fenomeen is dat bovendien niet direct vergelijkbaar is met organisatievormen waarover in internationale literatuur geschreven is, hebben we beperkte bronnen tot onze beschikking. We richten ons daarom niet alleen op wetenschappelijke verkennende studies die verricht zijn, maar verbreden ons blikveld naar opiniërende stukken die over het MSB verschenen zijn, met daarin aandacht voor de verwachte (meestal negatieve) gevolgen voor de bestuurbaarheid van ziekenhuizen en risico's voor kwaliteit van zorg.

3.1 Onderzoek naar de motieven voor ziekenhuisfusies

In nationale en internationale publicaties over ziekenhuisfusies worden verschillende motieven voor dergelijke fusies genoemd. Postma (2015) onderscheidt op basis van bestaande literatuur drie typen motieven, die we, nader gespecificeerd, ook terugvinden in de empirische studie van Fulop e.a. (2005). Volgens Fulop e.a. wordt het eerste type motief vaak genoemd in de officiële documenten van de fusierende ziekenhuizen, terwijl de andere typen motieven op de achtergrond ook een belangrijke rol spelen.

- *Het verbeteren van efficiency en kwaliteit*: hieronder vallen motieven als het reduceren van managementkosten; het garanderen van het voortbestaan van bepaalde diensten (gerelateerd aan het halen van volumenormen); het garanderen van kwaliteit van de dienstverlening (zowel positief: 'door de fusie wordt het beter' als negatief: 'zonder de fusie wordt het slechter', vgl. Canoy en Sauter 2009); en het bieden van ontwikkelingsmogelijkheden voor de staf (in een groter ziekenhuis zijn er meer mogelijkheden voor verdere scholing).
- *Het verkrijgen van marktmacht*: hieronder vallen het versterken van de marktpositie en het verbeteren van de onderhandelingspositie ten opzichte van zorgverzekeraars.
- *Druk van buitenaf*: hieronder kan het moeten voldoen aan bepaalde volumenormen geplaatst worden, maar ook de 'tijdgeest' speelt een rol. Kitchener (2002) spreekt van het bestaan van een "merger myth" die in stand gehouden wordt door allerlei belangengroeperingen, zoals door consultants die fusies in vakbladen presenteren als wondermiddel. In Nederland verwijzen ziekenhuisbestuurders regelmatig naar de beperkingen die er zijn voor samenwerking tussen ziekenhuizen, waardoor fusies bijna 'afgedwongen' zou worden door de overheid (Zorgvisie 2015).

Postma (2015) heeft onderzoek gedaan naar de redenen waarom ziekenhuisfusies in Nederland soms juist *niet* doorgaan. Hieruit blijken vooral interne factoren doorslaggevend te zijn, zoals veranderend inzicht over de wenselijkheid en haalbaarheid van de fusie, 'koudwatervrees' bij het bestuur door strubbelingen met andere bestuurders en (in mindere mate) druk van andere interne stakeholders zoals het middenmanagement en de specialisten. De invloed van externe stakeholders (zoals de ACM) blijkt in het onderzoek van Postma een beperkte rol te spelen. Recent heeft de ACM echter wel de voorgenomen fusie tussen het Albert Schweitzer

Ziekenhuis in Dordrecht en de Rivas Zorggroep in Gorinchem verboden, vanwege verwachte negatieve gevolgen voor patiënten (ACM 2015a).¹

3.2 Onderzoek naar de gevolgen van fusies voor kwaliteit van zorg

Studies naar de gevolgen van ziekenhuisfusies richten zich vaak op de vraag of fusies leiden tot een prijsstijging (door geringere competitie) of -daling (door doelmatigheidswinst). De ook in Nederland vaak gehoorde vrees dat fusies door een afname van concurrentie tot prijsstijgingen zullen leiden, lijkt in (Amerikaans) onderzoek te worden bevestigd: van de 13 studies die Vogt en Town (2006) bespreken in een overzichtsartikel, rapporteerden er 10 een stijging van de prijzen. Hierbij moeten wel enkele kanttekeningen worden geplaatst: de gevonden stijgingen lopen sterk uiteen (van 2 tot 17 procent) en de studies zijn vaak niet goed vergelijkbaar door verschillen in onderzoeksmethoden en typen bestudeerde ziekenhuizen. Onderzoekresultaten uit het ene land vertalen naar een ander land vraagt helemaal om voorzichtigheid, omdat verschillen in institutionele en beleidscontext grote invloed kunnen hebben (bijvoorbeeld gestelde prijsplafonds in Nederland).

De gevolgen van ziekenhuisfusies voor kwaliteit van zorg krijgen in wetenschappelijke literatuur minder aandacht. Ho en Hamilton stelden in 2000 dat er geen onderzoek vanuit de organisatie- of gezondheidswetenschappen beschikbaar is waarin expliciet de vraag wordt gesteld wat de invloed is van fusies op "product quality" (2000: 768). Sindsdien zijn er wel diverse studies verschenen waarin deze vraag gesteld wordt. Deze studies lijken op het onderzoek naar gevolgen van fusies voor prijzen: ze zijn gebaseerd op kwantitatief onderzoek en richten zich op de uitkomsten na voltooiing van de fusie. De resultaten zijn gevarieerd: er komt geen eenduidig beeld uit naar voren over de vraag of de kwaliteit verbetert (zoals ziekenhuisbestuurders vaak beweren), verslechtert, of gelijk blijft. Naast dit kwantitatieve, uitkomstgerichte onderzoek is er nog een ander type onderzoek waarin (meer indirect) een verband wordt gelegd tussen fusies en kwaliteit. Dergelijk kwalitatief onderzoek richt zich op de fusie als proces, met veel aandacht voor de directe gevolgen voor het ziekenhuispersoneel. We gaan kort in op de resultaten van beide typen studies.

3.2.1 Een uitkomstgerichte benadering: de gevolgen van fusies op basis van kwaliteitsindicatoren

In hun overzichtsstudie op basis van onderzoek naar Amerikaanse ziekenhuisfusies stellen Vogt en Town (2006) dat van de 11 geanalyseerde studies naar de relatie tussen fusies en kwaliteit er 3 een toename in kwaliteit vinden, 4 een daling en 4 geen effect. De studies baseren zich meestal op ontwikkelingen in sterftecijfers. Een interessante studie die meerdere indicatoren in beschouwing neemt is die van Ho en Hamilton (2010). Zij hebben vier jaar nadat ziekenhuizen waren gefuseerd gekeken naar (1) het sterftecijfer van patiënten met een hartaanval of beroerte, (2) heropname binnen 90 dagen van patiënten die een hartaanval hebben gehad, en (3) het binnen 48 uur ontslaan van pasgeborenen. Deze cijfers hebben ze vergeleken met die van ziekenhuizen die niet gefuseerd waren. De auteurs concluderen dat er geen significant verband is tussen fusies en sterftecijfers, maar wel tussen fusies en heropname (bij gefuseerde ziekenhuizen 10 procent hoger), en tussen fusies en vroeg ontslag van pasgeborenen (2 procent hoger).

Hoewel op basis van sommige kwantitatieve studies dus gesteld kan worden dat er inderdaad een verband lijkt te zijn tussen ziekenhuisfusies en de kwaliteit van zorg, heeft dit type onderzoek een duidelijke beperking: er wordt niet inzichtelijk gemaakt *hoe* een fusie tot veranderingen heeft geleid. Ging het bij een kwaliteitsverbetering om schaalvoordelen en hogere volumes? Had een verslechtering te maken met bezuinigingen op personeel? En hoe kunnen we verklaren dat fusies soms helemaal geen effect op kwaliteit lijken te hebben; heffen voor- en nadelen elkaar daar op? Verschillende auteurs pleiten voor nader kwantitatief

¹ Hoewel het besluit van de ACM om de fusie niet toe te staan vooral gestoeld lijkt op de constatering dat de fusie "zal leiden tot een significante belemmering van de mededinging" (ACM 2015a: 51, zie hoofdstuk 4 voor een korte toelichting op het toezicht van de ACM bij voorgenomen fusies in de zorg), reflecteert de ACM ook kort op de gevolgen van de fusie voor de kwaliteit van zorg. De zorginstellingen hebben beargumenteerd "dat de fusie bijdraagt aan het borgen en verbeteren van de kwaliteit en bereikbaarheid van zorg in de regio [en] dat de fusie op een aantal vlakken tot een verbetering van kwaliteit zal leiden" (ACM 2015a: 9). De ACM is sceptisch en vindt het "niet aannemelijk dat de mogelijke aan de fusie verbonden voordelen zullen opwegen tegen de nadelen", onder andere omdat "de bij de fusie betrokken ziekenhuizen (...) beide reeds kwalitatief goede zorg [bieden] waardoor de te verwachten voordelen minder evident zijn" (ACM 2015a: 10).

onderzoek met gebruik van betere indicatoren (Vogt en Town 2006; Ho en Hamilton 2010), maar andere auteurs geven aan dat er zo veel factoren meespelen (zoals type zorgsysteem, grootte van het ziekenhuis, type fusie, mate van concentratie van de markt), dat het doen van algemene uitspraken bijna onmogelijk is (Kjekshus en Hagen 2007; Mutter e.a. 2011). Een kwalitatieve aanpak, gericht op het fusieproces en de directe gevolgen hiervan voor de organisatie van zorg, kan wellicht meer inzicht bieden in de vraag hoe een fusie de kwaliteit van zorg kan beïnvloeden.

3.2.2 Een procesgerichte benadering: kwaliteitsgerelateerde aandachtspunten tijdens de fusie

In verschillende studies staat de vraag centraal wat ziekenhuisfusies betekenen voor medewerkers van het ziekenhuis, niet zozeer in praktische zin (zoals afstemming van taken), maar vooral in emotionele zin (zoals gevoelens van dominantie en wantrouwen). Hoewel de relatie met kwaliteit hier niet direct gelegd wordt, biedt dit type onderzoek bruikbare inzichten in de processen die *backstage* gaande zijn tijdens een fusie. Met andere woorden: het biedt inzicht in het verhaal achter de cijfers. Fulop e.a. (2005) en Arbuckle (2003) beschrijven diverse met elkaar samenhangende problemen die kunnen optreden tijdens het fusieproces.

- *Botsende organisatiestructuren en -culturen*: Medewerkers van fuserende ziekenhuizen benoemen vaak verschillen in hoe de beide organisaties aankijken tegen innovatie en risico's en ervaren spanningen tussen een procesmatige versus een uitkomstgerichte oriëntatie (Fulop e.a. 2005). Volgens Arbuckle (2003) hebben bestuurders vaak te hoge verwachtingen van de snelheid waarin mensen zich zullen aanpassen aan de nieuwe situatie. Vooral wanneer ziekenhuizen eerst elkaars concurrenten waren, en 'wij-zij'-denken werd gestimuleerd, kan het lang duren voordat verschillen worden overbrugd.
- *Gebrek aan onderling vertrouwen*: Volgens beide studies is er vooral sprake van wantrouwen wanneer de beslissing tot fuseren 'top-down' in plaats van meer 'bottom-up' genomen is. Wanneer medewerkers van een van beide organisaties het gevoel hebben dat ze worden 'overgenomen', kan dit het wantrouwen verder vergroten.
- *Gebrek aan onderling leren*: Gebrek aan onderling vertrouwen, voortkomend uit ongelijkwaardigheid en gepercipieerde cultuurverschillen, kan belemmeren dat de organisaties van elkaar leren. Volgens Fulop e.a. (2005) zal een 'good practice' van de ene organisatie niet overgenomen worden door de andere organisatie als er te veel wantrouwen en vooroordelen zijn.
- *Emotie en stress*: Een fusie wordt in (populaire) literatuur vaak vergeleken met een huwelijk, waarin het naar elkaar toegroeien van beide partners een langdurig proces is (Zorgvisie 2015). Arbuckle (2003) maakt een andere vergelijking: de fusie als rouwproces, waarbij het even duurt voor het besef van verlies tot de betrokkenen is doorgedrongen, gevolgd door een fase van loslaten en tot slot het omarmen van nieuwe relaties. Fulop e.a. (2005) bespreken eveneens de emotionele kosten van fusies. De auteurs doelen niet alleen op een 'rouwproces', maar ook op de stress en extra werkdruk die een fusie met zich meebrengt: veel van de ziekenhuismedewerkers die zij spraken gaven aan zich overwerkt te voelen.
- *Gebrek aan goed bestuur*: Bestuurders spelen een belangrijke rol bij een goed (of moeizaam) verloop van een fusie. Volgens Arbuckle (2003) beschikken niet alle bestuurders over de vaardigheden van een goede "culture change agent"; ze moeten in deze rol groeien. Fulop e.a. (2005) benadrukken dat er tijdens fusies vaak een situatie van "undermanagement" ontstaat. Het bezuinigen op managementkosten door middel van een fusie kan volgens hen te ver door slaan en onbedoelde gevolgen hebben, zoals het verder toenemen van de werkdruk bij andere medewerkers.

Hoewel de besproken studies vooral ingaan op spanningen die een fusie met zich mee kan brengen, geven ze ook aan dat als aan bepaalde voorwaarden wordt voldaan (een management dat zich inleeft in de staf, het openstaan voor elkaars handelswijze, een gevoel van gelijkwaardigheid), de fusie relatief soepel kan verlopen en ook positieve gevolgen kan hebben, zoals het leren van elkaars werkwijze en cultuur (Arbuckle 2003: 40).

3.3 Onderzoek naar de kenmerken en gevolgen van het MSB

In wetenschappelijke literatuur wordt benadrukt dat ziekenhuizen bestuurlijk complexe organisaties zijn. Zo hebben ziekenhuizen veelal "[a] diffuse leadership structure due to the presence of an organized body of professionals who are not employees" (Weiner e.a. 1996: 398). Goed contact en goede informatie-uitwisseling tussen de RvB en medische staf is daarmee van groot belang, maar verloopt niet altijd optimaal (Legemaate e.a. 2013: 324; Van der Pennen 2016: 30). Juist vanwege veranderingen in de (machts)verhoudingen tussen RvB en medische staf werd de introductie van het MSB door velen met argusogen bekeken. Diverse belanghebbenden benoemden in zorggerelateerde tijdschriften en op websites de risico's van het MSB, waarbij sommigen nadrukkelijk een verband legden met (verslechtering van) kwaliteit van zorg. Wetenschappelijk onderzoek naar de kenmerken en gevolgen van het medisch specialistisch bedrijf is nog schaars. Dat is niet verwonderlijk, aangezien het een vrij recent fenomeen is dat bovendien specifiek Nederlands is; internationale literatuur is niet beschikbaar. De *quick scan* van TIAS (2016), uitgevoerd in opdracht van VWS en gebaseerd op interviews met één of enkele betrokkenen (meestal een lid van de RvB) in dertig ziekenhuizen, vormt een uitzondering. We bespreken hieronder kort veelgenoemde risico's van het MSB zoals die in de grijze literatuur naar voren komen en enkele bevindingen van het TIAS-rapport, voor zover deze raken aan vraagstukken rond kwaliteit en veiligheid van zorg.

Er is kritisch over het MSB gepubliceerd in tijdschriften als *Medisch Contact* en *Zorgvisie*. Er komen diverse bezorgde of ronduit afwijzende titels voorbij, zoals 'Zorg niet gebaat bij "medisch-specialistisch bedrijf"', 'MSB's gaan uit elkaar spatten' en 'MSB's zorgen voor tweespalt'. Het MSB wordt wel een 'weeffout' of zelfs een 'gedrocht' genoemd. In een geringer aantal opiniestukken wordt het MSB omarmd. Zo verscheen in *Medisch Contact* het artikel 'Medisch-Specialistisch Bedrijf is zegen voor de zorg', waarin vier MSB-bestuursleden en -voorzitters de doelmatigheid en innovatiekracht van het MSB benadrukken (Boll e.a. 2015). Publicaties die vooral de risico's van het MSB benoemen zijn vaak afkomstig van (oud-)ziekenhuisbestuurders, maar ook externe adviseurs en de verantwoordelijk Minister hebben zich kritisch uitgelaten over het MSB. De volgende risico's worden genoemd:

- *Toenemende afstand tussen bestuurders en artsen*: Een veelgenoemd argument tegen het MSB is dat er "een bedrijf in een bedrijf" is ontstaan (Biesma 2015) en dat de medisch specialisten daarmee "afscheid" genomen hebben van het ziekenhuis (Schaaf 2015). Ziekenhuisdirecteur en medisch specialist Biesma vergelijkt het met het splitsen van NS en ProRail: "Dingen die we vroeger samen deden, doen we nu apart" (Biesma 2015). De belangen van het ziekenhuis en de specialisten zouden hiermee verder uit elkaar komen te liggen. Bovendien zou het voor de RvB lastiger worden om disfunctionerende specialisten verbonden aan het MSB aan te spreken; het MSB-bestuur wordt het aanspreekpunt, waarbij het aankomt op "het zelfreinigend vermogen" van dat MSB (PwC 2014: 22). Ook Minister Schippers wijst in een brief aan de Tweede Kamer op de "toegenomen invloed van medisch specialisten" die ten koste gaat van de invloed van de RvB. Zij noemt dit "zorgwekkend, gezien de eindverantwoordelijkheid van ziekenhuisbestuurders voor de kwaliteit en veiligheid" (*Kamerstukken II 2015/2016, 32 012, nr. 39: 2*).
- *Toenemende complexiteit*: Met het eerste punt samenhangend noemen diverse publicisten de toenomen ondoorzichtigheid van de organisatiestructuur. Zo ziet Biesma het risico van "dubbelingen" in aansturing en functies: "Er gaat enorm veel tijd verloren aan het laden van ondernemingsrisico's en het optuigen van een eigen bedrijfsvoering" (Biesma 2015). Schaaf (2015) stelt dat de gemaakte procedurele afspraken "complex en bewerkelijk zijn" en haaks staan op de eigenlijke doelen van de integrale bekostiging, namelijk slagvaardigheid, wendbaarheid en innovatie. Berden en Keuzenkamp (2015) geven aan dat "het optuigen en inregelen van een MSB lastig [is]", omdat tot een "complex" akkoord moet worden gekomen tussen het MSB, artsen in loondienst, de Vereniging Medische Staf en de Raad van Bestuur; de verwachting van de auteurs is dat de MSB's een "zware eigen bestuurslaag" vormen die vooral het deelbelang van het MSB nastreeft. In de eerder aangehaalde brief aan de Tweede Kamer verwijst Minister Schippers naar de "complexe organisatiestructuren" die ten gevolge van de integrale bekostiging zijn ontstaan en die "een risico voor de bestuurbaarheid kunnen vormen" (*Kamerstukken II 2015/2016, 32 012, nr. 39: 2*).
- *Dominantie van fiscale overwegingen*: Niet "het integrale karakter van patiëntenzorg" (Schaaf 2015) zou centraal staan bij de oprichting van MSB's, maar het behoud van de fiscale voordelen van vrijgevestigde specialisten. In een reconstructie van het verschijnsel MSB's in *Zorgvisie* (Kiers 2015)

zegt Hein Abeln (bestuursadviseur van Twynstra Gudde) dat de meeste MSB's onder grote tijdsdruk uit de grond gestampt zijn en dat fiscalisten en juristen hun stempel hebben gedrukt op de vormgeving. In combinatie met de grotere afstand tot het ziekenhuisbestuur en de toegenomen complexiteit van de organisatie zien diverse publicisten deze dominantie van fiscale overwegingen als een risico voor de kwaliteit van zorg. Volgens hen is er bij medisch specialisten geen prikkel om te investeren in kwaliteit en veiligheid. "Misschien zeggen specialisten: daar gaan we geen tijd in investeren, want dat levert niets op. Er komt voortdurend getouwtrek over wie wat doet en wat krijgt" (Schaaf 2015).

Deze genoemde risico's werden vooral vooraf en in de beginfase van de opkomst van het MSB genoemd. TIAS heeft begin 2016 een rapport uitgebracht dat gebaseerd is op de ervaringen van betrokkenen binnen dertig ziekenhuizen. Op basis hiervan komt een wat genuanceerder beeld naar voren, waarin ook ingegaan wordt op mogelijke kansen die het MSB biedt voor verbetering van kwaliteit en veiligheid.

Allereerst kan op basis van het TIAS-rapport gesteld worden dat er niet zoiets is als 'het' MSB: er bestaan verschillende varianten en de gemaakte afspraken verschillen per ziekenhuis (TIAS 2016: 17). Daarnaast wordt door sommige respondenten opgemerkt dat het besturen van een ziekenhuis altijd complex is geweest, en dat ook altijd zal blijven; het MSB heeft daar misschien wel invloed op, maar betekent niet zo'n grote breuk met het verleden als wel gesuggereerd wordt (TIAS 2016: 42).

Verder valt op dat medisch specialisten en bestuurders het MSB verschillend beoordelen, wat ook al enigszins op te maken viel uit de hierboven genoemde opiniestukken. De medisch specialisten die daarnaast MSB-bestuurder zijn geven aan dat het MSB meerwaarde heeft, omdat ze meer invloed kunnen uitoefenen op het functioneren van de medisch specialisten binnen hun bedrijf, waardoor kwaliteitsverbetering ook beter beïnvloedbaar is (TIAS 2016: 5). Ziekenhuisbestuurders daarentegen, zijn overwegend negatief; 80 procent van de ondervraagde bestuurders is van mening dat de oprichting van het MSB vooral veel tijd en middelen heeft gekost, terwijl het nauwelijks of niets heeft opgeleverd voor de patiëntenzorg. Het verlies aan formele invloed van de RvB zien sommigen als een risico voor de kwaliteit van zorg.

De grotere afstand tussen bestuurders en specialisten, waar publicisten voor waarschuwden, blijkt in de praktijk (vooral door bestuurders) ook ervaren te worden. Het risico op toegenomen complexiteit dat van tevoren benoemd werd, komt vooral terug in onduidelijkheid die veel respondenten in het TIAS-rapport blijken te ervaren ten aanzien van de afbakening van taken en verantwoordelijkheden, in het bijzonder tussen het MSB en de VMS (Vereniging Medische Staf). TIAS stelt dat met de invoering van het MSB al met al hogere eisen gesteld worden aan de governance van ziekenhuizen:

Daarbij is het thema governance niet langer uitsluitend een onderwerp voor ziekenhuisbestuurders, maar ook voor bestuurders van medisch specialistische bedrijven. Om in de huidige situatie werkelijk effectief te zijn, zullen zij in ieder geval samen moeten bouwen aan het vertrouwen naar elkaar en hun organisaties en gezamenlijk moeten investeren in onder meer gelijkgerichtheid, gezamenlijke strategievorming, medisch leiderschap van MSB-bestuurders en effectieve besluitvormingsprocedures. (TIAS 2016: 5)

Hoewel het TIAS aandacht besteedt aan de gevolgen van de introductie van het MSB voor het interne toezicht binnen ziekenhuizen, gaat het rapport niet in op wat de mogelijke gevolgen zijn van deze verandering in de governance van ziekenhuizen voor het externe toezicht van de IGZ. In dit onderzoek zullen wij nader ingaan op deze vraag.

3.4 Conclusie

Op basis van de besproken wetenschappelijke literatuur en overige bronnen kunnen verschillende verwachtingen worden geformuleerd ten aanzien van de relatie tussen ziekenhuisfusies en het MSB en kwaliteit van zorg. Zo zouden cultuurverschillen tussen fusierende ziekenhuizen tot onveilige situaties kunnen leiden, net als een verstoorde relatie tussen het ziekenhuisbestuur en het MSB-bestuur. Maar de bestaande literatuur laat ons ook achter met diverse onbeantwoorde vragen, die het voorliggende onderzoek extra relevant maken.

Onderzoek naar de gevolgen van fusies voor kwaliteit van zorg is schaars en de beschikbare literatuur is enigszins verouderd en gaat bovendien niet over de Nederlandse situatie. Dit is een beperking, omdat internationale onderzoekers het erover eens zijn dat (ruimtelijke en maatschappelijke) context zeer belangrijk is in dit type onderzoek. De uitkomstgerichte benadering die we in bestaand onderzoek signaleren biedt (een voorlopig ambigu) antwoord op de vraag *of* er een relatie bestaat tussen ziekenhuisfusies en kwaliteit van zorg, maar niet op de vraag *waarom* die relatie er al dan niet is. De procesmatige benadering die we in bestaand onderzoek signaleren biedt een interessante aanvulling op het uitkomstgerichte onderzoek, maar richt zich vooral op culturele en emotionele afstemmingsproblemen tijdens fusies, en niet op de praktische kanten hiervan (het afstemmen van protocollen, het samenvoegen van afdelingen, het verplaatsen van personeel, e.d.).

Er is op enkele verkennende studies na nog weinig onderzoek verricht naar de kenmerken en gevolgen van de oprichting van het MSB. Voor zover er al geschreven is over de vraag wat de gevolgen zijn van het MSB voor de kwaliteit van zorg, gaat het voornamelijk om speculaties.

Tot slot, en voor de doelstellingen van dit onderzoek het meest relevant: er is in bestaand onderzoek geen aandacht voor wat bestuurlijke veranderingen zoals fusies en het MSB betekenen voor het *toezicht op* kwaliteit van zorg. Met ons onderzoek proberen we deze leemten in het bestaande onderzoek te vullen.

4. De rol van de IGZ bij fusietoetsing

Wanneer ziekenhuizen van plan zijn te fuseren², dienen zij hiervoor van een aantal instanties goedkeuring te verkrijgen. Ziekenhuizen die een bepaalde omzetrempel halen moeten hun fusievoornemen melden bij de Autoriteit Consument & Markt (ACM). De ACM toetst of bij fusies en overnames “de mededinging op (een deel van) de Nederlandse zorgmarkt op significante wijze wordt belemmerd” (ACM 2015b: 1). De ACM zal in de meldingsfase in een termijn van vier weken vaststellen of de ziekenhuizen een vergunning dienen aan te vragen. Een vergunning is nodig als de ACM in de meldingsfase concludeert dat de fusie de mededinging op significante wijze zou kunnen belemmeren. Na de aanvraag van een vergunning volgt er een uitvoerig onderzoek, waarna de ACM na dertien weken een besluit neemt. Als er geen sprake is van significante belemmering van de mededinging als gevolg van de voorgenomen fusie zal de ACM haar toestemming verlenen voor de fusie. Daarnaast dienen de ziekenhuizen het fusievoornemen te melden bij de NZa. De NZa toetst “zuiver procedureel” en verleent haar goedkeuring voor een fusie als “[z]orgaanbieders van te voren, samen met alle betrokkenen, goed nadenken over het nut en de risico's van een concentratie” en als “[d]e verlening van cruciale zorg niet in gevaar komt door een concentratie” (website NZa). De NZa raadpleegt op haar beurt de IGZ en vraagt haar hoe de voorgenomen fusie, naar het idee van de IGZ, gevolgen zal hebben voor de kwaliteit van zorg. Daarmee opereren de drie toezichthouders als volgt bij het beoordelen van fusieplannen van ziekenhuizen: “De zorgautoriteit [NZa] geeft de mededingingsautoriteit [ACM] inzicht in de gevolgen die de concentratie zal hebben voor de betaalbaarheid, toegankelijkheid en, volgens de bevindingen van de ambtenaren van het staatstoezicht [IGZ], voor de kwaliteit van zorg” (*Wet marktordening gezondheidszorg*, artikel 49c, vijfde lid). Zelf toetst de ACM aan de hand van de Mededingingswet of er na de voorgenomen concentratie nog steeds sprake is van voldoende concurrentie. De ACM maakt bij deze beoordeling gebruik van de input van de NZa en IGZ.

4.1 Huidige rol van de IGZ in de fusietoetsing

Gevraagd naar hoe de IGZ tot een oordeel komt over hoe een fusie gevolgen heeft voor de kwaliteit van zorg geven inspecteurs aan dat ze zich niet in staat achten tot het vormen van een dergelijk oordeel. Inspecteurs zeggen niet te kunnen “voorspellen” wat een effect van een fusie is op kwaliteit van zorg en wijzen de mogelijkheid om hier onderbouwde uitspraken over te doen van de hand. “Er wordt iets van ons verwacht wat wij feitelijk niet kunnen waarmaken”, zo stelt een afdelingshoofd van de IGZ. Naast het idee dat de Inspectie de gevolgen van een fusie voor de kwaliteit en veiligheid van zorg niet kan ‘voorspellen’, wordt het oordeel ook verwacht binnen een krap tijdsbestek. De ACM heeft bij de wet dertien weken de tijd om een oordeel af te geven over een fusieaanvraag (als een vergunning voor de fusie is vereist). De NZa wordt gevraagd om binnen dezelfde termijn een zienswijze af te geven en kan daarbinnen de IGZ raadplegen. De Inspectie zou in de praktijk “een krappe week” (interne beleidsnotitie IGZ) hebben voor het geven van inzicht in de gevolgen van een fusie voor de kwaliteit en veiligheid van zorg. De termijn waarbinnen de Inspectie een zienswijze wordt gevraagd af te geven aan de NZa is niet wettelijk geregeld, maar wordt bedongen door de ACM en de NZa. Meerdere respondenten binnen de Inspectie geven aan dat een week te weinig tijd is om te komen tot een weloverwogen zienswijze. Als de IGZ een zienswijze afgeeft—ze is hier niet toe verplicht—houdt ze zich erg op de vlakte. “[Dan zeggen we:] op basis van de informatie die wij nu over de huidige individuele concentratiepartners hebben, zien wij op dit moment geen reden om voor of tegen de fusie te zijn” (interview senior adviseur IGZ). Daarnaast geeft onderstaande uitspraak van een afdelingshoofd aan dat zelfs als er een reden is om tegen een fusie te zijn—beide fusiepartners leveren ‘kwaliteit onder de maat’—het daarmee nog niet gezegd is dat het ‘afraden’ van de fusie voor de hand ligt.

² Formeel wordt er gesproken over een ‘concentratie’. Wij zullen echter spreken van de meer gangbare term fuseren.

[Het] moet wel een heel erge exceptionele situatie zijn als wij op basis van kwaliteit en veiligheid een fusie zouden afraden. Dat vinden we eigenlijk ook een te grote broek. (...) Stel, je hebt twee ziekenhuizen waarbij in beide de kwaliteit onder de maat is, ja, die moeten dan echt niet gaan fuseren, (...) dat is gewoon zo klaar als een klontje; dan moet je eerst je eigen huis op orde hebben. Maar als het in het kader van het voortbestaan van zorg in een regio wel noodzakelijk is, ja dan weet je het niet. (Interview afdelingshoofd IGZ)

Veel van onze respondenten vatten de taak om inzicht te geven in de gevolgen van een fusie voor de kwaliteit van zorg op als het vellen van een oordeel over of de fusie, op grond van kwaliteitsargumenten, door zou moeten gaan of niet. Ze waken voor een rol waarin de Inspectie bij een voorgenomen fusie antwoord zou moeten geven op de vraag 'mag een fusie doorgaan of niet?' (interview senior adviseur IGZ). Verschillende respondenten geven aan dat de Inspectie dit simpelweg 'niet kan'; "de verwachting is dat wij (...) kennelijk kunnen voorspellen [wat een fusie voor gevolgen heeft voor de kwaliteit van zorg] en de verwachting is ook dat wij zicht hebben op al die processen in die ziekenhuizen. Dat hebben we gewoon niet" (interview inspecteur 2). Het gebrek aan 'zicht' op de processen in ziekenhuizen is in dit geval interessant, omdat een toezichthouder continu poogt om zicht te krijgen op wat er gebeurt in het veld, om daar vervolgens haar (eventuele) handelen op af te stemmen. Het gebrek aan zicht betekent in dit geval dat het doen van voorspellende uitspraken ongewenst is, omdat ze onvoldoende gefundeerd zouden zijn. In onderstaande uitspraak van een inspecteur blijkt dat zelfs als er *zicht is op risico's*, de Inspectie daarmee nog geen *inzicht* heeft in of en hoe deze zich zullen manifesteren tijdens een fusie.

Wij gaan natuurlijk van tevoren niet zeggen: 'nee, deze bestuurders en deze medisch specialisten kunnen veiligheid en kwaliteit niet garanderen want ze gaan fuseren en er zijn zoveel risico's'. (...) Wij kunnen die broek ook niet aantrekken. (Interview inspecteur 3)

Deze inspecteur wijst op het feit dat de ziekenhuizen en zorgprofessionals zullen handelen naar de risico's die ze herkennen, waardoor niet van tevoren gezegd kan worden hoe een risico zal doorwerken in de realiteit van de patiëntenzorg. Dit wordt onderschreven door een andere medewerker van de IGZ wanneer deze stelt: "we hebben natuurlijk wel een [plaatje] van ziekenhuis X en Y (...), maar dat wordt geen Z, als je dat samenvoegt. Dat wordt een nieuw plaatje" (interview senior adviseur IGZ). De Inspectie is volgens de inspecteurs niet in staat tot het doen van voorspellende uitspraken over wat de gevolgen van een fusie zijn voor de kwaliteit van zorg; dit is een 'te grote broek'. Een andere—en terugkerende—vorm van beeldspraak zien we terug in de uitspraak dat de Inspectie niet van tevoren inzicht kan geven in de gevolgen van een fusie voor de kwaliteit van zorg, omdat ze geen "glazen bol" heeft (interview senior adviseur IGZ). Het idee dat de IGZ in het bezit zou moeten zijn van een glazen bol om te kunnen "voorspellen" wat de gevolgen van een fusie zijn voor de kwaliteit van zorg, geeft aan dat de Inspectie de wijze waarop een fusie gevolgen kan hebben voor de kwaliteit van zorg ziet als hoogst onzeker en waarover het van tevoren kunnen doen van gefundeerde uitspraken grenst aan wichelarij.³

³ Het gebruik van de term 'voorspellen' in deze context is interessant omdat het zoveel kan betekenen als "[h]et doen van uitspraken omtrent toekomstige gebeurtenissen en ontwikkelingen binnen een systeem, op grond van historisch gedrag van dat systeem", waarbij er een grond wordt aangewezen als basis van dergelijke uitspraken, maar het begrip draagt tegelijkertijd connotaties in zich als "profeteren, pronostiker [en] waarzeggen", waarbij een dergelijke basis ontbreekt. (Definities volgens: <http://www.encyclo.nl/begrip/Voorspellen>).

Een fusie als *life event*

Uit onze interviews blijkt dat binnen de Inspectie een fusie wordt gezien als een *life event*. Een *life event* is een officieuze term voor “hele ingrijpende zaken” binnen een organisatie, waar, naast fusies, onder andere ook “financiële problemen, of wisselingen van de wacht met name op bestuursniveau” toe worden gerekend (interview senior inspecteur 1). Inspecteurs geven aan dat wanneer een ziekenhuis te maken heeft met een of meerdere *life events* “het heel moeilijk wordt [voor een zorginstelling] om aan [de] normen te voldoen” (interview inspecteur 1) en “als je ziet dat er dan meer dan twee [*life events*] tegelijk spelen, weet je gewoon dat zo'n ziekenhuis het zwaar heeft” (interview inspecteur 3). Wanneer een ziekenhuis te maken krijgt met een *life event*, kan dit een reden zijn voor de Inspectie om het “risicoprofiel” van het ziekenhuis “te herijken”, maar is nog niet direct een reden voor een wijziging van het toezicht (interview inspecteur 3)—waarover later meer. Een fusie is bovendien binnen de classificatie van *life events* nog in zoverre van belang, omdat een fusie meerdere *life events* in zich kan dragen; zo zijn bestuurswisselingen vaak een gevolg van fusies (zie bijvoorbeeld het artikel ‘Fusie is Waterloo voor bestuurders’ in *Zorgvisie* van 3 maart 2015) en kunnen financiële problemen ziekenhuizen nopen tot fuseren.

Het afzien van het geven van inzicht in de gevolgen van een fusie voor de kwaliteit van zorg door de IGZ heeft impact op hoe de fusietoetsing verloopt en raakt ook de twee collega-toezichthouders (de NZa en de ACM) die betrokken zijn bij deze toetsing. Een medewerker toezicht van de ACM, die zich specifiek richt op fusies in de zorgsector, spreekt over de IGZ als terughoudend in het doen van uitspraken over de gevolgen van een fusie voor de kwaliteit van zorg.

Dat is ook wel vaker het gesprek wat ik heb gehad met de IGZ, waarbij de IGZ zegt 'wij hebben geen glazen bol waar wij in kunnen kijken'. Ik zeg: 'ja, fusiecontrole bij ons is per definitie in de toekomst kijken—ik zal niet zeggen in een glazen bol—maar in de toekomst kijken en verwachtingen uitspreken over hoe je denkt dat het zich gaat ontwikkelen'. (...) De IGZ zegt: 'wij kunnen daar op basis van de informatie die we hebben heel weinig uitspraken over doen'. (Interview medewerker toezicht ACM)

De medewerker van de ACM wijst ons (en de IGZ) op een interessant punt: uitspraken over een voorgenomen fusie tijdens de fusietoetsing zijn per definitie voorspellend en daarmee onzeker. Voor de ACM is het echter onmogelijk om deze onzekerheid aan te grijpen om geen uitspraak te doen—zoals de Inspectie doet. De medewerker van het ACM schetst een ruimte waarin het doen van uitspraken, hoewel onzeker, toch mogelijk is.

Ik doe geen uitspraak over of die prijzen gaan stijgen na de fusie, want dat weet ik ook niet. Ik doe een uitspraak over hoe de marktstructuur verandert en of er daardoor volgens ons de mogelijkheid bestaat om je dusdanig onafhankelijk te gaan gedragen dat je je prijzen omhoog kunt doen of je kwaliteit kan laten dalen of minder investeringen te doen. Dat is wel wat anders dan dat ik zeg 'ik verbied deze fusie (...) omdat ik weet dat de kwaliteit [hierdoor] achteruit gaat'. Dat kan ik inderdaad niet zeggen. (Interview medewerker toezicht ACM)

Deze uitspraak geeft een alternatieve ruimte weer, waarin de toezichthouder tot een uitspraak kan komen ondanks en binnen de onzekerheid waarmee ze zich geconfronteerd ziet. De IGZ zou deze ruimte eveneens kunnen verkennen en het geven van inzicht in de gevolgen van een fusie voor de kwaliteit van zorg breder kunnen opvatten dan de onmogelijkheid om een antwoord te geven op de vraag: ‘mag een fusie of niet?’

Geconfronteerd met de vraag om een uitspraak te doen over een onzekere situatie binnen een krap tijdsbestek, trekt de IGZ zich terug; ze doet geen uitspraak of geeft aan geen inzicht te kunnen geven in de gevolgen van een fusie voor de kwaliteit en veiligheid van zorg. We zien dit terug in de openbare besluiten van de ACM over fusies van ziekenhuizen. Daar waar de zienswijze van de NZa dikwijls terug te vinden is in de besluiten van de ACM, moeten we goed zoeken naar een besluit waarin een zienswijze van de IGZ wordt gepresenteerd. In de fusie tussen het Lievensberg Ziekenhuis en het St. Franciscus Ziekenhuis (2013) heeft de IGZ een zienswijze afgegeven, waar de ACM in haar besluit op ingaat “voor zover deze relevant [is] voor de beoordeling van de onderhavige concentratie” (ACM 2013: 4).

Van de Inspectie voor de Gezondheidszorg (...) is een schriftelijke zienswijze ontvangen. De IGZ ziet geen reden om te veronderstellen dat de veiligheid van de patiëntenzorg in de huidige situatie bij beide organisaties in het geding is. De IGZ signaleert in haar zienswijze enkele aandachtspunten die van belang zijn om verantwoorde zorg in de twee ziekenhuizen te blijven borgen. De IGZ benadrukt in haar zienswijze het retrospectieve karakter van haar bevindingen; deze zijn gebaseerd op de kwaliteitsinformatie of toezichtbezoeken uit het verleden (2011 tot nu). Een prospectieve uitspraak door de IGZ over de kwaliteit van zorg is volgens haar niet mogelijk. (ACM 2013: 3)

De gevolgen die een fusie mogelijk kan hebben voor de kwaliteit en veiligheid voor zorg worden gepresenteerd als onmogelijk te 'voorspellen' en kunnen nooit van tevoren 'hard gemaakt worden' (interview senior adviseur IGZ). Het doen van dergelijke uitspraken beschouwen inspecteurs als waarzeggerij—een glazen bol zou nodig zijn—en de gevolgen worden gepresenteerd als van tevoren onkenbaar. Als gevolg onthoudt de Inspectie zich van het doen van deze uitspraken. Hierdoor is op dit moment de IGZ, *for all intents and purposes*, afwezig in de fase waarin fusies tussen ziekenhuizen (of breder: zorginstellingen) worden getoetst, met verstreckende gevolgen. De WRR pleitte in 2013 voor het belang van het centraal stellen van "*publieke belangen* [als] expliciet (...) uitgangspunt bij toezichtvraagstukken" (WRR 2013: 14). Van de publieke belangen die we in de zorg kunnen onderscheiden—kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid—geeft een aantal van onze respondenten aan dat kwaliteit idealiter het zwaarst wegende belang zou moeten zijn. Hoewel de NZa de ACM inzicht geeft in gevolgen van de fusie voor de betaalbaarheid en toegankelijkheid van de zorg, ziet de IGZ hier veelal van af wat betreft de gevolgen voor de kwaliteit van zorg.⁴

Met de vraag om vooraf inzicht te geven in de gevolgen van een fusie voor de kwaliteit en veiligheid van zorg—waarvoor ze aangeeft 'te weinig tijd' te krijgen—wordt de IGZ iets gevraagd waar ze zich niet erg comfortabel bij voelt. De werkwijze van de IGZ lijkt voornamelijk gericht te zijn op ingrijpen als risico's zich gematerialiseerd hebben. Zo schrijven Robben e.a. dat er de laatste jaren "sterke aandacht [is] voor 'veiligheid' en incidenten, waarbij eerdere vormen van toezicht worden bekritiseerd en meer wordt verwacht van de inzet van bestraffende vormen van toezicht" (2015: 378). Illustratief is dat een afdelingshoofd ons vertelde dat ze wel degelijk een "potentieel risico" zag in de oprichting van het medisch specialistisch bedrijf, maar dat ze nog geen mogelijkheid zag tot ingrijpen omdat er nog geen "casuïstiek" was—we komen hier in hoofdstuk 6 op terug. Een adviseur van de IGZ gaf aan dat de rol van de Inspectie bij een fusie volgens haar behelst de fusie "gewoon te volgen en als het uit de hand loopt, net als wat we überhaupt doen wanneer er sprake is van onverantwoorde zorg (...), dan kunnen we ons instrumentarium inzetten". Misschien moeten we in dit licht dan ook de uitspraak van de IGZ begrijpen als ze stelt dat "[t]oezicht op fusies vanuit kwaliteitsperspectief pas echt mogelijk [is] na effectuering van de fusie" (IGZ 2015b: 1), waar 'casuïstiek' aanzet tot *ex post* interventies, in plaats van risico's te gebruiken voor *ex ante* interventies. De IGZ ziet daarmee voor zichzelf pas een rol in toezicht op fusies als deze een feit zijn en zal de fusieziekenhuizen vervolgens met haar gebruikelijke toezicht 'volgen'.

⁴ Volgens de ACM bestaat er een indirecte relatie tussen de publieke belangen en de fusietoetsing op basis van de Mededingingswet, waarbij de vraag is of er na een fusie en binnen de nieuwe marktstructuur die zal ontstaan als gevolg van deze fusie, nog afdoende 'prikkel' zijn voor ziekenhuizen om zich in te zetten voor de betaalbaarheid, toegankelijkheid en de kwaliteit van zorg (interview medewerker toezicht ACM). Zo bezien toetst de ACM (indirect) zowel op betaalbaarheid en toegankelijkheid als op kwaliteit van zorg. Dit zien we terug in het eerder aangehaalde besluit van de ACM inzake de voorgenomen fusie tussen het Albert Schweitzer Ziekenhuis in Dordrecht en de Rivas Zorggroep in Gorinchem. Hierin schrijft ze: "[De] ACM toetst of als gevolg van de voorgenomen concentratie de daadwerkelijke mededinging op significante wijze zou worden belemmerd waardoor partijen als gevolg van de fusie in staat zullen zijn in significante mate de prijs te verhogen of de kwaliteit te verlagen. (...) Als ACM het over het verlagen van kwaliteit heeft, doet zij met name op de verminderde prikkel van een ziekenhuis om in kwaliteit te investeren als er concurrentiedruk als gevolg van de fusie wegvalt" (ACM 2015a: 8). Dit is een specifieke, marktgeoriënteerde *framing* van kwaliteit—waarbij concurrentie zal leiden tot kwaliteit en dus in het geding kan komen bij verminderde concurrentie—die verschilt van hoe de Inspectie kijkt naar kwaliteit van zorg.

Een ziekenhuisfusie in Zeeland

Hoewel de Inspectie op dit moment geen uitspraken wenst te doen over wat de gevolgen van een fusie voor de kwaliteit van zorg zijn, heeft ze zich in het verleden, bij een fusie tussen ziekenhuis Walcheren en de Oosterscheldeziekenhuizen in Zeeland (2009), wel uitgesproken in de fusietoetsing.

Wij hebben gezegd 'als [deze ziekenhuizen] niet fuseren, ontstaat er een (...) scenario net zo lang tot een van de ziekenhuizen omvalt en dan neemt het andere ziekenhuis het over en dan heb je alsnog een fusie, maar dan na een hele negatieve periode, waarin er een heleboel kapot is gegaan en dan moet je het helemaal opnieuw weer opbouwen'. Dus (...) als Inspectie hebben we gezegd 'deze fusie is noodzakelijk'. (...) Kijk als [de Inspectie] gevraagd wordt 'is deze fusie goed voor de kwaliteit van zorg?', dat weet je niet. Maar [bij de fusie in Zeeland was] de continuïteit van basiszorg in het geding en dat is een andere vraag. (...) Het [ging] ons om het behoud van de basiszorg. (Interview voormalig IGZ-inspecteur)

De voormalig-inspecteur geeft aan dat de IGZ zich niet altijd zo sterk hoeft uit te spreken in de fusietoetsing. "[De vraag] 'moeten Albert Schweitzer en Rivas fuseren?' Daar moet de Inspectie zich niet mee bemoeien. Het zijn allebei hele goeie ziekenhuizen" (interview voormalig IGZ-inspecteur). Echter, als de Inspectie zorgen heeft over 'de continuïteit van basiszorg' als gevolg van (niet-)fuseren, dan mag er een uitspraak van de Inspectie verwacht worden. De uitspraak van de Inspectie heeft er destijds voor gezorgd dat de fusie is goedgekeurd door de ACM (destijds nog NMa).

Die fusie [was] niet doorgegaan als we als Inspectie niet hadden gezegd dat het moest, want de NZa en toen de NMa—wat nu de ACM is—die zeiden 'nee, dit is marktmacht in deze regio' en die wilden dus negatief oordelen over de fusie. En toen hebben we als Inspectie gezegd dat deze twee ziekenhuizen los van elkaar geen bestaansrecht hebben en dat dus de kwaliteit van zorg bedreigd werd als ze niet zouden fuseren. (...) Wij hebben echt onze nek uitgestoken (...). Het standpunt van de NZa en NMa, dat waren beleidsstandpunten op basis van marktmacht. Wij hadden standpunten vanuit de inhoud van zorg en dat win je. (Interview voormalig IGZ-inspecteur)

Kort gezegd zei de IGZ 'ja, als je [de fusie afkeurt, zoals de ACM voornemens was], dan gaat het helemaal mis met de zorg daar in Zeeland. Want die fusie is echt nodig om bepaalde elementen daar in stand te houden'. (...) Vervolgens hebben we gezegd 'als het echt zo is dat er anders allerlei dingen mis gaan in Zeeland, ja, dat kan niet de bedoeling zijn van ons toezicht', (...) dus we hebben [de fusie onder voorwaarden] toegestaan. (...) Kijk, als de kwaliteitstoezichthouder in Nederland tegen ons zegt 'ACM, als je deze fusie verbiedt dan gebeurt er heel wat', dan is dat heel belangrijk voor ons. (Interview medewerker toezicht ACM)

Ondanks, of wellicht dankzij, het belang dat de ACM toekent aan een uitspraak van de Inspectie, heeft de Inspectie sindsdien dergelijk krachtige uitspraken over de gevolgen van een fusie voor de kwaliteit van zorg niet meer gedaan. Hierbij is van belang om op te merken dat de meningen sterk verdeeld zijn over de vraag of de Inspectie goed gedaan heeft aan de uitspraak bij de fusie van de twee Zeeuwse ziekenhuizen. Waar de voormalig IGZ-inspecteur spreekt van een "triomf", kijkt een andere inspecteur terug op een beslissing die "verkeerd" is uitgepakt en als de reden waarom de Inspectie probeert zich nu "verre van [dit soort uitspraken] te houden" (interview inspecteur 1). Een andere medewerker van de Inspectie zegt dat de IGZ "flink [is] teruggekomen van die uitspraak en er "achteraf [...] spijt van [heeft] gehad" omdat de gevolgen van een fusie voor de kwaliteit van zorg "gewoon niet hard te maken [zijn] van tevoren." Het feit dat het Zeeuwse fusieziekenhuis na de fusie 12 maanden onder verscherpt toezicht heeft gestaan van de Inspectie, omdat "de veiligheid niet geborgd was" (IGZ 2014b: 4), geeft volgens een inspecteur aan dat de Inspectie geen prospectieve uitspraken kan en moet doen over de kwaliteit en veiligheid van zorg na een fusie.

Het optreden van de Inspectie in de fusie van de Zeeuwse ziekenhuizen, zoals beschreven in het kader hierboven, lijkt een *life event*—om het vocabulaire van de Inspectie zelf te gebruiken—te zijn geworden binnen de Inspectie. Deze casus maakt duidelijk dat de Inspectie niet alleen tracht de risico's van een fusie te overzien, maar daarbij ook de afweging maakt welke risico's zij zelf loopt, bij wel of niet ingrijpen of het wel of niet afgeven van een zienswijze. Zo stelt de voormalig IGZ-inspecteur dat de Inspectie haar “nek [heeft] uitgestoken”. De politieke risico's die de Inspectie zelf loopt zijn verstrengeld met de (onzekerheid over) de risico's van een voorgenomen fusie. Deze verstrengeling van gelaagde en onkenbare risico's lijkt op dit moment te leiden tot handelingsverlegenheid en de daarmee corresponderende politieke risico's van de 'afwezige toezichthouder'.⁵

Het cliëntenperspectief voorafgaand aan de fusie

In ons onderzoek hebben we ook aandacht besteed aan het cliëntperspectief ten aanzien van ziekenhuisfusies. Binnen de drie geselecteerde ziekenhuizen hebben we de (vice)voorzitter van de cliëntenraden gesproken. De cliëntenraad is een belangrijke stakeholder in de toetsing van de fusie, omdat het volgens de procedurele toets van de NZa een van de partijen is die het ziekenhuisbestuur dient te informeren over en betrekken bij de voorbereiding van een fusie en wiens eventuele oordeel en aanbevelingen serieus moeten worden meegewogen in het besluit tot de fusie (*Wet marktordening gezondheidszorg*). Hoewel de voorzitters van de cliëntenraden het idee hadden goed geïnformeerd over en betrokken te zijn geweest bij het fusiebesluit van de Raad van Bestuur, geven ze ook aan dat hun invloed op het besluit om te fuseren niet groot is geweest. Zo geeft een ambtelijk secretaris van de cliëntenraad—die samen met de voorzitter van de cliëntenraad is geïnterviewd—aan dat het fusietraject een “rijdende trein werd waarop het moeilijk werd om nog ‘nee’ te zeggen” (interview ambtelijk secretaris en voorzitter cliëntenraad, ziekenhuis B). Een andere voorzitter van de cliëntenraad stelt:

Ik heb het idee dat de fusie bij de patiënten niet leefde, hoor. (...) Ze zien [de fusie] als een gebeuren wat gewoon een ontwikkeling is die zich voordoet. (...) Kijk, de patiënt let veel meer op de zorg denk ik: wat wordt er aangeboden?, en hoe is de bejegening? Dat is veel belangrijker dan de organisatie er omheen. (Interview voorzitter cliëntenraad, ziekenhuis C)

De cliëntenraad heeft wat dat betreft een lastige positie. Zo geven de voorzitters van de cliëntenraden aan dat het moeilijk is om de opvattingen van de cliënten te peilen; ze missen een ‘werkelijke achterban’ en hoewel een fusie bij patiënten misschien ‘niet leeft’, zullen ze er wel de gevolgen van ondervinden. Hier wordt vooral gewezen op de mogelijkheid dat patiënten, die vaak gewend zijn om het ene ziekenhuis te bezoeken, na de fusie mogelijk verwezen worden naar de andere ziekenhuislocatie, met mogelijk langere reistijd als gevolg. Om de gevolgen van een fusie voor de cliënten adequaat in kaart te brengen pleit een (mede)zeggenschapsorganisatie voor het verplicht stellen van een cliënteffectrapportage bij een fusie.

Er moet veel meer nagedacht worden over de gevolgen voor patiënten dan alleen de financiële consequenties en het verstevigen van een machtspositie van het ziekenhuis. Het ziekenhuis maakt [in een cliënteffectrapportage] inzichtelijk wat de gevolgen zijn van een fusie voor de patiënt en moet daar verantwoording over afleggen bij de cliëntenraad; daarover moet je in overleg gaan met elkaar. [Thema's die daarin moeten terugkomen zijn] patiëntveiligheid, bereikbaarheid, toegankelijkheid, spreiding van zorg. (Interview directeur (mede)zeggenschapsorganisatie)

Schillemans e.a. (2016) wijzen in hun werk op twee modellen aan de hand waarvan cliënten—door middel van vertegenwoordiging in de vorm van cliëntenraden—kunnen meepraten over beslissingen in ziekenhuizen: het *Major Decisions Model* en het *Everyday Life Model*. Volgens het *Major Decisions Model* praat en beslist de cliëntenraad mee over grote beslissingen en plannen die veelal door de Raad van Bestuur op de agenda zijn gezet, zoals een fusie of nieuwbouwplannen. Hoewel dit model in de wetenschappelijke literatuur regelmatig als nastrevenswaardig wordt voorgesteld—“[the] more citizens are involved in decision-

⁵ Zie het oordeel van de parlementaire enquêtecommissie *Fyra* waarin de Inspectie Leefomgeving en Transport een “minimalistische invulling van taken en verantwoordelijkheden” verweten wordt (Parlementair onderzoek *Fyra* 2015: 7).

making and the more important the topics on which they are allowed to weigh in, the better” (Schillemans e.a. 2016: 4)—is de praktijk complexer. Zo hebben cliëntenraden moeite met het werven van cliënten die over dit soort zaken willen meebeslissen en is een cliëntenraad die op een dergelijk niveau met bestuurders kan meepraten over ‘major decisions’ vaak dusdanig geïnstitutionaliseerd en geprofessionaliseerd, dat je je kan afvragen of ze nog wel de doorsnee cliënt van de zorginstelling representeren. Tegenover het *Major Decisions Model* staat het *Everyday Life Model*. Volgens het *Everyday Life Model* ligt de meerwaarde van een cliëntenraad niet zozeer in het meedenken over de ‘grote issues’, maar eerder in het kunnen wijzen op de ‘kleine dingen’ die effect hebben op hoe de cliënten de (kwaliteit van) zorg ervaren. Schillemans e.a. noemen bijvoorbeeld cliëntenraden die liever spreken over zaken als tikkende verwarmingsbuizen, verpleegkundigen zonder naamplaatje en oncomfortabele dekens dan over complexe beleidsrapporten (2016: 5, 9). Dit wordt onderschreven door de eerder geciteerde voorzitter van de cliëntenraad in ziekenhuis C die stelt dat de fusie ‘niet leeft’ onder patiënten en dat zij meer bezig zijn met, bijvoorbeeld, de bejegening “dan de organisatie er omheen”. De vraag is dan ook in hoeverre cliënten betrokken dienen te worden en willen worden bij ‘major decisions’ zoals een fusie en of de cliëntenraad daarin het meest passende orgaan is. We komen later nog terug op het cliëntenperspectief en de rol van de cliëntenraad, maar dan na effectuering van de fusie.

4.2 Alternatieve rol voor de IGZ in voorfase

De respondenten in de door ons onderzochte fusieziekenhuizen hebben de afwezigheid van de Inspectie voorafgaand aan de effectuering van de fusie opgemerkt en ervaren dit veelal als een gemis. Interessant is dat veel respondenten zich kunnen vinden in de positie van de Inspectie dat het onmogelijk is vooraf een uitspraak te doen over wat de gevolgen van een fusie zijn voor de kwaliteit van zorg. Voor deze respondenten betekent de onmogelijkheid om vooraf uitspraken te doen over de gevolgen van een fusie voor de kwaliteit van zorg echter niet dat daarmee de rol van de IGZ in de voorbereidende fase van een fusie is uitgespeeld. Meerdere respondenten geven aan meerwaarde te zien in een Inspectie die een ziekenhuis in de voorbereiding van de fusie bevrucht (en mogelijk toetst).

Ik denk dat het goed is om (...) te kijken naar hoe ziekenhuizen zich op een goede manier voorbereiden. (...) En ik denk dat het goed is om op het moment dat de lateralisatie plaatsvindt een aantal patiëntenprocessen onder de loep te nemen. (...) Ja, ik denk dat ze per ziekenhuis met name zouden moeten kijken naar de verschuivingen van medewerkers en dat hangt vaak samen met verschuiving van zorg, natuurlijk. Maar (...) als medewerkers naar een andere locatie gaan, dan verandert er echt iets. En binnen die zorggebieden kijken naar belangrijke processen (...): patiënten-identificatie, medicatieproces, OK-proces, maar bijvoorbeeld ook de interne overdrachten. (Interview kwaliteitsfunctionaris, ziekenhuis B)

Veel van onze respondenten geven aan een actieve rol van de IGZ voorafgaand aan de effectuering van de fusie te missen. De IGZ wordt grotendeels als afwezig gezien, juist in een periode die veel aandacht voor kwaliteit en veiligheid nodig heeft. Extern toezicht zou in die situatie de ziekenhuizen kunnen helpen om kwaliteit nog scherper in beeld te houden. Maar de IGZ zou volgens onze respondenten meer kunnen doen, bijvoorbeeld als vraagbaak en adviseur functioneren.

Het gaat niet om alleen bezoeken en controlerend optreden, maar veel meer: geef eens een leidraad, put uit je ervaringen [als IGZ], deel de dingen die al zijn voorgekomen elders met de nieuwe fusierende organisaties, vroegtijdig. Van: ‘dit zijn de cruciale punten. Hier zou een rood lampje moeten branden als je dit soort dingen tegenkomt in je fusietraject’, of: ‘de hartchirurgie is cruciaal, daar moet je extra alert op zijn of de samenwerking tussen intensivisten, daar gaat het het meest mis’. Ik noem maar wat. ‘De veiligheidsrisico’s die we zijn tegengekomen treden vaak in die hoek op, wees daar alert op’. (Interview voorzitter VMS, ziekenhuis B)

De respondenten houden de Inspectie een alternatieve invulling van haar rol als toezichthouder voor, waarin de Inspectie gepresenteerd wordt als deskundige gesprekspartner die ziekenhuizen proactief kan wijzen op mogelijke risico’s van een fusie (en strategieën om deze het hoofd te bieden) en haar kennis al in een vroeg stadium deelt met de ziekenhuizen. Daarbij zou de Inspectie de ziekenhuizen vragen zelf risico’s in kaart te brengen en daar voorbereidingen voor te treffen, op welk proces de Inspectie dan weer kan toezien. Een

dergelijke rol van de IGZ in de fase waarin de ziekenhuizen een fusie aan het voorbereiden zijn, sluit aan bij de wijze waarop de IGZ de 'dialogoog' en de ambitie om op meer proactieve wijze toezicht te houden, centraal stelt in haar *Meerjarenbeleidsplan 2016-2019* (IGZ 2016a).

We hebben deze alternatieve invulling van de rol van de Inspectie, zoals voorgesteld door meerdere respondenten, voorgelegd aan een inspecteur van de IGZ. De inspecteur zag hier weinig in en was niet bereid mee te gaan in een *reframing* van de rol van de Inspectie in deze richting: "Dat is onze rol niet. Ik snap wel dat ze het graag willen, maar dat is niet onze rol; we zijn geen adviseurs, we zijn toezichthouders" (interview inspecteur 3). Het is interessant dat de activiteiten adviseren en toezichthouden hier van elkaar worden gescheiden. In de *Thematische Wetsevaluatie: Bestuursrechtelijk toezicht op de kwaliteit van de zorg* (2013) wordt toezicht omschreven als behelzend: "adviseren, stimuleren, opleggen van maatregelen en verifiëren van de toepassing daarvan" (Legemaate e.a. 2013: 75). De term 'adviseren' komt in het *Meerjarenbeleidsplan 2016-2019* van de IGZ niet (meer) voor. In het *Meerjarenbeleidsplan 2012-2015* schrijft de Inspectie nog: "We stimuleren, jagen aan, adviseren, overtuigen en nemen maatregelen" (2011: 42). Officieel lijkt de IGZ steeds minder te 'adviseren'. "Waar de IGZ voorheen ook adviseur en stimulator was in samenwerking met het veld, is de inspectie steeds meer de handhaver namens de minister" (WRR 2013: 22). De terughoudendheid om te adviseren kwamen we ook tegen in de interviews met inspecteurs:

Interviewer: Dus je hebt niet zozeer een adviserende rol?

Inspecteur: Nee, vooral niet! Daar blijven we altijd van weg. Zodra dat geroepen wordt deinzen we altijd achteruit en dan zeggen we ook altijd 'we geven geen adviezen in fusiesituaties, etc., wij geven geen oordelen over fusies, dat is een proces tussen twee partijen waar de toezichthouder niet tussen hoeft te staan, ook niet tussen moet staan, tenzij er problemen optreden in de kwaliteit van zorg, tenzij we signalen hebben van dingen die er mis gaan lopen'. (Interview inspecteur 2)

Verschillende inspecteurs zien het als een taak van ziekenhuizen zelf—en van koepelorganisaties zoals de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ)—om ervaringen uit te wisselen ten aanzien van risicofactoren, aandachtspunten en succesvolle of minder succesvolle fusietrajecten. We hebben deze verwachting voorgelegd aan twee NVZ-medewerkers, die de bal terugkaatsten. Eén van hen zegt:

Het delen van die kennis, daar zie ik niet zo gauw een rol voor de NVZ, omdat zij [de IGZ] het toezicht op kwaliteit en veiligheid doen, dat doen wij natuurlijk niet. Wij zijn geen toezichthouder en wij zijn zelfs ook geen onafhankelijke partij. (...) [Voorbeelden van waar] de kwaliteit en de veiligheid van zorg in geding is, bijvoorbeeld tijdens een fusietraject, worden niet gedeeld met elkaar. Dat zijn toch de wat gevoelige onderwerpen die wel met een Inspectie besproken worden en waar de Inspectie toezicht op houdt, maar die je niet via een kennisplatform gaat delen via de NVZ, dat is toch van een andere orde. (Interview manager kwaliteit en manager bekostiging NVZ)

De geïnterviewde NVZ-medewerkers vinden dat de IGZ bij uitstek geschikt is om de rol van kennisdeler op zich te nemen. De Inspectie heeft het totaaloverzicht en zou daar volgens hen een analyse kunnen maken van "wat zijn nu de belangrijkste knelpunten die wij [de IGZ] tegenkomen en zullen we dat teruggeven aan de ziekenhuizen, zodat ze daar allemaal van kunnen leren?", in plaats van dat elk ziekenhuis weer keurig zijn eigen rapportje terugkrijgt" (Interview manager kwaliteit en manager bekostiging NVZ).

Uit de opmerkingen van een inspecteur blijkt dat dit leren van elkaar soms ook gestimuleerd wordt door de IGZ.

Ik verklap normaal gesproken niet *best practices* in z'n algemeenheid, van de ene bestuurder naar de ander. Ik noem nooit namen van andere ondertoezichtgestelden, waar ik ook over de vloer kom. Ik heb in voorkomend geval wel eens gezegd 'ik weet een ziekenhuis wat met dat probleem heeft geworsteld en die hebben daar een mooie oplossing voor gevonden, vinden zij zelf en dat schijnt te voldoen aan alle toetsingskaders'. En dan heb ik weleens de bestuurder van de *best practice* opgebeld om te zeggen van 'goh, mag ik iemand naar jou verwijzen?' en dan ga ik er een beetje tussenin zitten, (...) dan breng ik ze weleens met elkaar in contact. En als ik dingen wat vaker zie dan zeg ik weleens, in z'n algemeenheid, 'ik zie dit bij jullie en ik heb dat ook vaker bij ziekenhuizen gezien. Misschien moeten jullie daar als ziekenhuisdirecteuren eens met elkaar over praten of in de NVZ [Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen]'. Ik wijs ze nog wel eens op het bestaan van een bepaald rapport, dus dat doe ik wel. (Interview inspecteur 4)

Deze inspecteur geeft aan een ruimte te hebben gevonden voor een vorm van advies, waarbij de inspecteur niet degene is die het ziekenhuis vertelt 'hoe het moet', maar optreedt als een *knowledge broker* (Schlierf en Meyer 2013) die een uitwisseling van kennis kan aanzwengelen. Een afdelingshoofd van de IGZ geeft echter aan dat inderdaad, met een beleidswijziging, de ruimte tot het geven van advies is afgenomen.

Vroeger deed de Inspectie veel meer aan adviezen en waren we echt heel erg adviserend. Daar is een beleidswijziging geweest waarin is gezegd 'wij zijn van toezicht, wij zijn van maatregelen, wij zijn van handhaving en wij zijn minder van alleen maar adviezen geven'. (...) Maar wij moeten altijd bij ons toezicht nadenken; wat is het effect dat wij beogen? (Interview afdelingshoofd IGZ)

De laatste opmerking—"wij moeten altijd bij ons toezicht nadenken; wat is het effect dat wij beogen?"—lijkt cruciaal; het stelt het beschikbare toezichtinstrumentarium ten dienst van het effect dat de Inspectie met haar toezicht beoogt. Daarmee lijkt het van tevoren uitsluiten van bepaalde instrumenten—zoals het geven van advies of het voorlichten van ziekenhuizen over risico's die een fusie met zich mee kan brengen—onwenselijk en biedt het de ruimte om de huidige rol van de Inspectie te herzien als het effect dat ze met haar toezicht wil bereiken hierom vraagt.

Binnen de Inspectie lopen er op dit moment projecten waarin ze haar rol voorafgaand aan en na de effectuering van de fusie heroverweegt. We spraken over deze projecten met een afdelingshoofd. Binnen dit project heeft de Inspectie onderscheid gemaakt in "fusiemodellen", in termen van een fusie tussen "gelijkwaardige partners, ongelijkwaardige partners, gelijke partners en verschillende partners, [ziekenhuizen met] gelijke systemen, verschillende systemen" (interview afdelingshoofd IGZ). Op basis daarvan heeft de projectgroep een "soort matrixje gemaakt", met het idee

een soort modeltoetsingskader [te] kunnen maken waar wij modulair die ongelijke dingen in kunnen ophangen. Om te komen tot een toetsingskader gebaseerd op (...) van tevoren te bepalen risico's. (...) Dus mijn opzet (...) was te komen tot een heel goed risicomodel, daarop gebaseerd een modulair toetsingskader en dan heb ik nog fasen van fusie in gedachten, want dan zouden wij, als wij horen dat er een fusie ophanden is—en dat is vaak al eerder dan dat de ACM dat bericht naar ons stuurt—al bepaalde dingen kunnen inventariseren. En dan in de acute fase van de fusie en in de nafase van de fusie. Dus we moeten eigenlijk een set aan instrumenten ontwerpen. (Interview afdelingshoofd IGZ)

De Inspectie lijkt te zinnen op een geïntegreerd toetsingskader, waarin inventariserend toezicht voorafgaand aan de effectuering van de fusie—hoe verhouden de fusiepartners en de IT-systemen die de fusiepartners gebruiken zich tot elkaar?—uiteindelijk het toezicht "in de nafase van de fusie" informeert. Het afdelingshoofd spreekt over een "toetsingskader gebaseerd op [...] van tevoren te bepalen risico's". Het lijkt er dan ook op dat het afdelingshoofd toe wil werken naar een scenario waarin de Inspectie in staat is tot het maken van een gefundeerde risico-inventarisatie op basis van een typering van de fusie (tussen gelijkwaardige of ongelijkwaardige fusiepartners, bijvoorbeeld) en de fase waarin de fusie zich bevindt. De invulling van het toezicht op een fusieziekenhuis zou dan voortvloeien uit een dergelijke inventarisatie. Ons literatuuronderzoek, maar ook de interviews die we hebben afgenomen, problematiseren echter het idee van een gedegen risico-inventarisatie die van tevoren gemaakt kan worden en vervolgens het verdere toezicht stuurt. De literatuur geeft

geen eenduidig beeld van de gevolgen van een fusie voor de kwaliteit en veiligheid van zorg en inspecteurs geven aan dat de mogelijke risico's niet te voorspellen zijn. Het is dan de vraag of een risicomatrix de gewenste effecten sorteert.

Samenvattend hebben we in dit hoofdstuk geconstateerd dat de IGZ een zekere handelingsverlegenheid ervaart bij het toezicht voorafgaand aan een fusie, omdat de effecten van een fusie op de kwaliteit en veiligheid te onzeker zijn om hierover uitspraken te kunnen doen. Fuserende instellingen hebben echter wel behoefte aan meer sturing bij het aangaan van fusies en verwachten van de toezichthouder dat hij hier handreikingen in geeft. De Inspectie daarentegen ziet een dergelijke adviserende functie niet als haar rol; een toetsingskader gebaseerd op verschillende fasen van fusies en verschillende verhoudingen tussen fusiepartners zou dan meer voor de hand liggen, maar de literatuur over de effecten van fusies biedt hiervoor op dit moment (nog) onvoldoende houvast.

5. Toezicht na effectuering van de fusie

In dit hoofdstuk richten we ons op het toezicht van de Inspectie op fusieziekenhuizen na effectuering van de fusie. We zullen hier ingaan op hoe de Inspectie aankijkt tegen de relatie tussen fusies en kwaliteit en veiligheid van zorg. We verkennen op welke wijze fusies een risico kunnen vormen voor kwaliteit en veiligheid van zorg en hoe de Inspectie en onze respondenten binnen fusieziekenhuizen hier, op sommige aspecten, anders over lijken te denken. Daarnaast staan we stil bij de wijze waarop de Inspectie op dit moment toezicht houdt op gefuseerde ziekenhuizen en brengen we in kaart hoe de respondenten in fusieziekenhuizen dit toezicht ervaren.

5.1 De relatie tussen fusies en kwaliteit en veiligheid van zorg, volgens de IGZ

Een fusie van twee ziekenhuizen wordt door de Inspectie gezien als mogelijk risico voor de veiligheid en kwaliteit van zorg. In haar *Werkplan 2015* licht de Inspectie haar visie op "ingrijpende organisatorische veranderingen", zoals een fusie, toe:

In complexe systemen met hoge veiligheidseisen gaan grote veranderingen bijna altijd gepaard met onvoorziene risico's. In de zorg betekent dit dat zich de nodige risico's voordoen voor de kwaliteit en veiligheid van de zorgverlening. De inspectie merkt in haar toezicht dat in een periode van grote organisatorische veranderingen de risico's op blinde vlekken en fouten bij zorgaanbieders groter zijn: de aandacht binnen een organisatie in zulke periodes is vaak minder gericht op de continuïteit en kwaliteit van de zorgverlening. De inspectie besteedt in haar risicotoezicht extra aandacht aan instellingen die ingrijpende organisatorische veranderingen doormaken. Denk aan een fusie, bestuurswissel, verhuizing of faillissement. Daarbij maakt ze per situatie de inschatting of intensivering van het toezicht nodig is. (IGZ 2015a: 17)

De vijf inspecteurs van de Inspectie die wij binnen ons onderzoek gesproken hebben, laten zich in gelijke bewoordingen uit over de relatie tussen een fusie en kwaliteit en veiligheid van zorg. De kijk van deze inspecteurs op fusies als mogelijk risico wordt vooral geïnformeerd door het idee dat een fusietraject erg veel aandacht en tijd vraagt van een grote groep betrokkenen, wat ten koste kan gaan voor de aandacht en tijd voor de kwaliteit en veiligheid van zorg.

Fusies [zijn] een risico (...) voor de kwaliteit van zorg in ziekenhuizen—dat denk ik, dat denken meerdere mensen—want de aandacht wordt natuurlijk zo enorm afgeleid van het primaire proces voor wat betreft (...) bestuurders en managers en vaak ook dokters, want die moeten ook een heleboel vakinhoudelijke processen afstemmen met de andere partij, waardoor (...) de aandacht voor de kwaliteit en veiligheid in het primaire proces afneemt en daardoor risico's ontstaan. (Interview inspecteur 2)

Goede kwaliteit van zorg, zo geven veel respondenten aan, is iets wat van alle betrokkenen continue aandacht vraagt en waar voortdurend aan moet worden gewerkt. Zo is het werken aan kwaliteit "nooit klaar" (interview consultant en (oud)ziekenhuisbestuurder 2) en wordt het vergeleken met de poging om "een schoteltje in de lucht te houden; het vergt steeds aandacht" (interview directeur kwaliteitsadviesbureau). Een fusie kan een risico voor de kwaliteit en veiligheid voor zorg vormen in zoverre het de aandacht die nodig is voor kwaliteit en veiligheid van zorg kan opslokken of doen 'verslappen'.

[Een fusie] trekt alle energie weg uit kwaliteit en veiligheid. (...) We zien dat bijna alles *on hold* gaat en dat betekent ook dat projecten voor meer veiligheid en betere kwaliteit in het ziekenhuis *on hold* gaan omdat er gefuseerd wordt. Dat betekent dat er zo ongelooflijk veel energie gestoken moet worden in fusieprocessen, in het (...) samenbrengen van alle systemen en processen en afspraken, dat er voor alles wat gericht is op meer kwaliteit en meer veiligheid voor de patiënt geen tijd meer is, daar is geen aandacht meer voor, [die] aandacht verslapt. (Interview inspecteur 1)

5.2 Hoe een fusie specifieke risico's in zich draagt voor de kwaliteit en veiligheid van zorg

Naast het idee dat een fusietraject aandacht vraagt die ten koste kan gaan van aandacht voor kwaliteit en veiligheid—en op deze manier een risico vormt voor kwaliteit en veiligheid—schrijven inspecteurs en andere respondenten ook specifieke risico's toe aan fusies. Genoemd worden onder andere: risico's die kunnen ontstaan door de spanningen en (werk)druk die een fusie kan genereren binnen de fusieorganisaties, risico's die kunnen ontstaan doordat de fusiepartners er andere werkprocessen en zorginhoudelijke protocollen op na houden, risico's die kunnen ontstaan wanneer zowel patiënten als zorgprofessionals tussen de fusieorganisaties heen en weer bewegen, risico's die kunnen ontstaan omdat de fusieorganisaties gebruik maken van andere (niet met elkaar communicerende) IT-systemen en risico's die kunnen ontstaan wanneer je groepen mensen bij elkaar brengt met een afwijkende (werk)cultuur. In onze literatuurstudie zagen we enkele van deze risico's al terugkomen in het werk van Fulop e.a. (2005) en Arbuckle (2003), zoals botsende organisatiestructuren en -culturen.

Als je (...) heel basaal kijkt naar een fusie dan gaan, heel simpel gezegd, dokters en verpleegkundigen in een ander ziekenhuis werken waar andere mores zijn en waar mensen op een andere manier communiceren, waar de processen op een andere manier verlopen. Als twee maatschappen fuseren (...) bijvoorbeeld de maatschappen neurologie, en de neuroloog uit [fusielocatie A] gaat patiënten zien op de spoedeisende hulp van [fusielocatie B] dan verwacht die misschien dingen die in [fusielocatie A] gewoon zijn, maar in [fusielocatie B] niet. Waar die heel expliciet om moet vragen of weet die wel hoe iets eenvoudigs als een CT-scan aanvragen (...) daar gaat en hoe de beoordeling daarvan verloopt en wie die moet hebben? Nou ja, zo heb je zorgpaden, en het zorgpad in [fusielocatie A] verschilt weer van het zorgpad bij dezelfde ziekte in [fusielocatie B], dat moet op elkaar afgestemd worden. (...) Als je dat niet tijdig doet, zitten daar risico's in voor een patiënt, omdat je aanneemt dat er dingen gebeuren terwijl die niet gebeuren. (Interview inspecteur 2)

De verschillen die bestaan tussen de twee fusieziekenhuizen—in termen van verschillende protocollen, verschillende IT-systemen en het gebruik van verschillende typen medische apparatuur—kunnen risico's in zich dragen omdat zorgprofessionals in een fusie veelal gevraagd wordt om op beide locaties te werken en zij geconfronteerd worden met deze verschillen. De harmonisatie van dergelijke verschillen is volgens veel respondenten dan ook de voornaamste prioriteit in een fusietraject, een taak die een directeur van een kwaliteitsadviesbureau omschrijft als "een *enorme* bult werk", waarin de ogenschijnlijk kleinste details van belang zijn. Een consultant en oud-ziekenhuisbestuurder gaf ons het voorbeeld van twee fusieziekenhuizen die op de verpleegafdeling allebei kamers met vier bedden hadden ingericht. Het verplegend personeel op locatie A nummerde de bedden op deze kamers echter met de klok mee, terwijl het verplegend personeel op locatie B dit tegen de klok in deed. Het risico dat hierdoor vervolgens ontstond toen verplegend personeel op beide locaties ging werken was dat men dacht het over hetzelfde bed te hebben ('bed nummer 3'), terwijl dit niet het geval bleek—met alle risico's, bijvoorbeeld in het kader van medicijntoediening, van dien. Een kwaliteitsfunctionaris schetste dit probleem als de manier waarop de vanzelfsprekendheid rondom 'de manier van werken' die, vaak over een periode van jaren, in een ziekenhuis is ontstaan, wordt aangetast als gevolg van de fusie.

[De] mensen die nu bij ons op de afdeling werken—die kinderverpleegkundigen—die worden nu langzamerhand ingewerkt [op de kinderafdeling op de andere ziekenhuislocatie], daar hebben ze een aantal dagen voor gekregen. Nou die zeggen 'het is echt alsof ik een nieuwe baan heb: andere patiëntenpopulatie, andere systemen, ICT, het ziekenhuis opnieuw leren kennen, alle aanvragen en aanpalende disciplines zijn anders. Het is een volledig nieuwe baan'. Dus het is niet zo dat je zegt: kinderafdeling en kinderafdeling, je zet het naast elkaar en je gaat gewoon weer verder. (Interview voorzitter VAR, lid VAR en secretaresse VAR, ziekenhuis C)

Naast verschillende systemen en werkwijzen die twee fuserende ziekenhuizen er op na kunnen houden, noemen respondenten ook regelmatig het bij elkaar brengen van twee verschillende groepen mensen met een andere cultuur als mogelijk risico voor de veiligheid en kwaliteit van zorg. Daarbij is ook een mogelijke historie van concurrentie onderdeel gaan uitmaken van de identiteit en cultuur van een ziekenhuis.

Je hebt op een gegeven moment een bepaalde werkcultuur met elkaar en hoe zorg je dat mensen elkaar goed leren kennen? Er is natuurlijk ook wel eens wat wantrouwen over en weer van: 'zijn doen het minder goed' of 'zij zijn arrogant' (...) en zodra partijen met elkaar in gesprek gaan verdwijnt dat wel, maar ja, ziekenhuizen in dezelfde stad hebben soms een beeld van elkaar. (Interview kwaliteitsfunctionaris, ziekenhuis B)

Ook geven meerdere respondenten aan dat een ziekenhuis in een fusietraject het gevaar loopt erg naar binnen gekeerd te zijn; een fusie maakt dat een ziekenhuis, voor een bepaalde periode, "intern gericht" is (interview voorzitter en vicevoorzitter VAR, ziekenhuis A).

Als [een fusie ergens] de aandacht van wegtrekt is het meer de grote innovaties. Want je verandert wel, je verbetert wel—hoop je—doordat je werkprocessen op elkaar afstemt en daarin is de uitdaging om te verbeteren, niet zodanig te gaan polderen 'oh dan krijg jij dat protocol, krijg ik dat protocol', maar om echt vanuit de inhoud die discussie goed te voeren, dus daar verbeter je wel. Maar de grote sprongen, de grote stappen.... We kijken nu wel met name naar binnen, wat minder naar buiten dan normaal, dus dat risico zie ik wel. En dat zeggen we ook wel tegen elkaar: het is prima om die aandacht nu te hebben, maar je moet wel zorgen dat je niet achter gaat lopen in zorginnovaties of belangrijke stappen. Of bijvoorbeeld, ik zou heel graag de stap willen maken naar meer patiëntenparticipatie en (...) daar zijn we wel op kleine onderdeeljes mee bezig maar om nu een grootschalig traject te doen met het scholen van mensen (...), daar is gewoon even de tijd niet voor. Dus dat merk ik wel; we hebben een hele mooie kwaliteitsvisie, waarin we al geprobeerd hebben om niet te ambitieus te zijn, maar dan alsnog is het best moeilijk om die te realiseren in de tijd dat alle basisprocessen gaan rommelen. (Interview kwaliteitsfunctionaris, ziekenhuis B)

De kwaliteitsfunctionaris beaamt daarmee de eerdere observatie van een inspecteur dat "projecten voor meer veiligheid en betere kwaliteit in het ziekenhuis *on hold* gaan omdat er gefuseerd wordt" (interview inspecteur 1). Tijdens een fusietraject is het al lastig genoeg om de kwaliteit en veiligheid op peil te houden, laat staan het initiëren van nieuwe verbeterprojecten. "En hoe je het wendt of keert; ergens komt vooral (...) voorop lopen of nieuwe ontwikkelingen aanboren, innovatie, in het gedrang [tijdens een fusietraject]" (interview voorzitter VMS, ziekenhuis B).

Het cliëntenperspectief tijdens het fusieproces

Alle (vice)voorzitters van de cliëntenraden die we gesproken hebben geven aan dat ze dusdanig druk zijn geweest met de fusie dat andere thema's, die ze zelf graag zouden agenderen, beperkt aan bod zijn geweest.

We wisten: met zo'n fusievorming krijg je heel veel adviesvragen rondom allemaal organisatorische dingen, over lateralisaties van afdelingen, daar hebben we er giga-veel van gehad. Soms vond ik dat wel jammer, omdat het dan heel veel gaat over: die afdeling die gaat nu sluiten, dat gaat van [locatie A] naar [locatie B] en verbouwingen en ja, dat patiëntenperspectief, waar we het vroeger nog wel eens vaker over hadden, ik vond dat daar weinig aandacht voor was. (...) Een nieuwe visie op zorg en verpleging en (...) de inhoudelijke thema's rondom de patiëntenzorg, die kwamen wat op de achtergrond te [staan] door allerlei fusieaangelegenheden (...) want dit ziekenhuis heeft zich helemaal opnieuw georganiseerd en is daar nog mee bezig; het is nog niet klaar. (Interview voorzitter cliëntenraad, ziekenhuis A)

Een andere voorzitter onderschrijft deze opvatting.

Interviewer: Heeft u het idee: 'onze agenda wordt nu voornamelijk bepaald door de fusie'?

Voorzitter: Ja, ja. En dat was tweemaal, want het had natuurlijk te maken met alle dingen die je worden voorgelegd door de Raad van Bestuur voor advies, maar ook omdat we als cliëntenraad moesten [samengaan] en dat heeft tijd gekost omdat we toch twee verschillende clubs waren, [met een] eigen achtergrond, eigen geschiedenis, eigen cultuur. (...) Dat zijn allemaal dingen; je kan die tijd niet aan iets anders besteden, terwijl je eigenlijk ook inhoudelijke onderwerpen hebt die je zelf op de kaart wil zetten, los van wat er dan van je gevraagd wordt.

Interviewer: Zijn er daardoor bij u ook dingen even op de plank blijven liggen?

Voorzitter: Nou, er zijn in ieder geval dingen langzamer gegaan, dan wel nog steeds op het lijstje blijven staan van; dat willen we graag doen maar dat is er niet van gekomen, ja. (Interview ambtelijk secretaris en voorzitter cliëntenraad, ziekenhuis B)

Ook hier kan er in de agendasetting van de cliëntenraad sprake zijn van zaken die *on hold* komen te staan als gevolg van de fusie. Hoewel een fusie misschien maar weinig 'leeft' onder cliënten, wordt desalniettemin een groot deel van de agenda van de cliëntenraad gedomineerd door 'fusieaangelegenheden'. Hierin wordt een cliëntenraad meegenomen in de agenda van de Raad van Bestuur, volgens het *Major Decisions Model*, waarin "patient representatives are asked to voice their perspective regarding major operational decisions", in tegenstelling tot het *Everyday Life Model*, waar de veronderstelling is dat de cliëntenraden zelf de agenda kunnen bepalen (Schillemans e.a. 2016: 6, 14).

Hoewel de respondenten in fusieziekenhuizen verschillende typen risico's voor kwaliteit en veiligheid van zorg vaak afzonderlijk bespreken, (h)erkennen zij dat deze in de praktijk niet als los van elkaar gezien kunnen worden, maar voortdurend op elkaar ingrijpen.

Ik sprak van de week een afdelingsleider en die zei 'als ik aan een dingetje trek, dan vallen er 20 pionnen om'. (...) Alles [is] met elkaar verweven (...) en er [verandert] gewoon heel veel (...) op het moment dat je zorg gaat verplaatsen en dat varieert van de bedden die je gebruikt, die je gewend bent te gebruiken, (...) het gebruik van de middelen, van de infuuspompen, tot aan medicatie, OK-processen, tot aan hoe spreek je elkaar aan—want dat was natuurlijk ook een aspect. Je hebt de harde kant (...), de richtlijnen, protocollen, werkwijzen, maar ook voor de zachte kant moet je aandacht hebben. (Interview kwaliteitsfunctionaris, ziekenhuis B)

Het is om dezelfde reden dat de Inspectie een fusietraject met argusogen bekijkt: "je moet [bij een fusie] echt van nul af aan [beginnen] en eigenlijk, bij iedere fusie een hele nieuwe organisatie bouwen" (interview afdelingshoofd IGZ).

5.3

De relatie tussen fusies en kwaliteit en veiligheid van zorg, volgens de fusieziekenhuizen

De mensen die we binnen de fusieziekenhuizen hebben geïnterviewd, hebben we veelal de zienswijze van de Inspectie omtrent fusies—een fusie kan de aandacht die nodig is voor kwaliteit en veiligheid opslokken of doen verslappen, met de daarbij horende risico's—voorgelegd, met de vraag of zij deze denkwijze onderschreven. De meeste respondenten geven aan dat een fusietraject inderdaad veel aandacht en tijd kost. Zo stelt een voorzitter van de medische staf:

[De fusie] kost wel heel veel energie en tijd. (...) We kunnen misschien niet allemaal de tijd steken in het runnen van poli's en een operatiekamer. De mensen die op de operatiekamer werken, die moeten meepraten over hoe we in de nieuwe operatiekamer gaan samenwerken, dus dat kost allemaal tijd en geld (...). Dat maakt het wel wat lastig soms. (Interview voorzitter VMS, ziekenhuis C)

Een kwaliteitsfunctionaris is eenzelfde mening toegedaan:

[De fusie vraagt] inderdaad wel veel. (...) Normaal doen we op relatief kleine veranderingen een uitgebreide PRI [prospectieve risicoanalyse] en (...) dit is zo groot, je kunt niet op elk deelprojectje een PRI doen, dan ben je iedereen kwijt van de werkvloer. Dus dat vind ik met name een kunst: enerzijds moet gewoon het primaire patiëntenproces doorgaan en anderzijds heb je diezelfde mensen—verpleegkundigen en artsen—ook nodig voor het harmoniseren van de protocollen en om ze te betrekken bij de PRI's en hoe vind je de balans daartussen (...). Daarin moet je keuzes maken. (Interview kwaliteitsfunctionaris, ziekenhuis B)

Hoewel de respondenten beamen dat een fusietraject veel aandacht en tijd kost, wat soms "lastig" is, zijn ze kritisch op het idee van de Inspectie dat deze aandacht ten koste gaat van de aandacht voor kwaliteit en veiligheid van zorg. Een directeur van een fusieziekenhuis typeert de denkwijze van de Inspectie als "het nemen van de binnenbocht" (interview voorzitter RvB, ziekenhuis A). De respondenten uit de ziekenhuizen nuanceren deze denkwijze op drie manieren: 1) de Inspectie lijkt een fusie en kwaliteit en veiligheid van zorg als twee los van elkaar staande en tegengestelde dingen te beschouwen, waarbij aandacht voor het een ten koste gaat van aandacht voor het ander, een visie die de respondenten bevragen, 2) de respondenten geven aan dat binnen een ziekenhuis aandacht altijd verdeeld dient te worden, omdat een ziekenhuis zich altijd met meerdere grote uitdagingen of veranderingen geconfronteerd ziet, waarbij ook een ziekenhuis dat niet fuseert nooit enkel en alleen aandacht zal hebben voor de kwaliteit en veiligheid van zorg en 3) een fusie biedt ook mogelijkheden om van elkaar te leren en de fusie kan zo een positieve impact hebben op de kwaliteit en veiligheid van zorg.

Verschillende respondenten geven aan dat ze aandacht voor de fusie en aandacht voor kwaliteit en veiligheid van zorg niet als tegengesteld ervaren. Veel respondenten zeggen dat er juist veel aandacht is voor kwaliteit en veiligheid ten tijde van het fusietraject, ingegeven door de (h)erkenning dat een fusie een risico kan vormen voor de kwaliteit en veiligheid van zorg.

Ik denk juist dat je in de tijd van een fusie (...), alles op scherp hebt staan, bijvoorbeeld de risico's rondom medicatie; die staan nu 10 keer zo hard onder de loep als eerst. Dus dat brengt een fusie ook wel met zich mee; dat je jezelf als organisatie eigenlijk ook al onder verscherpt toezicht stelt omdat je er dondersgoed van bewust bent dat een aantal dingen lastig loopt en dat je die gelijk wilt trekken. Dus ik denk dat een organisatie (...) die in een fusie zit, zichzelf al ongelofelijk in het vizier houdt, meer dan anders. (...) Kwaliteit heeft bij ons [nog nooit] zo'n grote dimensie gekregen als nu we in de fusie zitten. Ik vind het geweldig. (Interview kwaliteitsfunctionaris, ziekenhuis A)

Deze kwaliteitsfunctionaris geeft aan dat er juist nu, en meer dan 'normaal', aandacht is voor kwaliteit en veiligheid van zorg en dat de risico's die het ziekenhuis herkent in het fusietraject ervoor zorgen dat het ziekenhuis zichzelf "onder verscherpt toezicht stelt". Een voorzitter van de medische staf noemde de fusie "enorm stimulerend", omdat een fusie van de ziekenhuizen vraagt om de bestaande werkwijzen en protocollen kritisch onder de loep te nemen. Een voorzitter van de Raad van Bestuur spreekt over de fusie als potentieel risicovol, "maar het is ook tegelijkertijd weer een geweldige gelegenheid om eens te kijken hoe je het eigenlijk allemaal precies deed. Het tapijtje wordt toch opgetild om te kijken wat er onder zit" (interview voorzitter RvB, ziekenhuis C). Een andere voorzitter van de Raad van Bestuur sluit zich hierbij aan, wanneer hij stelt dat hij het "als een enorme kwaliteitsslag [heeft] ervaren, hoe wij de afgelopen jaren bezig zijn gegaan met het harmoniseren van protocollen en elkaar vragen stellen. 'Waarom doe je dat? Dat kan toch ook anders?'" (interview voorzitter RvB, ziekenhuis B). Hierbij wordt een fusie door deze respondenten gezien als potentieel risicovolle onderneming, die ziekenhuizen juist daardoor dwingt tot kritische reflectie op het kwaliteit- en veiligheidsbeleid. Het idee dat een fusie de vanzelfsprekendheid van 'de manier van werken' die in een ziekenhuis heeft postgevat kan doen wankelen wordt hier als positief beschouwd; het nodigt een ziekenhuis uit tot reflectie en stelt de fusieziekenhuizen in staat om te leren van elkaar.

Dat is het mooie van een fusie; dat je de verschillen zo helder hebt van 'goh waarom hebben zij dit op rood staan en wij dat?', dat je dan kunt kijken van 'verhip, maar als de ander het niet op rood heeft staan, wat doen zij dan wel wat wij niet doen?' Dus zo'n fusie zie ik vooral ook als heel veel leren van elkaar, zo staan we er ook zeker in. (Interview kwaliteitsfunctionaris, ziekenhuis A)

Daarmee zien respondenten in de fusieziekenhuizen een fusie niet alleen als een gevaar, maar juist ook als kans om de kwaliteit en veiligheid van zorg te verbeteren.

[We] hebben alle twee onze goeie kanten [de beide fusiepartners] en dat klinkt heel cliché, maar (...) *the best of both worlds* (...), dat hebben we wel met z'n allen omarmd en daar ben ik heel blij om. En dan zie je inderdaad dat kwaliteit juist een boost krijgt en het is ook wel schrikken van alle dingen die dan nog moeten en beter moeten kunnen, voorbij dat je in zo'n gelateraliseerde situatie zit als je niet in een fusie zit, want dan is er niemand die jou eens door elkaar schudt, van (...) 'hé, dit kan ook zo' of 'dat kan ook zo', maar nu word je flink door elkaar geschud. (Interview kwaliteitsfunctionaris, ziekenhuis A)

Volgens deze kwaliteitsfunctionaris kan het destabiliserende effect van een fusie—"je [wordt] flink door elkaar geschud"—positief uitpakken als blijkt dat de verschillen tussen de wijze waarop ziekenhuizen werken en vorm geven aan kwaliteit en veiligheid, leiden tot een evaluatie en implementatie van *best practices*. Een fusie kan daarmee "*the best of both worlds*" belichamen. Een inspecteur die wij gesproken hebben nuanceert deze opvatting en geeft aan dat het niet vanzelfsprekend is dat de *best practice* doorslaggevend is in dit afstemmingsproces.

Het rare in het fusietraject is dat het ziekenhuis wat al geneigd is om minder te melden, als je niet uitkijkt de norm wordt in de fusie. (...) Het ziekenhuis wat meer meldt, (...) die trekt het andere ziekenhuis niet mee omhoog. (...) Daar maak ik me altijd zorgen over en dat is mijn gevoel—ik heb daar geen wetenschappelijke *evidence* voor—dat in het traject van fusie, het laagste niveau wint. (Interview inspecteur 4)

Volgens deze inspecteur is het geen gegeven dat de *best practice* op een bepaald gebied automatisch de overhand zal hebben wanneer ziekenhuizen in een fusietraject op zoek zijn naar afstemming. Daar waar *the best of both worlds* een mogelijkheid is, geschetst door de kwaliteitsfunctionaris, wijst de inspecteur op de mogelijkheid van *the worst of both worlds*. Een andere kwaliteitsfunctionaris is eveneens kritisch op het idee dat in een fusie de *best practice* uitgelicht en geïmplementeerd kan worden.

Wij zijn in verhouding natuurlijk een heel groot ziekenhuis vergeleken bij het ziekenhuis in [plaatsnaam A]. De kans is wel heel groot dat de werkwijze van [ons] de overhand gaat krijgen, gewoon omdat wij groter zijn. Het is een veel grotere klus om een *best practice* in [plaatsnaam A], (...) te implementeren in [plaatsnaam B] dan iets wat in [plaatsnaam B] werkt in [plaatsnaam A] te implementeren, omdat het een veel kleiner ziekenhuis is. Dus dan vraag ik me wel af of die *best practice* dan ook echt gezien wordt en vervolgens ook toegepast gaat worden naar zo'n groot ziekenhuis als wij zijn—terwijl het het wel zou verdienen. Maar in de praktijk zou ik het eerlijk gezegd niet zo voor me zien. (Interview kwaliteitsfunctionaris, ziekenhuis C)

Deze kwaliteitsfunctionaris is kritisch op het idee van *the best of both worlds* vanuit het fusietraject waar ze bij betrokken is, waarin de fusiepartners niet even groot zijn; 'de werelden' zijn niet gelijkwaardig, waardoor het voor de hand ligt dat de werkwijze van het grotere ziekenhuis de overhand zal krijgen, in plaats van de beste werkwijze. Dit sluit aan bij het mogelijke probleem van 'gebrek aan onderling leren' van Fulop e.a. (2005) als de relatie tussen ziekenhuizen, die mogelijk gevoed wordt door wantrouwen, bepaald is voor of een *best practice* werkelijk wordt overgenomen, in plaats van de waarde van de *best practice* zelf.

5.4 Toezicht op fusieziekenhuizen

Zoals reeds opgemerkt wordt een fusie binnen de Inspectie beschouwd als een *life event*. Gevraagd of een fusie voor de IGZ reden is om haar toezicht te intensiveren, dan wel op enige wijze aan te passen, geven inspecteurs aan dat dit niet het geval is.

Wij behandelen een fusieziekenhuis op dit moment hetzelfde als een ander ziekenhuis, tenzij er echt harde signalen zijn: het stijgen van meldingen, of door meer klachten, of (...) in de media berichten, of [als er] anderszins signalen zijn waaruit blijkt dat de kwaliteit onder druk staat. Dan gaan we er wel op af, maar dat is (...) reactief. [We] kijken nu niet proactief, op het moment dat ziekenhuis A en B zeggen 'wij [gaan] een fusietraject aan in de komende twee jaar', [dan] is het niet zo dat er bij ons geroepen wordt: 'oh, dat betekent dit en dit voor ons en we trekken de instrumenten uit de la en we gaan op maand 1, 8 en 12 die en die bezoeken afleggen om te kijken'. (Interview inspecteur 2)

Ondanks het feit dat de Inspectie haar toezicht op fusieziekenhuizen niet anders is dan haar toezicht op andere ziekenhuizen, blijkt uit verschillende opmerkingen van inspecteurs wel dat ze een fusie met aandacht volgen. Zo stelt een inspecteur: "we kijken met wat meer belangstelling [naar fusieziekenhuizen], maar we hebben geen instrument dat we gebruiken" (interview inspecteur 2). Een andere inspecteur geeft aan dat wanneer er in een ziekenhuis *life events* spelen, zoals een fusie, ze daar "alert op zijn" en "achter de schermen [een instelling] beter (...) volgen" (interview inspecteur 3). Ondanks het feit dat de Inspectie op dit moment geen gestandaardiseerd toezichtinstrument in handen heeft waarmee het fusieziekenhuizen toetst, geeft een inspecteur aan dat zij reeds bestaande instrumenten—onaangekondigde bezoeken en thematisch toezicht—heeft ingezet om iets te weten te komen over (de status van) het fusietraject.

Ik had op alle twee de locaties een onaangekondigd bezoek gebracht, ik had hetzelfde bezoekinstrument gebruikt, voor dezelfde toetsing die ik daar kwam doen. Ik zei: 'ik ga even toetsen of die afdeling voldoet aan [een specifiek thema], maar doordat ik dat op dezelfde dag onaangekondigd doe binnen de twee hoofdlocaties van het ziekenhuis, heb ik daarna ook zicht op hoe jullie de fusie vormgeven, hoe ver jullie al in dat traject zijn op de werkvloer'—want ze zijn bestuurlijk en juridisch allemaal gefuseerd, is allemaal klaar. Ja, en wat trof ik daar? Zij hebben daar de zorg gelateraliseerd, maar ze hebben de protocollen, procedures niet op elkaar afgestemd, medewerkers zijn onvoldoende ingewerkt. En daar heb ik van gezegd 'als je zo doorgaat met je fusie in je organisatie, dat kan niet. Je moet voortaan eerst mensen inwerken, je moet eerst de procedures en protocollen en de systemen op elkaar aansluiten en dan kan je daadwerkelijk lateraliseren en mensen op de andere locatie laten werken'. En die bestuurder had zichzelf dat eigenlijk niet eens gerealiseerd. (Interview inspecteur 4)

De respondenten die wij in de fusieziekenhuizen gesproken hebben geven veelal aan weinig tot niks gemerkt te hebben van de extra belangstelling of de alertheid van de Inspectie. Dit verbaast een afdelingshoofd niet.

Interviewer: [Een] van de vragen [bij een interview met een voorzitter van de RvB van een fusieziekenhuis] was 'merk je nou iets van de Inspectie tijdens zo'n fusie?'

Afdelingshoofd IGZ: En die zeggen 'nee'.

Interviewer: Die zeggen 'nee'.

Afdelingshoofd IGZ: Dat is ongeveer wat ik net ook zei; er wordt dan bij ons intern wel van alles besproken en inspecteurs gaan dan wel wat vaker bij de raden van bestuur en in het ziekenhuis langs, maar wij hebben (...) geen specifieke fusiegesprekken. Dus zij zullen zeggen 'nee', omdat zij het niet herkennen. (Interview afdelingshoofd IGZ)

De bevinding dat fusieziekenhuizen weinig tot niets merken van de extra aandacht van de Inspectie ten tijde van een fusie kan (deels) verklaard worden vanuit het feit dat deze aandacht binnen de Inspectie kan bestaan zonder dat deze als zodanig naar de ziekenhuizen gecommuniceerd wordt. Dit sluit aan bij de wijze waarop een inspecteur het toezicht op fusies omschrijft en een fusieziekenhuis "behandelt (...) net als elk ander ziekenhuis, maar *je houdt wel in je achterhoofd*; zodra er signalen komen denk je wel: 'oh ja, dat is een fusieziekenhuis, als dit er nog bij komt en dat komt er nog bij, dat is wel een reden om het gesprek aan te gaan'" (interview inspecteur 3, cursivering auteurs). Het fusietoezicht, wat niet geïntensiveerd of gewijzigd wordt "tenzij er echt harde signalen zijn (...) waaruit blijkt dat de kwaliteit onder druk staat" (interview inspecteur 2), lijkt daarmee geïntegreerd in het risicogestuurd toezicht van de Inspectie.

5.5 Alternatieve wijze van toezicht tijdens fusies

Verskillende respondenten geven aan dat een fusie reden zou moeten zijn voor specifieke aandacht van de Inspectie. Een voorzitter van de medische staf kan zich goed vinden in het idee van specifiek fusietoezicht: "ik denk dat je mensen (...) daarmee helpt, door ze echt alert en scherp op [kwaliteit en veiligheid] te houden. Want heel vaak ligt het idee dat een fusie de veiligheid en de kwaliteit verhoogt voor de patiëntenzorg, niet aan de basis van de fusie" (interview voorzitter VMS, ziekenhuis B). Een kwaliteitsfunctionaris geeft aan meerwaarde te zien in specifiek fusietoezicht "omdat [een fusie] (...) verregaande consequenties heeft" (interview kwaliteitsfunctionaris, ziekenhuis C). De risico's die de respondenten aanwijzen als specifiek voor een fusie, zien ze als aandachtsgebieden waar het toezicht van de Inspectie zich voorafgaand—zoals we al zagen in hoofdstuk 4—en vervolgens ook na de effectuering van de fusie op kan richten.

Als je eenmaal bezig bent [met fuseren], extra bezoeken [van de Inspectie], ik denk dat dat helemaal niet verkeerd is. En dan (...) heel gericht op het fusieproces; 'hoe hebben jullie geborgd dat...? Hebben jullie een aparte protocollencommissie die de protocollen op tijd harmoniseert, voordat je enige patiënt of medewerker verschuift? Is daar al een begin gemaakt? Of hebben jullie nog aparte ziekenhuisbrede protocollen, op verschillende locaties?' Aan dat soort dingen denk ik dan. (Interview voorzitter VMS, ziekenhuis B)

Daar waar de Inspectie het toezicht op fusies op dit moment lijkt te integreren binnen het risicogestuurd toezicht—"harde signalen", zoals meer meldingen of meer klachten zijn aanleiding voor een intensivering van het toezicht, de fusie op zichzelf niet—lijken respondenten te pleiten voor de inrichting van themabezoeken rondom een fusietraject, waarbij er wel sprake is van 'specifieke fusiegesprekken'.

Kwaliteitsfunctionaris: Ik zou hier echt een themabezoek wel van verwachten, echt gewoon een bezoek.

Interviewer: Gericht op de fusie?

Kwaliteitsfunctionaris: Ja, gericht op de fusie (...) Bij het voornemen eigenlijk al (...) en dan kan een Inspectie denk ik heel goed inschatten hoe de plannenmakerij eruit ziet; of het er gedegen uit ziet of minder gedegen en mijn ervaring is gewoon wel: als de Inspectie er vragen over stelt en zeker als er een themabezoek over zou gaan (...), dat helpt! Dat helpt ook gewoon weer om het kwaliteitsbesef erin te krijgen. (...) Ik zou wel (...) twee keer per jaar of een keer per jaar, afhankelijk van het tempo waarin het gaat, zou ik daar gewoon een bezoek voor afleggen. En gewoon in gesprek met (...) een aantal mensen—key spelers—in de organisatie (...). Nou, dat is een goed bezoek, dat denk ik zeker. Ik denk een vragenlijst en afhankelijk van de uitkomsten van dat bezoek zou [er] dan nog (...) contact op papier of wat ook kunnen zijn, maar ik denk dat het ook erg helpt om die kwaliteit te kunnen borgen dat er een bezoek plaatsvindt. Tenminste, mijn ziekenhuis kennende helpt dat.

Interviewer: Ja en dan [zou de Inspectie] dus toetsend optreden ook met betrekking tot de plannen en hoe dan kwaliteit geborgd wordt gedurende dat hele [fusie]traject?

Kwaliteitsfunctionaris: Ja, ja, absoluut. (Interview kwaliteitsfunctionaris, ziekenhuis C)

Het fusietoezicht zou daarbij voortvloeien uit de eerdere identificatie van risico's van de fusie voor de kwaliteit en veiligheid van zorg, die het ziekenhuis in dialoog met de Inspectie heeft aangewezen en waar de Inspectie vervolgens toetsend op kan acteren.

Samenvattend hebben we in dit hoofdstuk laten zien dat zowel de Inspectie als fuserende ziekenhuizen onderkennen dat met een fusie allerlei risico's opdoemen voor de kwaliteit van zorg. Deze risico's zitten zowel in het proces van lateralisatie dat ziekenhuizen ondergaan en waarin allerhande zorgprocessen en culturen op elkaar moeten worden afgestemd, als in de grote aandacht die fusies vragen waardoor andere innovaties tijdelijk stil komen te staan. Omdat fusies op zoveel plekken tegelijk aandacht vragen is het bovendien niet altijd mogelijk om aan al die onderdelen evenveel aandacht te besteden—zoals het uitvoeren van prospectieve risico-inventarisaties. Fuserende ziekenhuizen ontkennen echter dat de aandacht voor kwaliteit en veiligheid als zodanig afneemt tijdens het fusieproces en geven aan dat fusies een spiegel voorhouden aan beide partners zodat er juist extra aandacht is voor kwaliteit en veiligheid. Extra aandacht van de Inspectie kan volgens fuserende ziekenhuizen in dit proces een ondersteuning zijn.

6. Gevolgen van het MSB voor (toezicht op) kwaliteit

Net als bij de casus ziekenhuisfusies, is er bij de oprichting van het medisch specialistisch bedrijf (MSB) sprake van een verandering in de organisatiestructuur die invloed kan hebben op de kwaliteit van zorg. In dit hoofdstuk bespreken we de opvattingen hierover van externe deskundigen, inspecteurs van de IGZ en betrokkenen vanuit de bestudeerde ziekenhuizen. Twee van de drie gefuseerde ziekenhuizen hebben te maken met het MSB; in het derde ziekenhuis is er geen MSB opgericht, vanwege verwachte negatieve effecten. Net als bij fusies worden er zowel risico's als kansen benoemd. Waar de IGZ fusies expliciet als een risicofactor benoemt waarvoor extra aandacht nodig is, is dat bij het MSB echter anders; dit wordt meer gezien als een interne aangelegenheid van ziekenhuizen. Toch zijn er binnen de IGZ geluiden te horen dat ook voor het MSB meer aandacht zou moeten komen. Hoewel veel betrokkenen vanuit ziekenhuizen zich kunnen vinden in een terughoudende rol van de IGZ ten aanzien van het MSB, worden ook vanuit deze hoek aanbevelingen gedaan voor de toekomstige rol van de Inspectie.

6.1 Opvattingen over de relatie tussen MSB en kwaliteit van zorg

Uit bestaand onderzoek naar het MSB blijkt al dat er eigenlijk niet gesproken kan worden van 'het' MSB. Veel van onze respondenten geven ook aan dat er in werkelijkheid sprake is van grote variatie; het is een overkoepelende term, "maar hoe het is ingericht, hoe het functioneert, hoe de relatie is tussen het ziekenhuis en het MSB, daarin is echt een enorm grote variatie" (interview deskundige governance in de zorg).

De mogelijke gevolgen van het MSB voor de kwaliteit van zorg hangen af van de precieze invulling ervan. Toch doen veel respondenten—op basis van wat zij zelf hebben ervaren of wat zij van anderen hebben gehoord—algemene uitspraken over de (negatieve en positieve) opbrengsten van het MSB. Vooral inspecteurs, voorzitters van de RvB, voorzitters van de VMS en externe deskundigen gaven hier hun mening over; andere geïnterviewde betrokkenen vanuit de ziekenhuizen—kwaliteitsmedewerkers en voorzitters van VAR en cliëntenraden—gaven veelal aan dat zij niet veel te maken krijgen met vraagstukken rond het MSB en hier niet veel over konden vertellen. Zo stelt een VAR-lid: "Voor de verpleegkundige beroepsgroep maakt het in feite niet veel uit, hoe dat daar georganiseerd is. (...) Op de werkvloer is er qua structuur niets veranderd; dezelfde artsen lopen visite, de poli's gaan door en wat er dan omheen gebeurt..." (interview voorzitter VAR, lid VAR en secretaresse VAR, ziekenhuis C). Op basis van de interviews kunnen we de opvattingen over de relatie tussen het MSB en kwaliteit van zorg in vier categorieën indelen:

- Het MSB vormt een aanhoudend risico voor kwaliteit, vanwege de organisatiestructuur;
- Het MSB vormt een tijdelijk risico voor kwaliteit, vanwege de aandacht die uitgaat naar de oprichting ervan;
- Het MSB heeft geen invloed op kwaliteit, omdat het in de praktijk een voortzetting van de bestaande verhoudingen betekent;
- Het MSB biedt kansen voor het verbeteren van kwaliteit.

Hoewel bij de meeste respondenten een van de bovenstaande opvattingen dominant was, noemden ze meestal meerdere mogelijkheden. We zullen hieronder elke opvatting kort toelichten.

6.1.1 MSB als structureel risico

De mogelijke nadelige gevolgen van de oprichting van medisch specialistische bedrijven die in opiniestukken naar voren werden gebracht, hebben we ook terug gehoord tijdens de interviews: de veranderende verhouding tussen Raad van Bestuur en medisch specialisten, de dominantie van fiscale overwegingen, en de toegenomen complexiteit van de organisatie.

Voor de *veranderende verhouding tussen Raad van Bestuur en artsen* wordt door verschillende betrokkenen als risico genoemd. Allereerst wordt er door respondenten gewezen op de onwenselijkheid van het

“outsourcen van je *core business*”, zoals een voorzitter van de Raad van Bestuur (in ziekenhuis B, zonder MSB) het noemt; volgens hem wordt de verantwoordelijkheid voor kwaliteit en veiligheid dan buiten het ziekenhuis gelegd. Ook tijdens het MSB-congres waar we geobserveerd hebben zei een bestuurder: “geen enkele organisatie besteedt zijn kernactiviteit uit.”

Naast deze algemene kritiek op het ontstaan van een grotere afstand tussen RvB en specialisten benoemen sommige respondenten ook meer specifieke risico's die hiermee samenhangen. Een voorbeeld is dat de bestuurders van het MSB op de stoel van de RvB (proberen te) gaan zitten.

Je ziet nu op meerdere plaatsen een co-bestuur ontstaan, waarbij je het bestuur van het MSB hebt en die vaardigen dan één of twee dokters af die in het overleg met de Raad van Bestuur zitten, [dat gaat] over de echte besturing van het ziekenhuis. Daarmee krijg je nog meer schuivende machtsverhoudingen, want de Raad van Bestuur kan niks meer besluiten zonder dat de medisch specialist er ook iets van vindt. Dat gaat dan echt over alles. (Interview afdelingshoofd IGZ)

Een ander risico is dat de RvB individuele artsen niet meer direct kan aanspreken; het bestuur van het MSB wordt het aanspreekpunt. Bij disfunctioneren zou dit tot problemen kunnen leiden. Hoewel dit nog niet aan de orde geweest, ziet een bestuurder in een ziekenhuis dat samenwerkt met een MSB wel risico's hiervan.

Maar wij kunnen daar individueel niet meer bij, omdat er geen toelatingsovereenkomst meer bestaat en we zijn dus afhankelijk van inzichten en beleidsmaatregelen van het MSB. Je ziet dus ook wel in de praktijk dat als er problemen zijn binnen maatschappen, dat het dan toch in de praktijk wel nodig is om als Raad van Bestuur en MSB gezamenlijk op te trekken; dat lost men dan toch niet alleen op. (...) Het wordt wat ingewikkelder, wellicht, als het gaat om het functioneren op individueel medisch specialistisch niveau, want daar kan je dan wat minder makkelijk bij. (Interview voorzitter RvB, ziekenhuis C)

Volgens deze bestuurder is het in de praktijk maar “afwachten of het MSB in staat is om maatregelen te treffen als het niet goed gaat”, maar hij stelt dat de RvB altijd nog “aan de noodrem” kan trekken, door een disfunctionerende arts de toegang tot het ziekenhuis te ontzeggen (interview voorzitter RvB, ziekenhuis C).

De *dominantie van fiscale overwegingen*, waarbij specialisten niet geprikkeld zouden zijn om te investeren in kwaliteitsverbetering, wordt ook door diverse respondenten genoemd. Een bestuurder zegt:

De last is eigenlijk dat het een fiscaal-juridisch construct is, dat MSB, waar inkomensmaximalisatie een belangrijke kracht wordt. (...) Daar ontstaat onrust door en die onrust is heel moeilijk in lijn te brengen met het inhoudelijke beleid dat je wilt voeren. Want, ja, dan gaat het gewoon over de verkeerde dingen en dan wordt dus het inhoudelijke besluit onderdeel [van] of ondergeschikt aan de financiële aspecten. (Interview voorzitter RvB, ziekenhuis A)

Dergelijke zorgen hoorden we ook binnen de IGZ. Zo vertelde een inspecteur dat medisch specialisten verenigd in het MSB minder geneigd (kunnen) zijn om deel te nemen aan kwaliteitscommissies en verbetertrajecten, omdat de financiële belangen van het MSB, en de specialist, hiermee niet direct gediend zijn (interview inspecteur 1). Volgens deze inspecteur kunnen daardoor private belangen ten koste gaan van het publieke belang. Een andere inspecteur zegt dat geld een belangrijke drijfveer achter het MSB was, en dat dat doorwerkt in de verhoudingen tussen MSB en bestuurders (interview inspecteur 2). Een afdelingshoofd van de IGZ zegt te weten van discussies over financiën—MSB's die meer geld willen van de RvB, wat ten koste kan gaan van geld dat beschikbaar is voor apparatuur en personeel—maar geeft ook aan dat dergelijke problemen de IGZ niet altijd bereiken: “Wij zien dat als een toezichtsrisico, maar hoe weten wij dat dit gebeurt?” Een voorzitter van de Vereniging Medische Staf die betrokken is bij een MSB nuanceert echter het belang van financiële belangen. De oprichting van het MSB ging volgens hem niet om financiële belangen—wat hij associeert met het behalen van winst—maar om *fiscale* redenen: “Niet om beter van te worden, maar gewoon om te houden wat je hebt” (interview voorzitter VMS, ziekenhuis A).

Tot slot wijzen sommige respondenten op het risico van *toegenomen complexiteit*: de constructies zijn niet transparant en het wordt moeilijker voor bestuurders om “het overzicht” en “grip” te behouden (interview

inspecteur 1). Vooral het feit dat de RvB om tafel moet met verschillende partijen—het MSB, de artsen in dienstverband (VMSD), en het stafbestuur (VMS)—en soms te maken krijgt met meerdere MSB's wordt als risico genoemd.

En wij zeggen nu: 'jongens, vorm een koepel, dat wij met één partij zaken doen', want we doen nu met drie partijen zaken. En dat is echt verschrikkelijk. (Interview voorzitter RvB, ziekenhuis A)

Tijdens het door Zorgvisie georganiseerde congres over de ervaringen met één jaar MSB, stelde de aanwezige hoofdinspecteur van de IGZ dat sommige ziekenhuizen vijf MSB's hebben: "Het is dan niet gelukt om de specialisten op één lijn te krijgen, ze zijn in verschillende groepen georganiseerd, plus loondienst ernaast, dat maakt het moeilijk voor een bestuurder om die op één lijn te krijgen, dat is een risico". Een arts in loondienst (in een ziekenhuis zonder MSB) zegt: "Die constructies zijn zo ingewikkeld, wie gaat waarover?" (interview voorzitter VMS, ziekenhuis B). Hij kan zich niet voorstellen dat dit geen gevolgen heeft voor kwaliteit en veiligheid. Hoewel veel respondenten bovenstaande risico's benoemden, noemden velen ook minder negatieve of zelfs positieve gevolgen van het MSB, die in de eerder bestudeerde opiniestukken minder aandacht kregen.

6.1.2 MSB als tijdelijk risico

We hebben eerder besproken dat de IGZ ziekenhuisfusies als een *life event* beschouwt: een ingrijpende (combinatie van) gebeurtenis(sen) die invloed kan hebben op kwaliteit en veiligheid. De oprichting van het MSB werd in onze interviews niet als zodanig bestempeld; alleen tijdens het MSB-congres noemde een aanwezige inspecteur het "een *life event* in de organisatie". Volgens een afdelingshoofd bij de IGZ is de introductie van het MSB wel een *life event*, maar heeft het geen toegevoegde waarde om dit als zodanig te benoemen, omdat de hele sector ermee te maken kreeg. De achterliggende redenering—dat het gaat om een verandering die *tijdelijk* voor opschudding zorgt—kwamen we echter vaker tegen. Een inspecteur maakt zelf ook de vergelijking tussen de gevolgen van de oprichting van het MSB en een fusie: voor beide geldt volgens haar dat het (tijdelijk) de aandacht afleidt van kwaliteit en veiligheid.

Dat geldt voor het MSB hetzelfde [als voor fusies]; we hebben gezien dat er geen een stafvergadering meer gegaan is over kwaliteit en veiligheid, alles is *on hold* gegaan op het moment dat er gepraat ging worden over MSB's. (...) Maar dat betekent ook dat normen niet aangescherpt worden, dat er niet kritisch gekeken wordt naar 'hoe moeten we dit nu doen?' Ik durf erom te wedden dat er in de afgelopen anderhalf jaar in de ziekenhuizen geen nieuwe zorgpaden zijn gemaakt, dus geen nieuwe processen zijn opgezet. (Interview inspecteur 1)

Een bestuurder van een ziekenhuis herkent deze verschuiving van aandacht:

Een op zichzelf reëel risico is dat er natuurlijk wel veel tijd en energie gaat zitten in het formeren van dit model, dus dat leidt natuurlijk altijd af van andere dingen. Dat merk je wel. (...) De eerste helft, het eerste deel van het jaar zie je dat de aandacht echt niet op de kwaliteitsportefeuille zit, dus dat leidt tot vertraging. (Interview voorzitter RvB, ziekenhuis C)

Tijdens het MSB-congres kwam dit thema ook regelmatig aan de orde: het kost tijd en aandacht om een bedrijf op te richten en dat gaat hoe dan ook ten koste van andere thema's. Een vertegenwoordiger van de medische staf in ziekenhuis B, zonder MSB, is blij dat "dit gedoe" hen bespaart is gebleven en dat ze "heel veel tijd [hebben] gehad om andere dingen te doen". Volgens een kwaliteitsdeskundige moeten MSB's gezien worden als "heel jonge organisaties" met "heel zware verantwoordelijkheden" die een tijdlang "suboptimaal" zullen functioneren. Hij denkt dat MSB's uiteindelijk tot verbetering kunnen leiden, maar dat het tijd kost voordat die kansen benut kunnen worden; daarvoor moeten MSB's eerst "uit de luiers groeien en langzaam volwassen worden" (interview directeur kwaliteitsadviesbureau). Volgens een andere deskundige is het lastige bij het beoordelen van de gevolgen van het MSB dat je "nog niet [weet] wat een aanloopprobleem is en wat definitief is" (interview consultant en oud-ziekenhuisbestuurder 2).

6.1.3

MSB als voortzetting status quo

Veel respondenten (vooral deskundigen, inspecteurs en ziekenhuisbestuurders) denken dat het MSB tijdelijke en/of structurele risico's met zich meebrengt. Tegelijkertijd moeten de gevolgen van de oprichting van het MSB volgens velen niet overschat worden: uiteindelijk bepaalt het MSB maar voor een deel hoe de verhoudingen tussen RvB en specialisten zijn. Een bestuurder zegt dat het MSB-model dat gekozen is maar minimaal bepalend is en dat "preexistente verhoudingen en communicatiestijlen" een veel grotere rol spelen (interview voorzitter RvB, ziekenhuis C). Ook andere respondenten merkten op dat er in veel ziekenhuizen toch vooral continuïteit te zien is na de oprichting van een MSB. Een deskundige spreekt van het "verhangen van de bordjes", zonder dat er werkelijk iets verandert. Het is volgens haar "heel erg afhankelijk van hoe de relatie tussen de medische staf en de Raad van Bestuur [was] vóórdat het MSB kwam" (interview deskundige governance in de zorg). Een inspecteur is het daarmee eens:

Kijk, cultuur tussen de maatschappen en de vakgroepen wordt niet anders in een MSB. Dus als er een probleem was tussen de cardiologen en de anesthesiologen in het vorige model, dan is het in het volgende model precies hetzelfde. (Interview inspecteur 1)

Tijdens het MSB-congres merkte een arts in loondienst op dat artsen in het ziekenhuis waar hij werkt—zowel degenen verbonden aan het MSB als degenen in dienstverband—"altijd al druk waren met kwaliteit en veiligheid" en dat daar geen verandering in is gekomen door het MSB. Volgens een geïnterviewde specialist is de continuïteit zelfs zo sterk, dat dit ook de tijdelijke risico's die vaak worden benoemd nuanceert. Ook al kreeg het ziekenhuis waarin hij werkzaam is tegelijk te maken met een fusie en de oprichting van het MSB, heeft dit volgens hem geen gevolgen gehad voor de patiëntenzorg.

En toch krijg je het sterke gevoel dat dokters en verpleegkundigen en andere zorgverleners dermate patiëntgericht zijn, bij de patiënten betrokken zijn, dat ze die risico's weten te vermijden. Dat ze al die gedachten en de ellende van zo'n fusie of van zo'n structuurverandering buiten die patiënt om laten spelen en nog steeds gewoon met die patiënt bezig zijn. (Interview voorzitter VMS, ziekenhuis A)

Tot slot worden de risico's van het MSB niet alleen genuanceerd, maar wordt het MSB—net als fusies—juist als een kans gezien om de organisatie te verbeteren.

6.1.4

MSB als kans

Tijdens het MSB-congres startte de aanwezige hoofdinspecteur van de IGZ zijn presentatie met de opmerking dat de IGZ het vaak heeft over risico's, maar dat hij het nu wilde hebben over kansen. Hij zag het als een kans dat er in plaats van meerdere maatschappen nu een overkoepelende organisatie is (daarna ging hij overigens vrij gauw over op het bespreken van mogelijke risico's). Enkele aanwezige artsen tijdens het congres noemden de oprichting van het MSB "een katalysator om de kwaliteit verder te verbeteren" en een reden voor artsen "om niet meer achterover te zitten", maar "actief mee te doen" in kwaliteitsprocessen. Volgens een geïnterviewde inspecteur bood de oprichting van het MSB de mogelijkheid om nieuwe afspraken te maken en als de Raad van Bestuur "heel slim is geweest" kunnen de afspraken juist leiden tot meer in plaats van minder invloed op het functioneren van de artsen (interview inspecteur 1). Een vertegenwoordiger van de medische staf zegt dat het voor artsen onderling ook makkelijker is geworden om elkaar aan te spreken. Hij verwacht geen verslechtering van zorg:

Ik denk juist het tegenovergestelde; ik denk dat doordat je samenwerkt dat er veel meer winst te halen is voor de individuele patiënt, dan als dat allemaal maar losse vakgroepjes zijn waarbij disfunctionerende mensen er ook zijn en die worden niet of nauwelijks aangesproken. Nu [ben je] deel van een bedrijf, dus je hebt je gewoon te houden aan de bedrijfsnormen en -waarden die wij met z'n allen opstellen en als je daar buiten valt, dan heb je een gesprek. (...) Wij zijn nu een medisch specialistisch bedrijf, dus als de chirurg negatief in het nieuws komt, dan heb ik daar last van, want het is mijn bedrijf. Eerder was dat niet zo. Dus nu zijn wij redelijk *keen* om als specialistisch bedrijf zo goed mogelijk met z'n allen te presteren en dus ook degene die wat minder presteert of die (...) onder de maat presteert, om die erbij te halen [en ter verantwoording te roepen]. Dus ik zie daar wel een voordeel. Of de oogarts een wachtlijst had of niet, dat interesseerde me tien jaar geleden eigenlijk niet, want dat was buiten mijn zicht zal ik maar zeggen en nu is dat ons bedrijf, dat wil ik niet. En daar zitten we dus nu meer bovenop dan als dat [we] allemaal losse vakgroepjes zijn. (Interview voorzitter VMS, ziekenhuis C)

Waar sommige inspecteurs, ziekenhuisbestuurders en deskundigen het 'zelfreinigend vermogen' van medisch specialisten betwijfelen, hebben de artsen die onderdeel zijn van het MSB hier veel vertrouwen in.

6.2 Gevolgen van het MSB voor het toezicht van de IGZ

Bij de casus ziekenhuisfusies zagen we dat de IGZ fusies als een risico ziet, maar geen harde cijfers heeft om aan te tonen dat dit zo is. Een vergelijkbare houding zien we ten aanzien van het MSB: aan de ene kant zijn er aanwijzingen dat het tot risico's kan leiden, door een complexere relatie tussen RvB en specialisten en door het tijdelijk afleiden van de aandacht van andere thema's. Aan de andere kant is er nog weinig bewijs dat dit daadwerkelijk tot problemen leidt. Meer dan bij ziekenhuisfusies zeggen inspecteurs dat het MSB een "interne" aangelegenheid van het ziekenhuis is. De interne governance van ziekenhuizen is echter ook een—steeds belangrijker—aandachtspunt binnen het toezicht van de IGZ; de organisatie van het MSB is daarom iets waar het IGZ zich toe moet verhouden. Tijdens het MSB-congres werd deze wat ambigue houding verwoord door de aanwezige hoofdinspecteur. Hij zei dat de situatie "achter de voordeur veranderd [is], maar bij de voordeur niet"—de RvB is voor de IGZ nog steeds de verantwoordelijke—en dat de IGZ niet "ziende blind" is voor de veranderingen, maar dat de MSB's ook "niet onder een vergrootglas" liggen. Hieronder gaan we nader in op de houding van het IGZ ten aanzien van het MSB en de afwegingen die hierbij gemaakt worden.

In 2014 heeft de IGZ een Zelftest ontwikkeld die als handreiking bedoeld was "om het gesprek tussen bestuurders en medisch specialisten te faciliteren" (IGZ 2014a: 1). In de begeleidende brief werd benadrukt dat het niet ging om een "kant-en-klaar toetsingskader" voor de te ontwikkelen modellen (ibid.). De Zelftest zou moeten leiden tot een gesprek—en het komen tot goede afspraken—over de verhouding tussen de RvB en medisch specialisten. Hierbij zou aan de volgende voorwaarden voldaan moeten worden:

- De Raad van Bestuur stelt het medische inhoudelijke zorgprofiel en de toekomststrategie op, samen met de professionals en andere belanghebbenden.
- De medisch specialisten leggen zowel collectief als individueel verantwoording af aan de Raad van Bestuur van het ziekenhuis over hun handelen.
 - Als de professionele omgeving er niet uitkomt, is de Raad van Bestuur in staat om in te grijpen bij disfunctioneren.
 - Invoering, gebruik en afstoting van medische hulpmiddelen en medicatie gebeurt binnen één kwaliteitssysteem.
 - Borging dat voor alle (medische en niet-medische) professionals altijd minimaal de kwaliteitsstandaard van het ziekenhuis geldt.
 - Alleen de Raad van Toezicht zit op de stoel van de Raad van Toezicht (NZa 2014: 26)

De overkoepelende vraag was of de Raad van Bestuur op zodanige wijze geaccommodeerd is om "haar (wettelijke) eindverantwoordelijkheid voor kwaliteit en veiligheid waar te maken" en "na te gaan of zij [raden van

bestuur, raden van toezicht en medisch specialisten] verantwoorde keuzes hebben gemaakt in de gekozen modellen" (IGZ 2014a: x). De Zelftest was bedoeld "van en voor" het veld en de IGZ deed geen uitspraken over de plannen van het ziekenhuis (NZa 2014: 25).

In twee van de door ons bestudeerde ziekenhuizen zijn MSB's opgericht en is er nagedacht over de verhouding tussen RvB en specialisten. Een van de bestuurders vertelt dat de Zelftest is ingevuld, maar dat hij niet precies weet wat er daarna mee gebeurd is.

Die Zelftest... Ja, ik denk dat we de resultaten daarvan wel met de Inspectie hebben gedeeld. Maar ik zou even moeten vragen aan mijn collega of dat gebeurd is, dat weet ik niet zeker. Maar goed, follow-up is er in ieder geval niet geweest. (Interview voorzitter RvB, ziekenhuis C)

De Inspectie verwacht dat er binnen ziekenhuizen verantwoorde keuzes worden gemaakt, maar doet geen goedkeurende of afkeurende uitspraken over de gemaakte afspraken; alleen als er achteraf problemen blijken te zijn, komt de IGZ in actie. Toch blijken sommige betrokkenen vanuit ziekenhuizen wel vooraf een reactie—met name goedkeuring—te verwachten. Een inspecteur vertelt dat hij van een van de ziekenhuizen waarvan hij destijds toezichthouder was het opgestelde reglement had ontvangen. De inspecteur zegt dat ze het ziekenhuis "vriendelijk bedankt" hebben voor het opsturen, maar dat ze "er niet inhoudelijk op gereageerd [hebben] van het is goed of het is niet goed, want als je dat doet moet je eigenlijk bij iedereen gaan kijken, dat is een valkuil" (interview inspecteur 2). De valkuil bestaat er volgens deze inspecteur uit dat ziekenhuizen de uitspraak dan achteraf—als er toch problemen blijken te zijn—tegen de IGZ zouden kunnen gebruiken, door te zeggen "ja, maar de Inspectie zei dat het goed was". De inspecteur zegt dat hij wel blij was met het opgestuurde reglement, omdat het hem inzicht gaf in welke belangen er geregeld zijn en op welke manier. Hij kreeg de indruk dat het ziekenhuis het opgestuurd had omdat ze er trots op waren hoe ze het geregeld hadden. Ze hadden het "goed geregeld", en als dat niet zo was geweest—als de inspecteur had gezien dat de bestuurder de medisch specialist niet kan aanspreken—dan had hij er toch iets mee gemoeten, zegt hij.

De rol van de IGZ wordt door bovengenoemde inspecteur omschreven als het signaleren van risico's en het ingrijpen als er iets niet goed geregeld is, maar niet het geven van goedkeuring of complimenten, zoals ziekenhuizen soms verwachten. Maar ook het vooraf signaleren van risico's gebeurt in de praktijk niet structureel, omdat er niet aan ziekenhuizen gevraagd wordt om hun plannen of gemaakte afspraken voor te leggen. De houding van de Inspectie en hoe ze haar toezicht op het MSB afstemt lijkt voornamelijk reactief, zoals ook enkele respondenten aangeven. Daarbij moet wel worden opgemerkt dat het opstellen en versturen van de Zelftest niet past in dit reactieve optreden. Met de Zelftest probeerde de Inspectie zich al in een vroeg stadium in de discussie rondom het MSB te mengen en hoewel niet door iedereen begrepen werd dat dit geen toetsingsinstrument was en men soms inhoudelijke bedenkingen had bij de Zelftest, werd de meer proactieve houding van de Inspectie gewaardeerd. Toch lijkt de Inspectie vooral gericht op het kunnen reageren als er zich signalen voordoen die wijzen op mogelijke problemen tussen de RvB en het MSB.

Wij weten in ieder geval van een paar ziekenhuizen dat als er een calamiteit is, (...) dat het MSB zegt 'wij als dokters moeten eerst beoordelen of dat een calamiteit was en pas daarna gaat het naar de Raad van Bestuur' en pas daarna kan de Raad van Bestuur bij ons melden, nou, dat is dus te laat. Zo zitten er wel wat risico's in die wij langzaam nu gaan tegenkomen en daar kunnen we dan wel weer aandacht voor vragen. (Interview afdelingshoofd IGZ)

Het vooraf afkeuren of bekritisieren van de gemaakte afspraken tussen bestuur en MSB in dergelijke ziekenhuizen wordt niet gedaan, omdat er geen duidelijke normen zijn waaraan die getoetst kunnen worden. Dezelfde inspecteur zegt dat ze binnen de IGZ wel weten van het bestaan van risico's ten aanzien van het MSB, maar dat er pas ingegrepen wordt als er iets mis is gegaan. Pas als er "casuïstiek" is, kan er een toetsingskader worden opgesteld.

Je ziet het aantal overleggen kwadrateren, de machtsverhoudingen wijzigen en dat heeft automatisch effecten op de continuïteit en kwaliteit van zorg. Kijk, wij hebben [intern al] een heleboel scenario's [bedacht], maar ja, we hebben casuïstiek nodig, aan de hand van de casuïstiek kunnen wij dan zeggen: 'hier moet een norm voor komen, want deze situatie leidt tot dit risico'. (Interview afdelingshoofd IGZ)

De respondent benadrukt dat de verantwoordelijkheid om normen te ontwikkelen bij 'het veld' ligt; als het veld niets doet en er blijkt "ernstige casuïstiek" te zijn, dan kan de IGZ ervoor kiezen een minimaal toetsingskader "de wereld in te sturen" dat de ziekenhuizen vervolgens kunnen gebruiken. Maar bij het MSB is dat nog niet gebeurd, volgens het afdelingshoofd onder andere omdat er nog geen "uitgekristalliseerd beeld" is van de gevolgen van de invoering van het MSB. Een voormalig IGZ-inspecteur merkt op dat de Inspectie heeft aangegeven dat ze zich in 2015 extra zouden richten op ziekenhuizen waar een machtsstrijd aan de gang is, maar dat hij "nog niks gemerkt" heeft van deze prioritering.

Zowel binnen als buiten de IGZ bestaat er aan de ene kant tevredenheid met of begrip voor de reactieve houding—het wachten op casuïstiek—maar aan de andere kant worden ook aanknopingspunten besproken die zouden kunnen leiden tot effectiever toezicht.

6.3 Alternatieve wijze van toezicht op het MSB

Sommige respondenten zijn van mening dat de aan- of afwezigheid van een MSB geen gevolgen hoeft te hebben voor het toezicht van de IGZ. Volgens hen moet de Inspectie zich vooral richten op de kwaliteit van de geleverde zorg, in plaats van op hoe deze tot stand komt. Een voorzitter van de medische staf van een ziekenhuis met MSB zegt:

Ik denk uiteindelijk dat de Inspectie toezicht moet houden op de individuele rechten en gezondheid van de patiënt. Als dat in het gedrag is, dan hebben ze daar een rol. Maar hoe dat dan georganiseerd is binnen een ziekenhuis of binnen ziekenhuizen... ik weet niet of dat nou de rol van de Inspectie is. (Interview voorzitter VMS, ziekenhuis B)

Een andere voorzitter van de VMS, eveneens in een ziekenhuis met MSB, is nog stilliger. Hij stelt dat het MSB als zodanig voor de Inspectie als toezichtsobject niet relevant is.

De Inspectie moet toetsen wat er in de patiëntenzorg gebeurt. Net zo min moet de Inspectie een mening hebben over door wie die patiëntenzorg eigenlijk is verleend. Willen we dat door een verpleegkundige doen, door een *physician assistant* of door een dokter? Dat maakt niet uit, als het maar goed gebeurt is. (Interview voorzitter VMS, ziekenhuis A)

Dit sluit aan bij een visie op de taken van de IGZ als "voor de voordeur" in plaats van "achter de voordeur". Het achter de voordeur kijken is echter ook een onderdeel van het toezicht van de IGZ, in de vorm van toezicht op de interne governance van het ziekenhuis. De vraag is dan in hoeverre de introductie van het MSB invloed heeft op dat toezicht op governance. Volgens een inspecteur heeft het in ieder geval geen gevolgen voor het aanspreekpunt van de IGZ: dat is en blijft de Raad van Bestuur, omdat dit wettelijk zo is vastgelegd.

Dat is altijd ons enige aanspreekpartner, de enige. En dat blijft zo. (...). Het ziekenhuis moet als instelling organiseren dat kwaliteit en veiligheid van die patiënt geborgd is, dat er invloed uitgeoefend kan worden door de Raad van Bestuur—die blijft eindverantwoordelijk. (...) In de wet staat nog steeds: ons aanspreekpunt is gewoon de Raad van Bestuur. (Interview inspecteur 1)

Verschillende betrokkenen—deskundigen, inspecteurs en stakeholders vanuit de ziekenhuizen—wijzen er echter op dat zij mogelijkheden tot verbetering zien in de houding van de IGZ ten aanzien van het MSB. Sommigen vinden dat de IGZ het MSB meer als gesprekspartner zou moeten zien en anderen vinden dat de houding meer proactief zou moeten worden.

Volgens diverse respondenten is het voor bestuurders steeds lastiger om hun rol als eindverantwoordelijke voor kwaliteit van zorg waar te maken en is dit met de komst van het MSB nog moeilijker geworden. De inspecteur die eerder wees op de wettelijke verantwoordelijkheid van de RvB, geeft aan dat dit in de toekomst wellicht zal veranderen.

Die rare ontvlechting van verantwoordelijkheden en van verantwoording afleggen zie je gebeuren en (...) de vraag zal best legitiem worden de komende tijd: is de Raad van Bestuur van [het] ziekenhuis—die huls waar dat allemaal gebeurt en waar iedereen in en uit loopt en een soort overeenstemming heeft bereikt—is dat nog wel op te brengen om die eindverantwoordelijk te maken voor kwaliteit en veiligheid? Kan dat waargemaakt worden? (Interview inspecteur 1)

Ook een andere inspecteur vindt dat “de Inspectie mee moet veranderen als de wereld verandert”, maar volgens haar is dat de afgelopen jaren al gebeurd, door de medische staf (en in veel gevallen ook de Verpleegkundige Adviesraad) te betrekken bij het jaargesprek. Ook als er speciale toezichtstrajecten zijn wordt de medische staf daarbij betrokken. Maar dat neemt volgens haar niet weg dat de RvB de eindverantwoordelijke blijft: “Voor ons blijft de Raad van Bestuur de aanspreekpersoon en hoe het aan de andere kant georganiseerd is, dat zoek je maar uit met ze [de medische staf], maar wij kijken naar de Raad van Bestuur en [de vraag of] wat u heeft afgesproken leidt tot kwaliteit en veiligheid en continuïteit van zorg” (interview afdelingshoofd IGZ). Volgens een bestuurder van een ziekenhuis dat te maken heeft met een MSB, is de huidige situatie—de RvB als aanspreekpunt—niet “makkelijk”, maar zou elk ander standpunt “rampzalig” zijn.

Wie is er dan verantwoordelijk? Is dat het stafbestuur? Of is dat het MSB? Maar je hebt ook nog dienstverband-specialisten. Weet je, dan kun je de ondernemingsraad misschien wel verantwoordelijk [maken]. Dat wordt toch helemaal niks? Dat kan gewoon helemaal niet, er is ook geen keus. Natuurlijk hebben ze [de Inspectie] dat gezegd; de Kwaliteitswet zegt het ook, je hebt ook geen keus. En iedere andere uitspraak zou natuurlijk a) in strijd zijn met de wet, b) in de uitvoering rampzalig zijn. Is het [de eindverantwoordelijkheid van de RvB] daarmee eenvoudig te realiseren? Nee. (Interview voorzitter RvB, ziekenhuis C)

De introductie van het MSB maakt het voor ziekenhuisbestuurders soms lastiger om *in control* te zijn over wat er in het ziekenhuis gebeurt, maar dit is volgens de meeste respondenten geen reden om andere partijen eindverantwoordelijkheid te geven; er zijn volgens hen geen betere alternatieven. Toch zou de IGZ volgens verschillende respondenten haar toezicht wel meer kunnen aanpassen op de bestuurlijke veranderingen. Specifieke vragen stellen over het MSB zou zowel de ziekenhuizen als de Inspectie kunnen helpen. Een bestuurder denkt dat een checklist zoals de Zelftest hierbij nuttig kan zijn.

Toch zou je je wel hebben kunnen voorstellen dat je [de Inspectie] ziekenhuisorganisaties had bevestigd en had gezegd ‘nou, we vinden het wel prettig dat u, nu u een jaartje bezig bent, eens rapporteert over hoe u dat nu in elkaar gestoken heeft’. (...) Die Zelftest kan je inmiddels denk ik wel tot een iets intelligentere checklist ombouwen. (Interview voorzitter RvB, ziekenhuis C)

Een medewerker van de NVZ denkt dat de Zelftest nuttig kan zijn, ook al is “80 of 90 procent van de ziekenhuizen (...) waarschijnlijk al lang met die thema’s bezig”. Een lijst met vragen kan het volgens hem “net even makkelijker [maken] om dat gesprek te voeren” (interview manager kwaliteit en manager bekostiging NVZ). Ook een afdelingshoofd van de IGZ spreekt over de wenselijkheid van “een goede set van toezichtsvragen”, specifiek over het MSB, waarvan een “instrument” gemaakt zou kunnen worden. Vragen zouden dan bijvoorbeeld gaan over aanneming van personeel (mag het MSB eigen personeel aannemen of niet?), kwaliteit van zorg (is er één kwaliteitssysteem of zijn er meerdere?) en investeringen (wie beslist daarover?). Volgens deze respondent is er inmiddels voldoende informatie beschikbaar over waar de aandacht naar uit zou moeten gaan en zou de Inspectie een dergelijk instrument kunnen gebruiken om ziekenhuizen te bevragen over hun MSB voordat er problemen (zijn) ontstaan.

Samenvattend hebben we in dit hoofdstuk laten zien dat er verschillende opvattingen zijn over de mogelijke risico’s die met (de vorming van) het MSB gepaard gaan. Veel respondenten zijn van mening dat de MSB-vorming vooral tijdelijke risico’s heeft gegeven door de aandacht die naar de oprichting van het MSB is uitgegaan; toch worden er ook meer specifieke risico’s en kansen benoemd die voortkomen uit de andere organisatie van de relatie tussen RvB en medisch specialisten die met de MSB-vorming is ontstaan. Ziekenhuizen geven aan dat de IGZ hierin een actievere rol zou kunnen spelen; de checklist vormt hiervoor een goed startpunt maar zou verder uitgewerkt kunnen worden en zou dan ook onderdeel van gesprek tussen ziekenhuis en Inspectie kunnen vormen.

7. Conclusies en aanbevelingen

Tot besluit vatten wij in dit hoofdstuk onze belangrijkste bevindingen samen en formuleren we vervolgens concrete aanbevelingen voor diverse partijen.

7.1 Samenvattende conclusies

De afgelopen jaren is er veel aandacht geweest voor bestuurlijke veranderingen in de zorgsector (en specifiek, de ziekenhuissector), ingegeven door het idee dat dergelijke veranderingen gevolgen kunnen hebben voor de kwaliteit en veiligheid van zorg. Met de constatering dat de toezichts- en bestuursstructuur van een organisatie (mede)bepalend is voor de kwaliteit en veiligheid van zorg, kan 'goed bestuur' in de zorg en de interne governance van zorgorganisaties op toenemende aandacht van de IGZ rekenen. In ons onderzoek hebben we twee vormen van bestuurlijke veranderingen onderzocht—fusies tussen ziekenhuizen en (de introductie van) het medisch specialistisch bedrijf—om te inventariseren op welke wijze dergelijke wijzigingen in de toezichts- en bestuursstructuur van een ziekenhuis impact kunnen hebben op de kwaliteit en veiligheid van zorg. Daarnaast zijn we geïnteresseerd in wat dit voor het toezicht op kwaliteit en veiligheid van zorg betekent en de rol die van de Inspectie gevraagd wordt. De vraagstelling die in ons onderzoek centraal staat is:

Hoe houdt de IGZ toezicht op kwaliteit en veiligheid van zorg in het geval van bestuurlijke veranderingen in ziekenhuizen, in hoeverre wordt dit toezicht door verschillende betrokken partijen als effectief ervaren en welke mogelijkheden zijn er om de effectiviteit van dit toezicht te verbeteren?

Om een antwoord te kunnen formuleren op deze vraag zijn we gestart met een literatuurstudie om te achterhalen wat er al bekend is over hoe ziekenhuisfusies en het MSB gevolgen kunnen hebben voor de kwaliteit en veiligheid van zorg en hoe het toezicht hierop vervolgens vorm krijgt. Naast de literatuurstudie hebben we vooral zelf veldonderzoek verricht, in de vorm van interviews met inspecteurs, met verschillende stakeholders in ziekenhuizen die zich in (verschillende fasen van) een fusietraject bevonden en waar de medisch specialisten al dan niet vertegenwoordigd waren in een MSB en andere deskundigen (zie bijlage 1 voor een volledig overzicht van de respondenten). In dit hoofdstuk presenteren we onze bevindingen over hoe fusies en het MSB gevolgen kunnen hebben voor de kwaliteit en veiligheid van zorg en hoe het toezicht hierop is en kan worden ingericht.

7.1.1 Resultaten literatuuronderzoek

We hebben enkele kwantitatieve studies gevonden die proberen aan de hand van specifieke uitkomsten (bijvoorbeeld: het binnen 48 uur ontstaan van pasgeborenen) inzicht te geven in of de kwaliteit van zorg verbetert, verslechtert of gelijk blijft na een fusie. De studies die we gevonden hebben geven geen eenduidig beeld; daar waar sommige studies een verbeterde kwaliteit signaleren, wijzen andere studies op een verminderde kwaliteit en ook binnen dezelfde studies kunnen verschillende uitkomstmaten een ander verhaal vertellen. Daarnaast zijn de bevindingen van deze voornamelijk Amerikaanse studies lastig te vertalen naar de Nederlandse zorgsector, waar bijvoorbeeld volumenormenten en de wijze waarop toezichthouders als de ACM en de IGZ aankijken tegen fusies in de zorgsector, (mede)bepalend zijn voor waarom fusies worden aangegaan en hoe ze uitwerken. Bovendien geven dergelijke studies geen antwoord op de vraag *hoe* fusies tot betere, slechtere of gelijke kwaliteit hebben geleid.

Dan zijn er kwalitatieve studies die zich richten op de gevolgen van een fusie zoals ervaren door de medewerkers van het ziekenhuis en die kunnen verklaren waarom fusies soms moeizaam verlopen. Van het werk van Fulop e.a. (2005) en Arbuckle (2003) leren we dat fusiepartners vaak aanlopen tegen het feit dat ze andere organisatiestructuren hanteren en organisatiestructuren kennen die mogelijk met elkaar botsen. Ook wijzen ze op de stress en de toegenomen werkdruk die medewerkers veelal ervaren als gevolg van een fusie. Hoewel Fulop e.a. en Arbuckle zich niet specifiek richten op de gevolgen van een fusie voor de kwaliteit en veiligheid van zorg, is het hier al wel mogelijk om indirect de link te leggen tussen fusies en kwaliteit en

veiligheid, bijvoorbeeld als we ons afvragen wat het met de kwaliteit en veiligheid van zorg 'doet' als medewerkers van een zorginstelling stress en toegenomen werkdruk ervaren.

Om een beeld te krijgen van hoe er gedacht wordt over het MSB in relatie tot kwaliteit en veiligheid hebben we ons niet alleen gericht op wetenschappelijke literatuur—die (nog) erg schaars is—maar hebben we ook meer opiniërende stukken gelezen. Daarnaast hebben we ons gebaseerd op een recente *quick scan* van het TIAS (2016), uitgevoerd in opdracht van VWS. Een aantal thema's keert terug in deze stukken. Ten eerste wordt er gesproken over (het risico) van een toenemende afstand tussen bestuurders en artsen als gevolg van het MSB, waarbij er binnen het ziekenhuis twee besturen tegenover elkaar komen te staan. Hierbinnen lijkt vooral te worden gevreesd voor de (nochtans) hypothetische casus van de disfunctionerende zorgprofessional die niet langer door de Raad van Bestuur van het ziekenhuis aangesproken zou kunnen worden, omdat deze professional geen individuele overeenkomst heeft met het ziekenhuis. De Raad van Bestuur zou in een dergelijk geval moeten vertrouwen op het 'zelfreinigend vermogen' van het MSB, die de professional wel kan aanspreken. Ten tweede wordt er gewaarschuwd voor de toenemende bestuurlijke complexiteit van het ziekenhuis met de komst van het MSB. En ten slotte wordt het MSB geduid als een voornamelijk fiscale constructie, gericht op het veilig stellen van de fiscale voordelen van het zelfstandig ondernemerschap in plaats van op (het verbeteren van) de kwaliteit en veiligheid van zorg. Zowel in de literatuur over fusies als in de literatuur over het MSB is de rol van het externe toezicht niet belicht.

7.1.2 Resultaten veldonderzoek

Naast literatuuronderzoek hebben we via veldonderzoek gekeken naar mogelijke risico's als gevolg van fusies en MSB-vorming. Hiervoor hebben we gesproken met deskundigen, inspecteurs en betrokkenen binnen een drietal fusierende ziekenhuizen (die ook net al dan niet een MSB-vorming achter de rug hadden). Met het idee dat het toezicht van de IGZ voortvloeit uit de risico's die ze in het veld signaleert, kunnen we onze resultaten hier bespreken aan de hand van twee thema's. Ten eerste staan we stil bij de *risicoperceptie ten aanzien van fusies en het MSB*: hoe kijken de inspecteurs en de andere respondenten aan tegen wat nu precies de risico's zijn van fusies en het MSB voor de kwaliteit en veiligheid van zorg? Vervolgens staan we stil bij de *rolopvatting van de IGZ*: gezien de risico's die inspecteurs en de andere respondenten aanwijzen, hoe zou de Inspectie daarop moeten acteren; hoe dient het toezicht op fusies en het MSB eruit te zien?

Risicoperceptie fusies

Binnen de Inspectie wordt een fusie gezien als een omvangrijk verandertraject dat erg veel aandacht en tijd vraagt van een grote groep mensen binnen de fusieziekenhuizen. Volgens de Inspectie is het reëel dat deze aandacht en tijd ten koste gaat van de aandacht en tijd die er is voor het primaire proces en de kwaliteit en veiligheid van zorg. De mogelijkheid dat de aandacht voor kwaliteit en veiligheid afneemt ten tijde van een fusieproces draagt risico's in zich voor de kwaliteit en veiligheid van zorg. "De inspectie merkt in haar toezicht dat in een periode van grote organisatorische veranderingen de risico's op blinde vlekken en fouten bij zorgaanbieders groter zijn: de aandacht binnen een organisatie in zulke periodes is vaak minder gericht op de continuïteit en kwaliteit van de zorgverlening" (IGZ 2015a: 17). In dit denken vormt een fusie een risico voor de kwaliteit en veiligheid van zorg in zoverre een fusie een "grote organisatorische verandering" is die "risico's op blinde vlekken en fouten" kan doen ontstaan als gevolg van de aandacht die een organisatorische verandering van dergelijke omvang vraagt. Het gaat hier nog niet om risico's die specifiek zijn voor een fusie.

Binnen ons onderzoek is daarnaast door veel respondenten, zowel binnen de Inspectie als binnen fusieziekenhuizen, gewezen op risico's voor de kwaliteit en veiligheid van zorg die juist te verwachten zijn binnen een fusietraject. Hieronder een weergave van de meest genoemde fusie-specifieke risico's voor kwaliteit en veiligheid van zorg.

- Fusieziekenhuizen kennen veelal andere werkprocessen en werken mogelijk met verschillende zorginhoudelijke protocollen. De afstemming van werkprocessen en protocollen wordt door veel respondenten van groot belang geacht en het gebrek aan volledige of tijdige afstemming is risicovol;
- Fusieziekenhuizen werken vaak met verschillende IT-systemen, waartussen relevante data niet gemakkelijk gedeeld kan worden. Hierdoor kunnen risico's ontstaan wanneer patiënten beide ziekenhuislocaties bezoeken, maar het patiëntendossier alleen inzichtelijk is op en binnen het IT-systeem van locatie A en (nog) niet op locatie B, of wanneer beide dossiers verschillende informatie bevatten van eerdere bezoeken;

- Binnen een fusie worden veelal groepen mensen bij elkaar gebracht die een andere manier van werken hebben en waarbinnen een andere cultuur heerst. Deze culturen kunnen botsen, bijvoorbeeld wanneer er door een geschiedenis van concurrentie wantrouwen en een wij-zij denken is ontstaan, wat het samenbrengen van deze verschillende groepen in een fusietraject kan bemoeilijken.

Als gevolg van een fusie ontstaat er vaak een uitwisseling van zowel patiënten als medewerkers tussen de twee ziekenhuislocaties. Dit is niet zozeer een losstaand risico, maar kan verklaren waarom bovenstaande punten risicovol zijn en hoe deze risico's op elkaar ingrijpen. Op zichzelf is het namelijk niet direct risicovol als verschillende ziekenhuizen werken met verschillende zorginhoudelijke protocollen of andere IT-systemen gebruiken. Echter, door de wijze waarop fusies in Nederland vaak invulling krijgen—waarbij de fusieziekenhuizen 'locaties' worden die zich complementair tot elkaar verhouden—zien we dat patiënten en medewerkers vaak heen en weer bewegen tussen beide locaties. Op dat moment worden dergelijke verschillen in werkwijzen, IT-systemen en culturen mogelijk problematisch, omdat patiënten en medewerkers zich met deze verschillen geconfronteerd zien. Denk terug aan het voorbeeld waarin twee fusieziekenhuizen allebei kamers met vier bedden hadden ingericht. Het feit dat het verplegend personeel in het ene ziekenhuis de bedden met de klok mee nummerde en het verplegend personeel in het andere ziekenhuis juist tegen de klok in telde, is op zichzelf niet problematisch. Dit wordt wel problematisch als het verplegend personeel op beide locaties gaat werken en met 'bed nummer 2' een ander bed bedoelen. Los van de risico's die kunnen ontstaan als medewerkers en patiënten tussen de twee fusielocaties heen en weer bewegen, noemden respondenten ook nog de volgende risico's.

- Een fusie zet zowel medewerkers als de organisatie zelf onder aanzienlijke druk. Respondenten binnen de ziekenhuizen geven aan dat een fusie 'bovenop' de normale werkzaamheden komt, wat de werkdruk verhoogt. Ook kan er onder de werknemers onrust ontstaan als blijkt dat er mogelijk banen op de tocht komen te staan door de fusie (bijvoorbeeld door het samenvoegen van afdelingen);
- Tijdens een fusietraject komen verbeterprojecten *on hold* te staan. Dit is een specifieke invulling van het idee dat een fusietraject de aandacht mogelijk afleidt van kwaliteit en veiligheid van zorg, waarbij nieuwe kwaliteitsgeoriënteerde initiatieven tijdelijk van de agenda verdwijnen omwille van het fuseren.

De respondenten die we binnen de fusieziekenhuizen gesproken hebben zijn kritisch op het idee dat een fusie maakt dat er minder aandacht en tijd is voor kwaliteit en veiligheid van zorg, zoals de Inspectie beweert. Respondenten nuanceren de denkwijze van de Inspectie aan de hand van drie argumenten.

- De respondenten in de ziekenhuizen stellen dat ziekenhuizen altijd met meerdere, soms grote organisatieveranderingen en verbetertrajecten tegelijk bezig zijn en dat de aandacht, ook binnen ziekenhuizen die niet in een fusietraject zitten, nooit volledig op kwaliteit en veiligheid van zorg gericht is;
- De respondenten in de ziekenhuizen geven aan dat vanuit de herkenning dat een fusie risico's met zich mee kan brengen (zoals de specifieke risico's hierboven), er juist tijdens het fusietraject veel aandacht is voor kwaliteit en veiligheid van zorg. Daar waar de Inspectie aandacht voor een fusie en aandacht voor kwaliteit en veiligheid tegenover elkaar positioneert—waarbij aandacht voor het een ten koste gaat van aandacht voor het ander—betekent 'aandacht voor de fusie' binnen de ziekenhuizen juist ook 'aandacht voor kwaliteit'. Zo zeggen respondenten bijvoorbeeld heel erg gericht te zijn op een thema als medicatieveiligheid tijdens een fusie, juist omdat ze erkennen dat een fusie risico's met zich mee kan brengen voor de medicatieveiligheid;
- Ten slotte geven respondenten in de ziekenhuizen aan dat juist omdat de ziekenhuizen een andere manier van werken hebben, dit de mogelijkheid met zich meebrengt om van elkaar te leren. Binnen ziekenhuizen wordt het destabiliserende effect van een fusie—de vanzelfsprekendheid van hoe een ziekenhuis 'dingen doet' wordt aangetast doordat de fusiepartner 'dingen anders doet'—niet alleen negatief geduid, maar ook positief. Het biedt een kans op reflectie—'waarom doen we dit eigenlijk zo?'—en maakt het delen van *best practices* mogelijk.

Waar vanuit het perspectief van de Inspectie fusies dus een potentieel gevaar vormen voor de kwaliteit en veiligheid van zorg, wijzen ziekenhuizen op de kansen die een fusie met zich meebrengt om kwaliteit en veiligheid te vergroten. Dat neemt niet weg dat ook ziekenhuizen wel degelijk zien dat fusies een belangrijk deel van de organisatorische capaciteit van de staf vergen en dat daardoor grotere kwaliteitsprojecten soms *on hold* komen te staan tijdens het fusietraject.

Risicoperceptie MSB

Over welke risico's het MSB mogelijk vormt voor de kwaliteit en veiligheid van zorg verschillen de respondenten van mening. Op basis van onze interviews zijn we op de volgende indeling van zienswijzen gekomen.

- Het MSB vormt een aanhoudend risico voor kwaliteit, vanwege de organisatiestructuur. Hier wijzen respondenten vooral op het feit dat ziekenhuizen met een MSB hun kernactiviteit—het leveren van goede zorg—hebben uitbesteed aan een andere organisatie: het MSB. Gesteld wordt dat de Raad van Bestuur minder grip heeft op de (kwaliteit van de) geleverde zorg, terwijl zij daar bij wet verantwoordelijk voor is. Hier wordt ook de disfunctionerende specialist die niet langer direct voor de Raad van Bestuur kan worden aangesproken genoemd als risico, zoals we dat al zagen in de literatuur;
- Het MSB vormt een tijdelijk risico voor kwaliteit, vanwege de aandacht die gaat naar de oprichting ervan. De redenering is hier gelijk aan het idee dat een fusie mogelijke aandacht en tijd voor kwaliteit en veiligheid opslokt. In zoverre (de oprichting van) het MSB een “grote organisatorische verandering” genoemd kan worden kan het de aandacht afleiden van kwaliteit en veiligheid van zorg;
- Het MSB heeft geen invloed op kwaliteit, omdat het in de praktijk een voortzetting van de bestaande verhoudingen betekent. Volgens deze opvatting is het MSB niet meer dan een huls waarbinnen bestaande verhoudingen worden voortgezet. Was de verhouding tussen Raad van Bestuur en medisch specialisten al moeizaam voorafgaand aan de oprichting van het MSB, dan zal het MSB daar waarschijnlijk geen verbetering in brengen. Tegelijkertijd hoeven we ook niet te verwachten dat als de verhouding tussen de Raad van Bestuur en medisch specialisten goed was, deze zal verslechteren als gevolg van het MSB;
- Het MSB biedt kansen voor het verbeteren van kwaliteit. Dit punt wordt enkel aangedragen door de voorzitters medische staf die aangeven dat het MSB kansen biedt om medisch specialisten meer te betrekken bij kwaliteitsinitiatieven. Ook wordt aangegeven dat het MSB-construct het makkelijker maakt voor medisch specialisten om elkaar aan te spreken als er dingen fout gaan of slecht zijn geregeld, omdat dit reputatieschade voor het gehele MSB zou kunnen betekenen. De geleverde kwaliteit en veiligheid van zorg straalt af op het MSB.

Op basis van ons onderzoek kunnen we niet zeggen in hoeverre en in welke mate elk van deze vier perspectieven in de praktijk wordt gerealiseerd. Wel valt op dat de inspecteurs voornamelijk denken in gevaren van het MSB voor kwaliteit en veiligheid, terwijl er bij de voorzitters van de medische staven ook het idee bestaat dat het MSB kansen biedt voor het verbeteren van de kwaliteit en veiligheid. Hoewel het MSB, zoals we al zagen in het literatuuronderzoek, niet in het leven is geroepen omwille van het verbeteren van kwaliteit en veiligheid, wil dat niet zeggen dat het hier niet toe kan worden ingezet. Het kan zijn dat het MSB hiervoor eerst meer ‘volwassen moet worden’, zoals een respondent aangaf.⁶

Rolopvatting IGZ bij fusies

Voorafgaand aan de effectuering van een voorgenomen fusie kan de Inspectie een zienswijze afgeven over hoe ze verwacht dat de fusie gevolgen zal hebben voor de kwaliteit en veiligheid van zorg. De Inspectie ziet stelselmatig af van het geven van een dergelijke zienswijze omdat 1) ze van mening is dat ze dergelijke gevolgen niet kan voorspellen en 2) ze erg weinig tijd zou hebben voor het afgeven van haar zienswijze. De respondenten binnen de ziekenhuizen geven aan begrip te hebben voor de positie van de Inspectie en verwachten ook niet van de Inspectie dat ze in staat is om de gevolgen van een fusie voor de kwaliteit en veiligheid van zorg te voorspellen. Maar, zo geven de respondenten ook aan, dit betekent niet dat er daarmee geen andere rol voor de Inspectie mogelijk is voorafgaand aan de effectuering van een fusie. Zo roepen ze de Inspectie op om haar kennis over de mogelijke risico's die zich kunnen voordoen in (deze fase van) een fusietraject al vroegtijdig te delen met de fusieziekenhuizen.

Als een fusie eenmaal is goedgekeurd dan is dat op zichzelf geen reden om het toezicht op dit ziekenhuis aan te passen of te intensiveren, zo geven inspecteurs aan. De Inspectie behandelt fusieziekenhuizen hetzelfde als ziekenhuizen die niet aan het fuseren zijn en alleen als er ‘harde signalen’ zijn dat de kwaliteit onder druk staat (al dan niet als gevolg van de fusie), zal de Inspectie ingrijpen. Daarmee lijkt het ‘fusietoezicht’, voor zover we

⁶ Het is interessant om hier kort stil te staan bij de eerder aangehaalde brief van minister Schippers aan de Tweede Kamer waarin ze de Kamer informeert over stand van zaken van het invoeren van de integrale bekostiging en de hieruit voortgekomen besturingsmodellen (voornamelijk het MSB). “Het samenwerkingsmodel [dat in de praktijk invulling heeft gekregen met het MSB] zie ik nadrukkelijk als een tussenmodel”, schrijft minister Schippers (*Kamerstukken II 2015/2016, 32 012, nr. 39: 3*). Concluderend roept ze ziekenhuizen en medische specialisten op om “het participatiemodel en het loondienstmodel als stip op de horizon niet uit het oog te verliezen” (*ibid.*: 4). Het is echter de vraag of ziekenhuizen en medisch specialisten het MSB eveneens als tussenmodel zien. Gezien de tijdsinvesteringen van zowel ziekenhuizen als specialisten in het opzetten van het MSB, de schaduw die de Wet Normering Topinkomens over het loondienstmodel werpt en de complexiteit en onduidelijkheid waarmee het participatiemodel omgeven lijkt (TIAS 2016: 16), is het moeilijk voor te stellen dat er snel weer van het MSB zal worden afgestapt.

daarvan kunnen spreken, geïntegreerd in het risicogestuurd toezicht. Overigens zeggen inspecteurs wel dat, hoewel het toezicht op ziekenhuizen niet direct wordt aangepast, er 'meer aandacht' of 'meer belangstelling' is voor fusieziekenhuizen, maar dat er geen vast toezichtsinstrument of vaste werkwijze bestaat om op een gestandaardiseerde wijze invulling te geven aan deze extra aandacht. Respondenten binnen de ziekenhuizen geven aan dat extra aandacht van de Inspectie tijdens een fusietraject een meerwaarde kan hebben. Nu merken ze niet altijd evenveel van deze aandacht, o.a. omdat deze ook alleen intern bij de Inspectie kan bestaan of op verschillende plekken in de fuserende ziekenhuizen kan zijn die daar niet altijd weet van hebben. Bezoeken van de Inspectie zouden ondersteunend kunnen werken, bijvoorbeeld wanneer deze gericht zijn op het evalueren van hoe een ziekenhuis omgaat met enkele van de eerder genoemde fusie-specifieke risico's. Respondenten suggereren hier om het thematisch toezicht nieuw leven in te blazen, waarbij een inspecteur fusieziekenhuizen kan bezoeken op een thema als 'hoe zijn de ziekenhuizen bezig met het harmoniseren van protocollen?'

Rolopvatting IGZ bij het MSB

In tegenstelling tot ziekenhuisfusies, geven inspecteurs aan dat ze het MSB voornamelijk beschouwen als een 'interne aangelegenheid' van het ziekenhuis. Het lijkt alsof de Inspectie daarmee ook stelt dat het in mindere mate iets is waar ze toezicht op dient te houden. Deze redenering neemt echter onvoldoende in ogenschouw dat met de recente herkenning dat de interne bestuurs- en toezichtstructuur van een zorginstelling (mede)bepalend is voor de kwaliteit en veiligheid van zorg, een 'interne aangelegenheid' van het ziekenhuis opeens van belang kan worden voor de Inspectie. De notie dat een zorginstelling moet beschikken over een 'goede interne governance' maakt dat een 'interne aangelegenheid' van een ziekenhuis een mogelijk toezichtsobject wordt voor de Inspectie. De vraag hoe de Inspectie hier toezicht op kan houden is daarmee echter niet beantwoord. Voorafgaand aan de invoering van het MSB heeft de IGZ een Zelftest ontwikkeld die bedoeld was als handreiking voor bestuurders en medisch specialisten om een gesprek te voeren over de verhoudingen en hoe hierover afspraken konden worden gemaakt in de overeenkomst tussen het ziekenhuis en het MSB. De Inspectie heeft dit niet gehanteerd als toetsingskader en heeft vervolgens niet toegezien op hoe de ziekenhuizen hiervan gebruik hebben gemaakt. Door ten tijde van de invoering van het MSB te herhalen dat de Raad van Bestuur het aanspreekpunt blijft voor de Inspectie, benadrukt de Inspectie het interne karakter van het MSB en geeft ze aan dat er wat haar betreft weinig wijzigt. Respondenten zijn van mening dat de Inspectie de Zelftest kan hanteren om ook met ziekenhuizen het gesprek aan te gaan over de relatie tussen het ziekenhuis en het MSB, in plaats van het alleen als vrijblijvende handreiking in te zetten. Gelet op de terugkerende waarschuwing dat er risico's kunnen ontstaan doordat de Raad van Bestuur mogelijk disfunctionerende medisch specialisten niet langer direct kan aanspreken, kan de Inspectie de Zelftest hanteren om ziekenhuizen te vragen hoe ze hier, in de overeenkomst(en) die ze heeft gesloten met het MSB, mee is omgegaan.

7.2 Een alternatieve kijk op toezicht op bestuurlijke veranderingen

Bij de fusietoetsing wijst de Inspectie het idee van de hand dat ze in staat zou zijn om inzicht te geven in de gevolgen van een fusie voor de kwaliteit en veiligheid van zorg. De mogelijkheid om voorafgaand aan een fusie een zienswijze af te geven met betrekking tot de kwaliteit en veiligheid van zorg lijkt door veel inspecteurs te worden gezien als de taak om, vanuit kwaliteitsoverwegingen, te stellen of een fusie 'mag of niet'. Het doen van "[een] prospectieve uitspraak (...) over de kwaliteit van zorg" (ACM 2013: 3) ziet de Inspectie als onmogelijk. Het doen van een dergelijke uitspraak is uiteraard praktisch gezien niet onmogelijk—de Inspectie kan zo'n uitspraak best doen en heeft dit reeds gedaan (zie de box 'Een ziekenhuisfusie in Zeeland' op p. 23). Voor de inspecteurs is een 'voorspellende' uitspraak over de gevolgen van een fusie voor de kwaliteit en veiligheid echter *onmogelijk hard te maken* en daarmee onwenselijk. Daarmee is een prospectieve uitspraak over kwaliteit van zorg niet onmogelijk; de invulling en de eisen die de Inspectie daar zelf aan lijkt te stellen ('voorspel wat er zal gebeuren met de kwaliteit en veiligheid van zorg als deze ziekenhuizen fuseren') maken de uitspraak onmogelijk.

Heeft de ACM de ziekenhuizen eenmaal groen licht gegeven om te fuseren, dan kunnen zowel de Inspectie als de fusieziekenhuizen zelf verschillende risico's voor de kwaliteit en veiligheid van zorg noemen waarmee een ziekenhuis zich geconfronteerd kan zien tijdens een fusie. De Inspectie geeft aan deze ziekenhuizen met het huidige instrumentarium te volgen en in te grijpen als deze risico's zich manifesteren in de vorm van (bijvoorbeeld) meer meldingen van incidenten of andere 'harde signalen'. Wat betreft het MSB lijkt de Inspectie nog niet helemaal zeker te zijn over de vraag of dit een voor hen relevant toezichtsobject vormt. Het MSB wordt voornamelijk gezien als een 'interne gelegenheid' van het ziekenhuis en hoewel de Inspectie meent

enkele mogelijke risico's van het MSB voor kwaliteit en veiligheid te kunnen voorzien, stelt ze nog niet te kunnen ingrijpen omdat het tot dusver niet fout is gegaan.

De vraag die zich hier lijkt aan te dienen is: *in hoeverre ziet de Inspectie zichzelf in staat om (effectief en legitiem) in te grijpen in min of meer onzekere situaties?* Het idee lijkt te (zijn) ontstaan dat wanneer de onzekerheid waarmee de Inspectie in bepaalde toezichtssituaties geconfronteerd wordt niet kan worden opgeheven,⁷ dit (effectief en legitiem) optreden als toezichthouder onmogelijk maakt. Deze opvatting draagt het risico van handelingsverlegenheid in zich, zoals we zien in hoe de IGZ zich opstelt in het traject van fusietoetsing. Diverse recente publicaties stellen ons echter in staat een alternatieve benadering te schetsen.

7.2.1

Toezicht en onzekerheid

In het koepelproject *Toezicht in onzekere situaties*—waarbij inzichten uit vier Klein maar Fijn projecten, waaronder dit project, worden aangehaald—wordt gesproken over de wijze waarop onzekere situaties de effectiviteit van het toezicht kunnen aantasten. Redenerend dat effectief toezicht vraagt om duidelijkheid over het *risico*, de *norm* en de *adressant* waar het toezicht op gericht is, kan de effectiviteit van toezicht ter discussie worden gesteld wanneer bijvoorbeeld nieuwe risico's nog niet duidelijk zijn, er nog geen gevestigde handhavingsnormen zijn of de onder toezicht staanden moeilijk te bepalen of voor de IGZ moeilijk aanspreekbaar zijn (Grit e.a. 2016). Hoewel onzekerheid de effectiviteit van het toezicht kan bedreigen, is effectief toezicht daarmee niet onmogelijk. Bovendien is onzekerheid in die zin inherent aan het toezicht van de Inspectie, voor zover ze is gericht op het signaleren van en het handelen naar risico's. "De IGZ kent twee toezichtmethoden", zo schrijft ze in haar *Werkplan 2016*, "risicotoezicht en incidententoezicht. Met risicotoezicht zet de IGZ haar toezichtcapaciteit proactief en gericht in op de grootste risico's in de zorg. Onder incidententoezicht valt het toezicht waarmee de IGZ reageert op meldingen van calamiteiten die zij ontvangt van zorgaanbieders, fabrikanten en burgers" (IGZ 2016b: 15). Het is goed om ons te realiseren dat als we het hebben over risico's dat we dan spreken over kansen: "waar over risico's wordt gesproken staat het immers niet met zekerheid vast dat schade op zal treden, maar dient zulke schade zich met een bepaalde waarschijnlijkheid aan" (WRR 2008: 113). In dezelfde publicatie schrijft de WRR over de 'dubbele rol' die onzekerheid speelt als we het hebben over risico's.

[Niet] alleen wordt onderkend dat schade zich niet altijd, maar alleen met een bepaalde kans (relatieve frequentie) voordoet (zodat er van risico's gesproken moet worden), maar er wordt ook gewerkt vanuit het besef dat over die kans en de schade die kan optreden nog onzekerheid kan bestaan. (ibid.: 115)

In haar risicotoezicht dient de Inspectie zich tot al deze vormen van onzekerheid te verhouden. Daarnaast kunnen we nog een vorm van onzekerheid aanwijzen, want zelfs als we uitgaan van het ideaal dat risico's kenbaar en statisch zijn (Grit e.a. 2016), dan vloeit hier niet automatisch uit voort hoe de Inspectie vervolgens zou moeten handelen. Hierin zal een vorm van onzekerheid blijven bestaan, waarmee en waarbinnen de Inspectie moet werken. Eerder schreven we dat het toezicht op fusies van de Inspectie geïntegreerd lijkt te worden binnen het risicogestuurd toezicht, maar deze constatering vraagt, gezien bovenstaande, om correctie. De Inspectie stelt dat ze aan de hand van risicotoezicht 'extra aandacht' heeft voor ziekenhuizen die fuseren.

In haar risicotoezicht besteedt de IGZ extra aandacht aan instellingen die ingrijpende organisatorische veranderingen doormaken. Denk aan een fusie, bestuurswissel, verhuizing of faillissement. Daarbij maakt de IGZ per situatie de inschatting of intensivering van het toezicht nodig is. (IGZ 2016b: 30)

Echter, "de inschatting of intensivering van het toezicht nodig is" bij een fusieziekenhuis of bij een ziekenhuis dat te maken heeft met een MSB, lijkt afhankelijk van het incidententoezicht. Denk aan de inspecteur die stelt dat het niet te zeggen is dat de kwaliteit en veiligheid in gevaar is, simpelweg omdat er risico's zijn, of de inspecteur die stelt dat de IGZ ingrijpt in een fusietraject enkel als er 'harde signalen' zijn dat de kwaliteit onder druk staat. Een andere inspecteur zegt "[ik kijk] bij fusieziekenhuizen [mee] met het incidententoezicht. Zodra er een [incident] binnenkomt van een fusieziekenhuis, [vraag ik mezelf af: zou dit] fusie-gerelateerde problematiek

⁷ De gevolgen van een fusie voor kwaliteit en veiligheid kunnen nooit 'hard worden gemaakt', al is het maar doordat deze gevolgen afhankelijk zijn van de mate waarin risico's die gemoeid zijn met een fusie worden herkend door de fusieziekenhuizen en hoe ze hier in staat zijn op te anticiperen/acteren—wat op zichzelf onzekere factoren zijn.

kunnen zijn?” (interview inspecteur 4). Bij het MSB zien we de Inspectie eenzelfde afweging maken; hoewel er wel risico's zijn aan te wijzen—zoals de niet of moeilijker aan te spreken disfunctionerende specialist door de raad van bestuur—kan de Inspectie daar nog maar weinig mee, omdat concrete 'casuïstiek' ontbreekt. Het toezicht op ziekenhuisfusies en het MSB—aangegrepen als cases van “ingrijpende organisatorische veranderingen”—bevindt zich daarmee enigszins in een spagaat. Hoewel er risico's worden gesignaleerd (risicotoezicht), worden deze als onvoldoende 'hard' gezien om enkel op basis hiervan in te grijpen; hiervoor heeft de Inspectie 'harde signalen' en incidenten nodig (incidententoezicht).

7.2.2 Experimentele sturing en reflectief toezicht

Zoals we hierboven al kort benoemden: onzekere toezichtsituaties kunnen de effectiviteit van het toezicht bedreigen, maar maken effectief toezicht niet per definitie onmogelijk. Hieronder geven we een aanzet voor hoe toezicht, dat zich geconfronteerd ziet met onzekere situaties, eruit kan zien.

In het koepelproject *Toezicht in onzekere situaties* wordt gesproken over twee wijzen waarop een toezichthouder kan omgaan met onzekerheid. De toezichthouder kan inzetten op het opheffen van de onzekerheid, bijvoorbeeld door te investeren in het (alsnog) vaststellen en kwantificeren van de betreffende risico's of door te proberen meer grip te krijgen op de moeilijk aanspreekbare adressant waar het toezicht op gericht is. De toezichthouder kan echter ook de onzekerheid, alsmede het blijvende karakter daarvan, erkennen en vanuit die erkenning op zoek gaan naar een effectieve rol voor het toezicht (Grit e.a. 2016). De eerste strategie kunnen we aanduiden als *onzekerheidsreductie*. Bij de tweede strategie gaat het om *handelen in onzekerheid*.

We hebben gezien dat (het toezicht op) ziekenhuisfusies en het MSB met diverse onzekerheden is omgeven. Uit de literatuurstudie die wij hebben ondernomen blijkt dat er geen duidelijkheid bestaat over of en op welke wijze ziekenhuisfusies gevolgen hebben voor de kwaliteit en veiligheid van zorg. De inspecteurs die we hebben gesproken over ziekenhuisfusies merken op dat een fusietraject geen eenduidig fenomeen is, elk fusietraject een 'eigen verhaal' kent en dat van tevoren niet te zeggen is welke risico's zich binnen een fusietraject zullen manifesteren. Daarnaast stelt de IGZ in haar *Werkplan 2015* dat grote (bestuurlijke) veranderingen in een organisatie, zoals het aangaan van een fusie, “bijna altijd gepaard [gaan] met onvoorziene risico's” (IGZ 2015a: 17). Wat het MSB betreft is nog onduidelijk hoe dit, nu nog 'onvolwassen' bedrijf, zich verder zal ontwikkelen en hoe het zich zal gaan positioneren binnen de kwaliteits- en veiligheidsstructuur van een ziekenhuis. Daarnaast geven de interviews die we hebben afgenomen blijk van een gevarieerd beeld over de wijze waarop (de oprichting van) het MSB gevolgen heeft of kan hebben voor de kwaliteit en veiligheid van zorg. Zo wordt er over het MSB gesproken als 1) een structureel risico voor de kwaliteit en veiligheid van zorg, 2) een tijdelijk risico voor de kwaliteit en veiligheid van zorg, 3) een huls die enkel de reeds gevestigde verhoudingen 'huisvest', waardoor er geen wezenlijke gevolgen voor kwaliteit en veiligheid te verwachten zijn en 4) als een kans om medisch specialisten, via het MSB, meer te betrekken bij kwaliteit en veiligheid van zorg, waarbij een positieve invloed te verwachten is.

Het inzetten op onzekerheidsreductie—of, in ieder geval; het *enkel* inzetten op onzekerheidsreductie—verdient gegeven deze bevindingen geen aanbeveling. Onzekerheidsreductie zal niet volstaan, vanwege het blijvende karakter van sommige vormen van onzekerheid, zoals de 'onvoorziene risico's' en de vraag of en welke risico's zich zullen manifesteren, maar ook omdat dit het gevaar in zich draagt dat er een 'wachten op zekerheid' ontstaat, waarbij de Inspectie zich pas tot handelen in staat ziet wanneer de wetenschap *wel* de vraag heeft kunnen beantwoorden over of en op welke wijze ziekenhuisfusies gevolgen hebben voor de kwaliteit en veiligheid van zorg of de Inspectie wacht tot het MSB zich als organisatievorm heeft uitgekristalliseerd. Daarom zullen we hier stilstaan bij mogelijkheden om, als toezichthouder, te handelen in onzekerheid. Een concept dat ons hierbij kan helpen is dat van *experimentalist governance*, ontwikkeld door Sabel en Zeitlin (2011).

Experimentalist governance, of experimentele sturing, dankt zijn bestaan in zekere zin aan het de afgelopen jaren ontstane inzicht dat de *command-and-control* benadering aan effectiviteit heeft ingeboet in de moderne samenleving (Grit e.a. 2016; Sabel en Zeitlin 2011). Binnen de *command-and-control* benadering is er sprake van een zeer krachtige actor—hier werd vaak de overheid opgevoerd—die op sterk hiërarchische wijze diverse (veld)partijen aanstuurt. Tegenover dit idee van 'government' is de laatste jaren het idee van 'governance' komen te staan. De governance-benadering drukt het besef uit dat “[de] overheid (...) allang niet meer dé centrale sturingsorganisatie van de samenleving [is], maar (...) voor het oplossen van allerlei lastige, 'ongetemde' problemen afhankelijk [is] van de inbreng van tal van maatschappelijke actoren” (WRR 2013: 126). De overheid

'kan het niet langer alleen' en binnen de governance-benadering komt dan ook minder nadruk te liggen op het idee van "eenzijdige, hiërarchische 'control' vanuit de overheid" (ibid.) en krijgt sturing meer het karakter van een dialoog, waarbij de overheid afstemming zoekt en coördineert (Grit e.a. 2016). Het idee van experimentele sturing sluit aan bij deze theorieën over *governance* en "omarmt (...) complexiteit en onzekerheid als de kern van zijn sturingsfilosofie" (Oldenhof en Bal 2016: 113).

Sabel en Zeitlin benadrukken dat de onzekerheid waarmee sturende organisaties zich geconfronteerd zien besloten zit in de vorm die experimentele sturing aanneemt. Zo stellen ze dat experimentele sturing een vorm van governance behelst "that establishes deliberately provisional frameworks for action" en waarin sprake is van een "recursive process of provisional goal-setting and revision" (2011: 2, 3). Het 'framework for action' en de doelstellingen die een partij, zeg: een toezichthouder, voor ogen heeft zijn voorlopig vanuit de herkenning dat er geen definitieve, van tevoren te bepalen oplossing bestaat voor de onzekere problemen waarmee een toezichthouder geconfronteerd wordt. Daarmee is experimentele sturing een recursief proces, waarbij de toezichthouder door middel van een herhalend proces van leren en het continue bijstellen van haar 'framework for action' en doelstellingen, onzekere problemen probeert op te lossen. Oldenhof en Bal stellen dat in experimentele sturing "[doelen] niet vooraf bepaald en uitgewerkt [worden] door de overheid in allerlei gedetailleerde benchmarks en lijstjes met indicatoren, maar recursief ontwikkeld en continu bijgesteld [worden] door lokale actoren zoals frontlijnprofessionals, lokale beleidsmakers en burgers" (2016: 113). In dialoog met andere betrokkenen kunnen er binnen experimentele sturing lokale, gesitueerde oplossingen voor problemen worden ontwikkeld (Grit e.a. 2016). Om experimentele sturing nog iets meer te concretiseren kunnen we een zevental kernelementen identificeren (Oldenhof en Bal 2016).

1. Er is openheid over ambiguïteit en onzekerheid;
2. In experimentele sturing worden algemene doelen opgesteld (bijvoorbeeld: kwaliteit van zorg): deze doelen zijn "explicitly open-ended" (Sabel en Zeitlin 2011: 5), waarbij de operationalisatie in het proces van implementeren en in dialoog met lokale betrokkenen plaatsvindt;
3. Er is sprake van recursief leren: de uitkomst van eerdere sturingsvormen kunnen aanleiding vormen om te reflecteren op en vorm te geven aan toekomstige vormen van sturing;
4. Er is sprake van deliberatie: manieren van handelen, de wijze van toezicht houden en de rol die de toezichthouder voor zichzelf weggelegd ziet, zijn constant onderhevig aan discussie en reflectie;
5. In experimentele sturing ontstaat een nieuwe verhouding tussen 'principaal' en 'agent'. "Terwijl in de klassieke principaal-agenttheorie wordt verondersteld dat de 'principaal' (bijvoorbeeld de overheid) doelen stelt die de 'agent' uitvoert—en controle inbouwt om te zorgen dat dit ook feitelijk gebeurt—erkent de 'principaal' binnen het model van experimentele sturing niet alles te weten en te kunnen bepalen, maar te vertrouwen op het probleemoplossend vermogen van lokale partijen (de 'agents')" (Oldenhof en Bal 2016: 114);
6. Er is sprake van generatieve verantwoording: hier wordt een alternatieve vorm van verantwoording bedoeld "waarbij prestatiecriteria niet top-down worden opgelegd, maar telkens lokaal wordt bepaald 'wat ertoe doet'" (ibid.: 114-115);
7. Binnen experimentele sturing bestaat er 'discretionaire ruimte met voorwaarden', zoals Oldenhof en Bal het noemen. "Professionals hebben de ruimte om af te wijken van routines en regels wanneer deze contraproductief zijn. Zij moeten wel op een transparante manier hierover verantwoording afleggen en de regel aanpassen zodat deze weer passend wordt voor de werkpraktijk" (ibid.: 115).

De notie van experimentele sturing en de kernelementen zoals we hierboven geschetst hebben sluiten goed aan bij wat de WRR 'reflectief toezicht' noemt (WRR 2013: 155). In 2013 pleitte de WRR al "voor een (versterking van de) *reflectieve functie* van het overheidstoezicht [...] gezien de unieke positie die toezichthouders innemen" (ibid.: 132).

Onder reflectief toezicht verstaan we in eerste instantie het monitoren van ontwikkelingen in een bepaald domein, zoals domeinoverstijgende maatschappelijke ontwikkelingen (bijvoorbeeld internationalisering) en domeinspecifieke ontwikkelingen (bijvoorbeeld technologische ontwikkelingen), die van invloed zijn op de (sturings)relaties in het krachtenveld. Reflectie houdt ook in dat het toezicht nadenkt over knelpunten in de wet- en regelgeving in relatie tot het eigen functioneren of in het licht van maatschappelijke of sectorale ontwikkelingen die nieuwe of grotere risico's met zich mee brengen. Een reflectieve functie van toezicht gaat verder dan louter het signaleren van problemen, ook het agenderen van die problemen is onderdeel van een reflectieve rol. Reflectief toezicht signaleert, agendeert, deelt zijn unieke kennis en geeft actief feedback. (WRR 2013: 132).

Zoals Grit e.a. (2016) ook aangeven: als we toezicht als een experimenteel governance vraagstuk zien, vraagt dit van de Inspectie dat ze zich voortdurend afvraagt hoe ze het beste haar rol kan invullen binnen een complex en dynamisch krachtenveld. De rol van het toezicht is daarmee niet vaststaand, maar kan per situatie of per probleem veranderen. Dit vraagt om een reflexieve toezichthouder die zich per situatie kan afvragen of en welke wijze van optreden door de toezichthouder gewenst is en wat de mogelijke gevolgen van haar wel of niet handelen zijn. In het geval van toezicht op nieuwe bestuurlijke samenwerkingen, zoals fusies en de MSB-vorming, zou een dergelijke experimentele vorm van toezicht een uitweg kunnen bieden aan de handelingsverlegenheid die zich lijkt af te tekenen.

7.3 Aanbevelingen

Hieronder zullen we enkele aanbevelingen voor het staatstoezicht op de kwaliteit en veiligheid van zorg formuleren in het kader van grote bestuurlijke veranderingen in de ziekenhuiszorg. Met deze aanbevelingen zoeken we aansluiting bij de benaderingen die we hierboven uiteen hebben gezet, waarbinnen handvatten worden geboden om als toezichthouder te handelen in onzekere situaties.

Aanbeveling 1

Stel als Inspectie ten tijde van de voorbereiding van een fusie specifieke voorwaarden op waaraan een ziekenhuis zich gedurende het fusietraject dient te houden en waar de Inspectie op toeziet.

Gezien de risico's die de Inspectie associeert met een fusie tussen ziekenhuizen is het 'fusietoezicht' wat uit die risicoperceptie voortvloeit voorzichtig minimalistisch te noemen. De Inspectie is in de voorbereidende fase van een fusie voornamelijk afwezig—zoals ook ervaren door de fusieziekenhuizen—en hoewel fusieziekenhuizen daarna, als de Inspectie dit nodig acht, mogelijk 'extra aandacht' krijgen, gaat het hier niet om een gevestigde werkwijze. Wij pleiten voor een rol waarbij de Inspectie haar betrokkenheid in de voorfase van een fusie op een alternatieve wijze invult. Door voorafgaand voorwaarden te stellen op het gebied van kwaliteit en veiligheid aan fusieziekenhuizen kan de IGZ recht doen aan de risico's die ze met fusies associeert en scheidt ze voor zichzelf een mogelijkheid om op concretere wijze grip te krijgen op fusieziekenhuizen door toe te zien op de naleving van deze voorwaarden. Concreet voorzien we dat de Inspectie een ziekenhuis met fusieplannen zou verplichten om op verschillende gebieden prospectieve risico-inventarisaties (PRI's) uit te voeren. Dit is geen norm die de IGZ in het leven hoeft te roepen; ze kan wijzen op de reeds bestaande verplichting om PRI's uit te voeren binnen het *NIAZ-Qmentum* accreditatieprogramma.⁸

Wij stellen ons voor dat de Inspectie vroegtijdig met de fusieziekenhuizen in gesprek gaat over de risico's voor de kwaliteit en veiligheid van zorg die naar het idee van de fusieziekenhuizen zelf en de IGZ mogelijk kunnen optreden tijdens de fusie. Binnen deze dialoog is er ruimte voor lokale en gesitueerde oplossingen; daar elk ziekenhuis en elk fusietraject een 'eigen verhaal' kent, zal de prioritering van de risico's binnen een fusietraject voor elk ziekenhuis anders worden ingevuld. Als er bij de Inspectie het beeld bestaat dat een ziekenhuis dat voornemens te fuseren is, reeds moeite heeft met het thema medicatieveiligheid, dan kan het aanbeveling verdienen om het ziekenhuis vooral op dat thema PRI's te laten uitvoeren, terwijl bij een ander ziekenhuis het thema zorg voor het zieke kind misschien meer aandacht verdient. Deze PRI's geven de Inspectie vervolgens handvatten in het verdere toezicht; ze kunnen dienen als input om gedurende het fusietraject het gesprek met het ziekenhuis aan te blijven gaan over hoe het ziekenhuis belangrijke kwaliteitskwesaties op de agenda probeert te houden tijdens het fusietraject. Daarnaast zouden inspecteurs de fusieziekenhuizen onaangekondigd kunnen bezoeken op kwaliteits- en veiligheidsthema's die aansluiten bij de voornaamste risico's die het ziekenhuis en de Inspectie samen signaleren. Het onaangekondigd bezoek is al een instrument dat inspecteurs inzetten, maar respondenten binnen ziekenhuizen gaven aan dat de thema's waar deze bezoeken op gericht waren vaak niet de thema's waar zij, als fuserend ziekenhuis, op dat moment prioriteit aan gaven. Met deze aanbeveling zoeken we aansluiting bij de ambitie van de Inspectie om op een meer proactieve wijze toezicht te houden en meer in dialoog te treden met de veldpartijen (IGZ 2016a). Bovendien zou de Inspectie hiermee een meer zelfstandige vorm van risicotoezicht op bestuurlijke veranderingen neerzetten. In plaats van dat het risicotoezicht aan de

⁸ "De instelling voert prospectieve risicoinventarisaties (PRI's) uit ter verbetering van de (zorg)processen en voorafgaand aan het invoeren van belangrijke technische, procedurele en organisatorische veranderingen of een verandering van een (zorg)proces." (NIAZ-Qmentum, norm 514.12).

hand wordt genomen door het incidententoezicht, vloeit in dit geval het toezicht voort uit de risico's die de Inspectie, in dialoog met de fusieziekenhuizen, heeft geïdentificeerd. De risicomatrix die de Inspectie nu aan het ontwikkelen is en waarmee ze in kaart wil brengen in hoeverre er sprake is van ongelijkwaardigheid tussen fusiepartners en in hoeverre ze werken met gelijke of ongelijke systemen, kan naar ons idee dienen om hiermee een dialoog aan te gaan.

Binnen dit risicotoezicht op fusies is het tevens van belang om open te blijven staan voor nieuwe risico's. Zoals reeds opgemerkt kan er sprake zijn van 'onvoorzien risico's' waar ziekenhuizen, in het proces van fuseren, tegenaan lopen en waar mogelijk (nog) geen aandacht voor was in de prospectieve risico-inventarisaties. Ook in de fusieziekenhuizen onderschreven ze dat hoewel het mogelijk is om in de voorbereiding van de fusie al risico's in kaart te brengen en hierop voor te sorteren, je daarmee niet alle risico's die zich kunnen voordoen kan voorzien. Hierbij tekent zich de meerwaarde af van een Inspectie die erop toeziet dat de interne *governance* van ziekenhuizen ten tijde van een fusietraject op orde en voldoende responsief is om dergelijke onvoorzien risico's het hoofd te bieden. De Inspectie kan in dit kader de fusieziekenhuizen bijvoorbeeld aansporen om werkgroepen te formeren die verantwoordelijk zijn voor het harmoniseren van protocollen per afdeling,⁹ ze kan nagaan of er ook tijdens de fusie voldoende mogelijkheden zijn om kwaliteitskwesaties bespreekbaar te maken binnen de organisatie—wordt een fusie geen 'rijdende trein', waar bezwaren of reserveringen vanuit kwaliteitsoogpunt niet meer tegenop wegen?—en benadrukken dat het van belang is dat er binnen de afdeling kwaliteit en veiligheid iemand wordt aangewezen die zich nadrukkelijk met de fusie bezighoudt.

Wanneer we binnen deze aanbeveling spreken over de Inspectie die voorwaarden stelt aan fusieziekenhuizen, stellen we ons niet voor dat de Inspectie deze verbindt aan de vraag of een fusie wat haar betreft door mag gaan of niet. Wij verwachten eerder dat de Inspectie zich al voorafgaand aan de fusie een beeld kan vormen van de wijze waarop het ziekenhuis kwaliteit en veiligheid een plek geeft binnen het fusieproces, bijvoorbeeld aan de hand van (de kwaliteit van) de prospectieve risico-inventarisaties die het ziekenhuis aan de Inspectie zou aanleveren en in hoeverre kwaliteitsoverwegingen serieus worden genomen in fusiebesluiten, zoals de lateralisatie van een afdeling. Vervolgens kan de Inspectie in haar aan de NZa en ACM afgegeven zienswijze het beeld schetsen dat ze heeft van de manier waarop het ziekenhuis oog heeft voor de kwaliteit en veiligheid van zorg binnen het fusietraject. Op deze manier kan de Inspectie zich op een betekenisvolle en gefundeerde wijze uitspreken over de kwaliteit en veiligheid van zorg binnen een fusietraject, zonder dat ze hierover voorspellende uitspraken hoeft te doen of de vraag hoeft te beantwoorden of de fusie mag doorgaan of niet.

Aanbeveling 2

Blijf binnen het thema 'goed bestuur' (goede *governance* in de zorg) het gesprek aangaan met ziekenhuisbestuurders over (de ontwikkeling van) het MSB.

De Inspectie geeft in haar *Meerjarenbeleidsplan 2016-2019* aan dat "[de] stijl van besturen en de samenwerking tussen bestuurders onderling, tussen bestuurders en zorgprofessionals en hun cliëntèle, (...) van grote invloed [zijn] op de kwaliteit van de geleverde zorg. Recente calamiteiten binnen en buiten de zorg tonen dat aan" (2016a: 21). 'Bestuurlijke verantwoordelijkheid (goede *governance* in de zorg)' wordt door de IGZ aangewezen als risicothema; hier zal ze de komende twee jaar extra aandacht aan besteden (ibid.: 18). In het *Meerjarenbeleidsplan 2016-2019* vult de Inspectie haar ambitie om meer toe te zien op de 'wijze van besturen zorgaanbieder' voornamelijk in door te stellen: "[tegen] (dreigende) falende bestuurders treedt de IGZ eenduidig en scherp op en zij legt sancties op waar grenzen worden overschreden" (ibid.: 21). Wij pleiten ervoor om binnen deze zelfde ambitie het gesprek aan te blijven gaan met ziekenhuisbestuurders over (de ontwikkeling van) het MSB. De Inspectie heeft binnen dit risicothema de ruimte om de risico's die ze bij het MSB voorziet te delen met de ziekenhuisbestuurders. Daarnaast kan ze bij deze gesprekken de raden van toezicht betrekken—dit is reeds een ambitie die de Inspectie koestert (IGZ 2016a: 21)—alsmede het MSB-bestuur. Daarbij kan het toezicht de meer experimentele vorm aannemen van een voortdurende dialoog waarbij verschillende partijen—raden van bestuur, raden van toezicht, het MSB-bestuur en de Inspectie—blijven reflecteren op de (gewenste)

⁹ Dergelijke 'transitieteams', 'voorbereidingsgroepen' en 'regiefunctionarissen' werden binnen de door ons bezochte fusieziekenhuizen reeds opgericht en aangewezen, maar de mate waarin deze als effectief werden ervaren en in hoeverre deze teams opereerden vanuit kwaliteitsoverwegingen of andere, bijvoorbeeld meer bedrijfseconomische overwegingen, suggereert dat de betrokkenheid van de Inspectie hierbij een meerwaarde kan hebben.

ontwikkeling van het MSB en de inbedding daarvan in de kwaliteit- en veiligheidsstructuur van het ziekenhuis. Ook in deze context pleiten we voor een vorm van toezicht waarin de gesignaleerde risico's—zowel in termen van mogelijke gevaren, als in termen van mogelijke kansen—voldoende aanknopingspunten bieden en waarbij het toezicht niet hoeft te wachten op incidenten. De destijds door de Inspectie ontwikkelde Zelftest kan hierin gebruikt blijven worden en eventueel worden doorontwikkeld om aan de hand hiervan het gesprek over het MSB met ziekenhuizen open te houden en te structureren. De Zelftest functioneert dan niet als checklist of norm, maar als een handvat om in dialoog te treden en te blijven met de instellingen en het veld. De noodzaak van een voortdurend gesprek wordt daarbij ingegeven door de herkenning dat het 'onvolwassen' MSB zich zal blijven ontwikkelen. Het past een reflexieve toezichthouder om zich bij deze toekomstige ontwikkeling van het MSB af te vragen of een herdefiniëring van haar rol gewenst is (IGZ 2016a: 16). Hierbij is het van belang om op te merken dat het toezicht daarbij niet alleen gericht is op het MSB-construct *an sich*—hoewel het construct wel degelijk specifieke risico's voor de kwaliteit en veiligheid van zorg in zich kan dragen—maar meer nog op de wijze waarop het MSB raakt aan de bredere verhouding tussen medisch specialisten en de Raad van Bestuur en de verhouding tussen medisch specialisten in loondienst en medisch specialisten verenigd in een MSB.

Aanbeveling 3

Treed als Inspectie meer agenderend op bij grote bestuurlijke veranderingen en deel actiever je voor het veld relevante kennis.

Uit onze interviews blijkt dat er een sterke behoefte in het veld is aan kennisdeling over de risico's die gemoeid zijn met ziekenhuisfusies en het MSB en strategieën om deze het hoofd te bieden. Wat ook duidelijk werd is dat de ziekenhuizen en de Inspectie, wanneer het gaat om de vraag wie er het voortouw moet nemen in deze kennisdeling, voornamelijk naar elkaar wijzen. De Inspectie is van mening dat de ziekenhuizen bij uitstek in de positie zijn om hun *firsthand experience* met fuseren en/of het oprichten en werken met het MSB te delen met andere ziekenhuizen, terwijl de ziekenhuizen voornamelijk de Inspectie aansporen om de unieke kennis die zij van het veld heeft te delen met het veld. Eerder wezen we op het pleidooi van de WRR voor een versterking van de reflectieve functie van het toezicht. "Reflectief toezicht", zo schrijft de WRR, "signaleert, agendeert, deelt zijn unieke kennis en geeft actief feedback" (2013: 132). In haar *Meerjarenbeleidsplan 2016-2019* erkent de Inspectie haar "unieke positie om vroegtijdig risico's te signaleren en te zien waar kansen liggen om de kwaliteit van de zorg te bevorderen" en zet ze in op het "[versterken van] haar signalerende en informerende rol naar haar stakeholders" (IGZ 2016a: 25). De Inspectie uit hierin de ambitie om zichzelf "meer vooraan in de discussie in en over het zorgveld [te positioneren]" (ibid.). Dit deed de Inspectie recent nog, toen ze op 12 mei 2016 het 'minitijdschrift' *Kijken met andere ogen* publiceerde. Hierin wijst de IGZ de 600 verpleeghuizen die het tijdschrift toegestuurd hebben gekregen op een achttal kernelementen die zijn ontwikkeld om goede zorg te kunnen bieden aan mensen met dementie (IGZ 2016c). In deze publicatie positioneert de IGZ zich in dialoog met de zorginstelling en deelt ze *best practices*. "We zagen vorig jaar dat veel [instellingen] de 8 kernelementen kennen. Maar nog niet alle kernelementen vormen de basis van de dagelijkse zorg. Daarom willen we met deze uitgave de goede voorbeelden die we zagen, met jullie delen. Om te leren van elkaar en ideeën op te doen. We werken tenslotte samen aan hetzelfde doel: goede zorg voor iedereen!" (IGZ 2016c: 3).

De Inspectie kan zich ook 'meer vooraan in de discussie in en over het zorgveld positioneren' in haar toezicht op ziekenhuisfusies en het MSB. Zo kan ze binnen de gesprekken met fusieziekenhuizen—zie aanbeveling 1—de kennis die ze de afgelopen jaren heeft opgedaan over fusietrajecten en hoe deze mogelijk een bedreiging vormen voor kwaliteit en veiligheid te delen met de fusieziekenhuizen. Deze kennis kan ze echter ook inzichtelijk maken aan de hand van een meer overkoepelende publicatie, waarbij ze veldpartijen kan wijzen op terugkerende risico's bij fusietrajecten of het MSB en mogelijke *best practices* om deze het hoofd te bieden. Zelf heeft de Inspectie het in haar *Meerjarenbeleidsplan 2016-2019* over de mogelijkheid om rondom een bepaald thema bijeenkomsten te organiseren (2016a: 28). Het is overigens goed om te benoemen dat de Inspectie ook nu al probeert om deze signalerende en informerende rol in de praktijk in te vullen. Dit is momenteel echter nog afhankelijk van soms individuele invullingen. Zo spraken we een inspecteur die aangaf soms bestuurders te wijzen op *best practices* die ze had gezien in andere ziekenhuizen, terwijl andere respondenten vanuit de Inspectie juist aangaven dit niet te doen omdat het de verantwoordelijkheid van de ziekenhuizen zelf is. De door de IGZ ontwikkelde Zelftest, waarmee de IGZ bestuurders en medisch specialisten een handreiking wilde bieden om te komen tot goede afspraken in het MSB-model, kunnen we zien als een poging om invulling te geven aan deze agenderende en informerende rol, maar heeft in het toezicht op het MSB verder geen rol meer gespeeld. Naast de aanbeveling om in de toekomst de signalerende en informerende

rol van de Inspectie naar haar stakeholders te versterken¹⁰—een weg die ze al ingeslagen is, zo lijkt het—is een gelieerde aanbeveling om deze rol op te vatten als ‘in dialoog zijn met het veld’. Het is naar ons idee zonde als deze rol wordt ingevuld als het eenzijdig zenden van kennis van de Inspectie naar het veld. Wij zien deze rol van de Inspectie eerder als het ‘aanknopen van een gesprek’ waarbij nieuwe ervaringen binnen ziekenhuizen en binnen de Inspectie ook weer ingebracht kunnen worden om tot een verdere aanscherping en/of uitwerking te komen.

Een moeilijkheid die de IGZ kan ondervinden bij het versterken van haar signalerende en informerende rol is dat ze, zoals ze zelf aangeeft in haar *Meerjarenbeleidsplan 2016-2019*, veelal in een verticale relatie staat tot het veld: “[de] verhouding tussen de IGZ en veldpartijen is en blijft immers die van toezichthouder en (belangenorganisaties voor) ondertoezichtstaanden” (2016a: 28). Daarom ziet de Inspectie vooral mogelijkheden om samen te werken met koepelorganisaties en beroeps- en wetenschappelijke verenigingen. Gevraagd naar welke partij er voornamelijk verantwoordelijk is voor het delen van kennis wijst de NVZ echter naar de Inspectie en geeft ze aan wat dat betreft ‘aan de kant van de ziekenhuizen te staan’. De ambitie die de Inspectie uitspreekt om meer in dialoog te treden met het veld maakt duidelijk dat er niet alleen van de Inspectie verwacht wordt dat ze in een complex en dynamisch krachtenveld reflecteert op hoe ze haar rol invult, maar dat eenzelfde mate van reflectie wordt gevraagd van de partijen waarmee de dialoog wordt aangegaan. Met andere woorden; wil de Inspectie in dialoog kunnen treden met het veld en reflecteren op haar toezichtsrol dan mogen we van het veld verwachten dat ze eveneens bereid is om dit gesprek aan te gaan. Zo kan ook de NVZ een platform scheppen waar ze investeert in het verzamelen van de risico’s die ze ziet rondom bestuurlijke veranderingen in de ziekenhuiszorg en inzet op het vertalen daarvan naar adviezen aan ziekenhuizen die zich daarmee geconfronteerd zien. Hier zou de NVZ geen ‘doorgeefluik’ zijn van de Inspectie naar het veld, maar een actieve participant die niet alleen medieert, maar ook voor zichzelf een rol weggelegd ziet in de discussie rondom (toezicht op) de interne governance van ziekenhuizen. Anderzijds zou langs een dergelijk platform de Inspectie ook haar kennis over de risico’s van bestuurlijke samenwerkingen in de zorg met het veld kunnen delen, zonder daar direct medeverantwoordelijk voor te worden.

¹⁰ Hiermee sluiten we aan bij een aanbeveling die in het kader van een ander onderzoek van ESHPM naar de werkwijze van de Inspectie reeds is gedaan (zie: Grit en Oijen 2015: 126-128).

8. Literatuurlijst

- ACM. 2013. *Besluit Stichting Lievensberg Ziekenhuis – Stichting St. Franciscus Ziekenhuis*. Den Haag. <https://www.acm.nl/nl/publicaties/publicatie/12069/Lievensberg-ziekenhuis-en-Franciscus-ziekenhuis-mogen-fuseren-concentratiebesluit/>
- ACM. 2015a. *Besluit Stichting Albert Schweitzer Ziekenhuis – Stichting Rivas Zorggroep*. Den Haag. <https://www.acm.nl/nl/publicaties/publicatie/14526/Albert-Schweitzer-Ziekenhuis-en-de-Rivas-Zorggroep-mogen-niet-fuseren-vergunningsbesluit/>
- ACM. 2015b. *Position paper Autoriteit Consument en Markt, Rondetafelgesprek fusietoets zorginstellingen*.
- Algemeen Dagblad*. 2014. 'Fusies moeten zorg in de regio Den Haag verbeteren', 4 oktober 2014.
- Arbuckle, G. 2003. "Nine Axioms for Success in Mergers: Health Care Leaders Must Take Great Care with the Cultural Factors Involved." *Health Progress* 84 (1): 38-42.
- Berden, B. en H. Keuzenkamp. 2015. "Commentaar: Integrale bekostiging verlamt de innovatie: Consequenties van de nieuwe vorm van bekostiging specialisten". *Nederlands Tijdschrift voor Kindergeneeskunde*; 159: A9585.
- Biesma, D. 2015 'Medisch specialistisch bedrijf is een weeffout', *Zorgvisie* 30 november 2015. <https://www.zorgvisie.nl/financien/nieuws/2015/11/medisch-specialistisch-bedrijf-is-een-weeffout-2724784w/>
- Boll, B., Haelst, van P., Noordveld, B. en J. Strijbos. 2015. 'Medisch-Specialistisch Bedrijf is zegen voor de zorg'. *Medisch Contact*, 9 december 2015. <https://www.medischcontact.nl/nieuws/laatste-nieuws/artikel/medisch-specialistisch-bedrijf-is-zegen-voor-de-zorg.htm#reacties>
- Canoy, M. en W. Sauter. 2009. "Hospital Mergers and the Public Interest: Recent Developments in the Netherlands". *TILEC discussion paper 2009-035*. <https://www.nza.nl/104107/230942/Research-paper-'Hospital-Mergers-and-the-Public-Interest'-2009-09.pdf>
- Financieel Dagblad*. 2015. 'NZA: veel ziekenhuisfusies ongewenst', 17 april 2015.
- Fulop N., Protopsaltis G., King A., Allen P., Hutchings A. en C. Normand. "Changing organisations: a study of the context and processes of mergers of health care providers in England." *Social Science & Medicine* 60.1 (2005): 119-130.
- Grit, K. en J. van Oijen. 2015. *Toezicht op het medisch-wetenschappelijk onderzoek met mensen: Het in kaart brengen van een multi-centered speelveld*. Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam.
- Grit, K., Bomhoff, M., Friele, R. en R. Bal. 2016. *Toezicht in onzekere situaties: Op zoek naar een passend toezichtkader in een veranderende gezondheidszorg*. Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam.
- Legemaate, J., Grit, K., Plomp, E., Die, de, M., Bovenkamp, H. van de, Broer, T., Bouwman, R., Bomhoff, M., Friele, R. en R. Bal. 2013. *Thematische wetsevaluatie - Bestuursrechtelijk toezicht op kwaliteit van zorg*. ZonMw: Den Haag.
- Ho, V. en B. Hamilton. 2000 "Hospital mergers and acquisitions: does market consolidation harm patients?." *Journal of Health Economics* 19.5: 767-791.
- IGZ. 2011. *Meerjarenbeleidsplan 2012-2015: Voor gerechtvaardigd vertrouwen in verantwoorde zorg (II)*. Utrecht: Inspectie voor de Gezondheidszorg, Ministerie van VWS.

- IGZ. 2014a. Handreiking IGZ i.v.m. gevolgen 'Medisch specialist 2015'. http://www.igz.nl/Images/14-11-06%20Brief%20en%20presentatie%20handreiking%20IGZ%20medisch%20specialist%202015_tcm294-361090.pdf
- IGZ. 2014b. *Verscherpt toezicht Admiraal De Ruyter Ziekenhuis*. Utrecht: Inspectie voor de Gezondheidszorg, Ministerie van VWS.
- IGZ. 2015a. *Werkplan 2015*. Utrecht: Inspectie voor de Gezondheidszorg, Ministerie van VWS.
- IGZ. 2015b. *Position paper Inspectie voor de Gezondheidszorg, Rondetafelgesprek fusietoets zorginstellingen*.
- IGZ. 2016a. *Meerjarenbeleidsplan 2016-2019: Gezond vertrouwen*. Utrecht: Inspectie voor de Gezondheidszorg, Ministerie van VWS.
- IGZ. 2016b. *Werkplan 2016*. Utrecht: Inspectie voor de Gezondheidszorg, Ministerie van VWS.
- IGZ. 2016c. *Kijken met andere ogen*. Utrecht: Inspectie voor de Gezondheidszorg, Ministerie van VWS. <http://igz.nl/actueel/nieuws/kijken-met-andere-ogen.aspx>
- IGZ en NZa. 2016. *Toezicht op Goed Bestuur: Voor bestuurders en toezichthouders in de zorg*. Utrecht: Inspectie voor de Gezondheidszorg, Ministerie van VWS en Nederlandse zorgautoriteit.
- Kiers, B. 2015. 'MSB's gaan uit elkaar spatten', *Zorgvisie* 45(4).
- Kitchener, M. 2002. "Mobilizing the logic of managerialism in professional fields: The case of academic health centre mergers." *Organization Studies* 23.3: 391-420.
- Kjekshus, L. en T. Hagen. 2007. "Do hospital mergers increase hospital efficiency? Evidence from a National Health Service country." *Journal of health services research & policy* 12.4: 230-235.
- KPMG. 2015. *Wie doet het met wie in de zorg?: Het jaarlijkse overzicht van bestuurlijke samenwerking tussen Nederlandse ziekenhuizen*. Editie 2014.
- Mutter, R. Romano, P. en H. Wong. 2011. "The effects of US hospital consolidations on hospital quality." *International Journal of the Economics of Business*, 18(1), 109-126.
- NRC Handelsblad. 2015. 'Zorg over zorg in ziekenhuizen', 17 april 2015.
- NZa. 2014. *Monitor integrale bekostiging medisch specialistische zorg*. https://www.nza.nl/104107/105773/953131/Monitor_Integrale_bekostiging_medisch_specialistische_zorg.pdf
- NZa. 2016. *Monitor integrale bekostiging medisch specialistische zorg*. https://www.nza.nl/1048076/1048181/Monitor_Integrale_bekostiging_medisch_specialistische_zorg_2015.pdf
- Oldenhof, L. en R. Bal. 2016. *Voorbij de kloof tussen systeem- en leefwereld: een zoektocht naar nieuwe sturingsrelaties*. Achtergrondstudie RVS.
- Pennen, R. van der. 2016. *Besluitvorming in het ziekenhuis*. Dissertatie Universiteit Tilburg, Tilburg.
- Postma, J. 2015. *Scaling Care: An analysis of the structural, social and symbolic dimensions of scale in healthcare*. Dissertatie Erasmus Universiteit, Rotterdam.
- Poucke, A. van. 2016. 'Groter moet'. *Skipr*, 20-09-2016. <https://www.skipr.nl/blogs/id2836-groter-moet.html>
- PwC. 2014. *Een verdieping van besturingsmodellen voor een duurzame relatie tussen ziekenhuis en specialist (Een nadere uitwerking van het huidige model, het loondienstmodel, het samenwerkingsmodel en het participatiemodel na invoering van de integrale bekostiging per 1 januari 2015)* 4 februari 2014, https://www.nvz-ziekenhuizen.nl/_library/13853/Een%20verdieping%20van%20besturingsmodellen.pdf

Robben, P., Grit, K. en R. Bal. 2015. "Inspectie voor de Gezondheidszorg". In: Mertens, F.J.H, Muller, E.R. en H.B. Winter. *Toezicht: Inspecties en autoriteiten in Nederland*. Deventer: Wolters Kluwer, 373-394.

Sabel, C. en J. Zeitlin. 2011. "Experimentalist Governance". In: Levi-Faur, D. (red.). *The Oxford Handbook of Governance*. Oxford: Oxford University Press, 169-183.

Schaaf, H. 2015. 'Zorg niet gebaat bij 'medisch-specialistisch bedrijf''. *Medisch Contact* Nr. 01/02, 8 januari 2015. <http://www.medischcontact.nl/archief-6/Tijdschriftartikel/147918/Zorg-niet-gebaat-bij-medischspecialistisch-bedrijf.htm>

Schillemans, T., Van de Bovenkamp, H. en M. Trappenburg. 2016. "From "Major Decisions" to "Everyday Life": Direct Accountability to Clients". In: Mattei, P. (Ed.). *Public Accountability and Health Care Governance*. Palgrave Macmillan UK, 165-192.

Schlierf, K. en M. Meyer. 2013 "Situating knowledge intermediation: Insights from science shops and knowledge brokers." *Science and Public Policy* 40: 430-441.

Stoopendaal, A., Bree, de M., Keuter, F. en P. Robben. 2014. "Systeemtoezicht in de Nederlandse gezondheidszorg. Een experimentele innovatie van toezicht." *Tijdschrift voor Toezicht* 5 (2):27-46.

TIAS. 2016. *Op weg naar gezamenlijkheid: Rapportage quick scan integrale bekostiging en governance*. Tilburg. <https://www.tias.edu/docs/default-source/Kennisartikelen/rapportage-quickscan.pdf?Status=Temp&sfvrsn=2>

Tweede Kamer der Staten-Generaal. 2013. *Goed bestuur in de zorg* (32 012, nr. 15).

Tweede Kamer der Staten-Generaal. 2015. *Parlementair onderzoek Fyra: De reiziger in de kou* (33 678, nr. 11). https://www.tweedekamer.nl/sites/default/files/atoms/files/rapport_dereizigerindekou_enquetcocommissiefyra_kst-33678-11.pdf

Tweede Kamer der Staten-Generaal. 2016. *Stand van zaken integrale bekostiging en besturingsmodellen msz* (32 012, nr. 39).

Varkevisser, M. en E. Schut. 2010. *Ziekenhuisfusies en concurrentie in het Nederlandse zorgstelsel*. Den Haag: Stichting Maatschappij en Onderneming.

Vogt, W. en R. Town. 2006. *How has hospital consolidation affected the price and quality of hospital care?* Research Synthesis Report No. 9.

de Volkskrant. 2015. 'Prijzen rijzen echt niet de pan uit, beloven gefuseerde ziekenhuizen: Analyse Fusies ziekenhuizen', 24 april 2015.

Weiner, B., Alexander, J. en S. Shortell. 1996. "Leadership for quality improvement in health care: empirical evidence on hospital boards, managers, and physicians." *Medical Care Research and Review*, 53(4): 397-416.

WRR. 2008. *Onzekere veiligheid. Verantwoordelijkheden rond fysieke veiligheid*. Amsterdam: Amsterdam University Press.

WRR. 2013. *Toezien op publieke belangen. Naar een verruimd perspectief op rijkstoezicht*. Amsterdam: Amsterdam University Press.

Zorgvisie. 26-5-2015. *Fusie Albert Schweitzer en Rivas nadert finale*.

9. Bijlage 1: Overzicht respondenten

Respondent	Verwijzing naar respondent
1	Senior adviseur IGZ
2	Inspecteur 1
3	Consultant en (oud)ziekenhuisbestuurder 1
4	Consultant en (oud)ziekenhuisbestuurder 2
5	Inspecteur 2
6	Directeur kwaliteitsadviesbureau
7	Deskundige governance in de zorg
8	Inspecteur 3
9	Directeur (mede)zeggenschapsorganisatie
10	Voormalig IGZ-inspecteur
11	Beleidsmedewerker NZa
12	Specialistisch medewerker toezicht ACM
13	Voorzitter RvB, ziekenhuis A
14	Voorzitter RvB, ziekenhuis B
15	Afdelingshoofd IGZ
16	Secretaris RvB, ziekenhuis C
17	Voorzitter RvB, ziekenhuis C
18	Lid cliëntenraad, ziekenhuis A
19	Kwaliteitsfunctionaris, ziekenhuis A
20	Voorzitter en vicevoorzitter VAR, ziekenhuis A
21	Voorzitter VMS, ziekenhuis A
22	Voorzitter cliëntenraad, ziekenhuis C
23	Voorzitter VMS, ziekenhuis C
24	Kwaliteitsfunctionaris, ziekenhuis B
25	Voorzitter VAR, ziekenhuis B
26	Voorzitter VMS, ziekenhuis B
27	Voorzitter cliëntenraad, ziekenhuis B
28	Voorzitter VAR, lid VAR en secretaresse VAR, ziekenhuis C
29	Kwaliteitsfunctionaris, ziekenhuis C
30	Inspecteur 3 (we hebben een tweede interview afgenomen met deze inspecteur)
31	Inspecteur 4
32	Manager kwaliteit en manager bekostiging NVZ

10. Bijlage 2: Leden van de begeleidingscommissie

De heer E. Schoemaker, specialistisch senior inspecteur, IGZ

De heer H. Solleveld, senior inspecteur medisch specialistische zorg, IGZ

Mevrouw E.C.M. van der Wilden-van Lier, hoofd medisch specialistische zorg, IGZ

Erasmus University Rotterdam (EUR)
Instituut Beleid & Management
Gezondheidszorg

Marketing & Communicatie iBMG

Bayle (J) Building

Burgemeester Oudlaan 50

3062 PA Rotterdam

T +31 10 408 8878

E communicatie@bmg.eur.nl

W www.bmg.eur.nl/onderzoek > publicaties