

Fusie en samenwerking tussen ziekenhuizen: een bijzondere dynamiek

S. de Blok MD, Ph.D.,
CMC is director
bij Sjoerd de Blok
Consultancy en
Executive Development
Director bij Nyenrode
Business Universiteit;
mr. drs. M.A. Herfkens
is consultant bij
Squarewise.

Steeds meer ziekenhuizen slaan de handen ineen, maar na het formele 'groene licht' blijkt de praktijk van samengaan of fuseren weerbarstig. Succes vraagt vooral veel aandacht voor de dynamiek op operationeel niveau.

Zowel uit oogpunt van kwaliteit als om financiële redenen gaan steeds meer ziekenhuizen in Nederland nadenken over mogelijkheden om met elkaar samen te werken of zelfs met elkaar te fuseren. Gebleken is, dat inmiddels vier op de vijf ziekenhuisbestuurders nadenken over samenwerking op medisch inhoudelijk gebied en een gezamenlijke inkoopstrategie. Naar verwachting zullen er van de 111 zelfstandige ziekenhuizen die Nederland in 2009 telde uiteindelijk ongeveer 90 overblijven. Hierbij zullen verschillende locaties onder één dak worden gebracht en zal complexe zorg worden geconcentreerd, dit om regionaal aan hogere volumenormen en kwaliteitseisen te kunnen voldoen. De verwachting is dan ook, dat het zorgaanbod niet zal verschromelen door de concentratie- en samenwerkingstendens.

Voor ziekenhuizen die vergaand met elkaar gaan samenwerken, of zelfs fuseren, blijkt het na de bestuurlijke beslissing en goedkeuring door de Nederlandse Mededingingsautoriteit (NMa) echter vaak een grote uitdaging te zijn om elkaar ook in de dagelijkse praktijk te vinden. Dat komt vooral door de bijzondere dynamiek die een vergaande samenwerking of fusie bij dit type instellingen met zich meebrengt. Daarvoor zijn drie verklarende factoren te geven: de positie die medisch specialisten innemen in de ziekenhuisorganisatie, de transparantie over de kwaliteit van de zorg die een ziekenhuis levert, en tot slot de wijze waarop de markt wordt gereguleerd. Deze drie aspecten vragen elk om een volstrekt andere benadering wil een samenwerking of fusie succesvol kunnen zijn.

Positie van medisch professionals

Een belangrijk kenmerk van een ziekenhuisorganisatie is dat de kerncompetentie op het operationele niveau van de organisatie wordt uitgevoerd door medisch professionals die veelal niet in loondienst zijn.

Positie van medisch specialisten in een ziekenhuisorganisatie

De juridische basis voor de relatie tussen ziekenhuis en medisch specialist is een toelatingsovereenkomst die de medisch specialist toestaat om in het ziekenhuis zijn of haar eigen praktijk uit te oefenen. Medisch specialisten zijn daarbij onderling, per specialisme, met elkaar verbonden in een maatschap die een contractuele relatie heeft met het ziekenhuis. Zij vormen daarmee een bedrijf in een bedrijf: de maatschap komt met de ziekenhuisorganisatie overeen volledige specialistische zorg te leveren in het ziekenhuis, volgens de geldende kwaliteitsnormen van de overheid en/of de eigen wetenschappelijke verenigingen.

Buiten hun maatschappen zijn alle medisch specialisten die in een bepaald ziekenhuis werken ook nog lid van een (aan de instelling verbonden) vereniging die hun belangen, in de breedste zin des woords, behartigt; denk aan contractproblemen, juridische problemen en geschillen tussen medisch specialisten en/of het ziekenhuis. Deze vereniging heeft een stafbestuur waarin alle specialismen en maatschappen vertegenwoordigd zijn en dat nevensgeschikt is aan de Raad van Bestuur van het ziekenhuis, waarmee regulier wordt vergaderd.

Daarnaast is er meestal ook twee maal per jaar een gezamenlijke vergadering van het stafbestuur en de Raad van Bestuur met de Raad van Toezicht, waardoor er ook met de Raad van Toezicht een directe lijn bestaat. De medisch specialisten blijven vaak hun hele werkende leven verbonden aan de maatschap en aan het ziekenhuis.

Ondersteunend medisch personeel, zoals verpleegkundigen, is grotendeels wel in dienst van het ziekenhuis. Voor deze medewerkers is het ziekenhuis de werkgever, en zij worden aangestuurd door middel van een functionele lijnorganisatie. In de meeste ziekenhuizen is er hierdoor sprake van een dubbele of tweeledige hiërarchie: de lijnorganisatie van de instelling en de maatschappen van de specialisten. In de praktijk wordt het personeel op operationeel niveau echter aangestuurd door de medisch specialisten. Hierdoor kan een divergentie ontstaan tussen de tactische en strategische bestuurslagen enerzijds en de werkvloeren anderzijds. Immers, de doelen van de medisch specialisten worden op de werkvloer uitgevoerd en door hen aangestuurd, terwijl de strategie van het ziekenhuis slechts ten dele met de medische staf als geheel wordt vormgegeven en de medische staf geen invloed heeft op de inrichting van de tactische

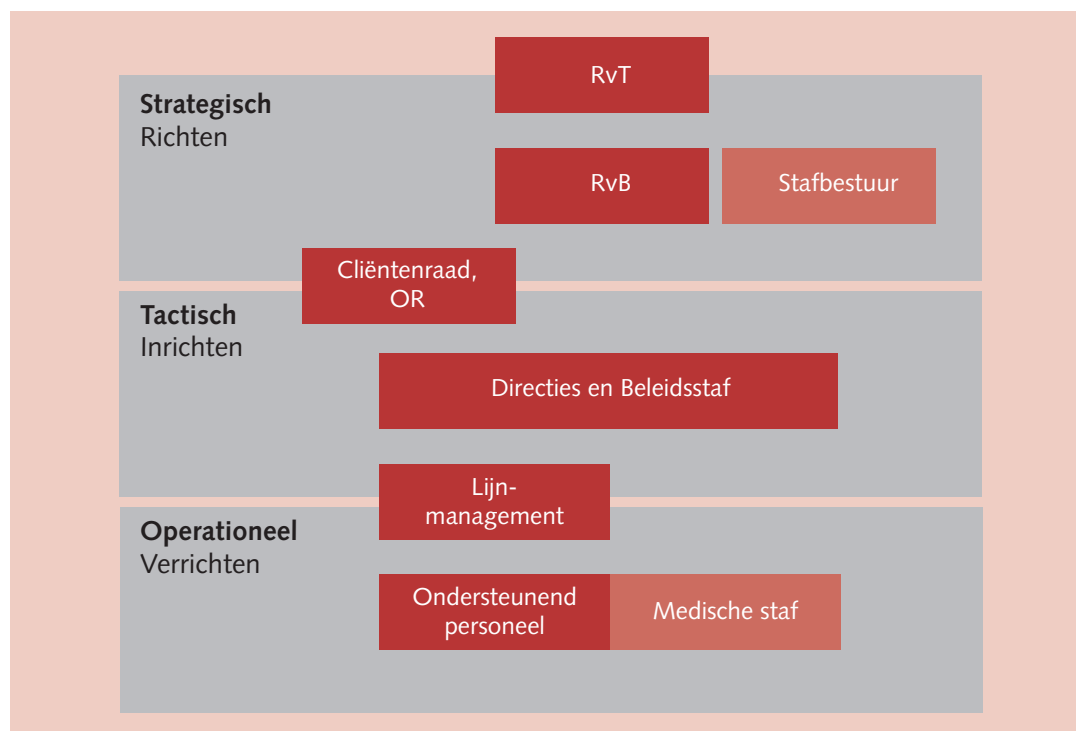
besturingslaag (bijvoorbeeld de indeling van verschillende tactische bestuursorganen in clusters) in het ziekenhuis. Het vergt dus veel vaardigheid om effectief functionerende verbanden aan te brengen tussen de verschillende organisatorische lagen, en deze in stand te houden.

**De uitdaging is om van
'moeten' samenwerken
'willen' samenwerken te
maken**

Belangen bij fusie en/of vergaande samenwerking

De bijzondere positie van de medisch specialisten geeft een bijzondere dynamiek aan een fusie of vergaande samenwerking tussen ziekenhuizen aangezien de belangen van de medisch specialisten sterk kunnen verschillen van die van het ziekenhuis en de samenleving. De belangen van de medisch specialisten worden behartigd door het bovengenoemde stafbestuur en/of de ondernemingsraad, de belangen van de organisatie zijn formeel verankerd in de Raden van Bestuur resp. Toezicht, voor de belangen van de patiënten is er de cliëntenraad, en het maatschappelijk belang is veelal expliciet verankerd in de statutaire doelstelling van een ziekenhuisorganisatie. Op een enkele uitzondering na (het Slotervaartziekenhuis in

Figuur 1. Algemeen organogram van een ziekenhuisorganisatie met de bijzondere nevenschikte positie van de medische staf



Amsterdam, bijvoorbeeld) hebben ziekenhuizen, in tegenstelling tot veel andere bedrijven, geen aandeelhouders waar ze rekening mee moeten houden; van oudsher is de stichting de rechtsvorm. (Een ziekenhuis mag wel een besloten vennootschap zijn, maar het is verboden om winst uit te keren; een wetsvoorstel van minister Schippers van Volksgezondheid om voortaan wel winstuitkering in de zorg toe te staan, ligt momenteel bij de Tweede Kamer.¹⁾)

Door de beperkte hiërarchische relatie tussen de Raad van Bestuur en de medisch specialisten zijn de wederzijdse belangen echter niet altijd ten volle verankerd in deze structuur. Een beslissing om als ziekenhuis te gaan samenwerken of fuseren met een ander ziekenhuis, bijvoorbeeld, kan botsen met de ontwikkeling van professionele aandachtsgebieden van de medisch specialisten. Ook hier is een nauwkeurige en zorgvuldige afstemming een succesvoorwaarde. De individuele specialisten hebben immers op operationeel niveau veel invloed doordat zij de zorg leveren en ondersteunend personeel aansturen. Synchronisatie van alle bestuurslagen is daarom een scheppende voorwaarde.

De grondslag voor vergaande samenwerking en fusie tussen ziekenhuizen is meestal de kwaliteit van de zorg. Het ziekenhuis, en daarmee de Raad van Bestuur, heeft juridisch de eindverantwoordelijkheid voor de totale ziekenhuisorganisatie inclusief de te leveren kwaliteit van de zorg. De invulling van deze verantwoordelijkheid geschiedt deels via directe hiërarchische lijnen maar wordt, zoals gezegd, voor een zeer groot deel gerealiseerd door de niet hiërarchisch ondergeschikte medisch specialisten. Als om kwaliteitsredenen wordt gekozen voor samenwerking of fusie, is het belang van het ziekenhuis en het belang voor de samenleving in de regel gemakkelijk te duiden. Bij synchronisatie van deze belangen met die van de medische professionals kan echter spanning ontstaan, omdat speer-

punten, aandachtsgebieden en deelgebieden die de bijzondere interesse hebben van de medisch specialist misschien niet samenvallen met de andere belangen. Voor een specialist kan een nieuw samenwerkingsverband van het ziekenhuis een drastische verandering inluiden. Werkzaamheden moeten misschien worden aangepast of anders worden verdeeld, met nadelige gevolgen voor de inkomsten, het aanzien en de status van de specialist. Het management van het ziekenhuis staat dan voor de uitdaging om deze grote verandering te begeleiden. De uitdaging zal vooral zijn om draagvlak voor de samenwerking te creëren bij de medisch specialisten. Het is een essentiële voorwaarde voor succesvolle samenwerking dat de medisch specialisten uiteindelijk (vroeg of laat) niet denken 'we *moeten* samenwerken', maar 'we *willen* samenwerken'. Bij 'moeten samenwerken' is namelijk sprake van extrinsieke motivatie; de samenwerking heeft in dit geval eerder een *reactief* karakter, waarbij allerlei vormen van weerstand zullen ontstaan en de kans groot is dat de samenwerking mislukt. 'Willen samenwerken', daarentegen, is samenwerking vanuit intrinsieke wil; in dit geval is de samenwerking proactief en gaat uit van schaal- en samenwerkingsvoordelen. In figuur 2 zijn de kenmerken van intrinsieke versus extrinsieke motivatie op een rijtje gezet.

Een ziekenhuis moet veel zorgvuldigheid betrachten om te voorkomen dat een samenwerking of fusie strategisch en formeel wordt afgerond zonder dat de (meeste) medisch specialisten *willen* gaan samenwerken. Uiteraard is er zonder artsen geen ziekenhuis, maar wanneer de *wil* tot samenwerking of fusie ontbreekt, zal dit uiteindelijk ten koste gaan van de kwaliteit van de zorg – met alle nadelige of zelfs rampzalige consequenties van dien voor de patiënt, zoals enkele recente incidenten bij diverse ziekenhuizen duidelijk illustreren.

Een bijkomend probleem voor het ziekenhuismanagement is ook dat het arsenaal aan HR-

Figuur 2. Intrinsieke versus extrinsieke motivatie

Intrinsiek	Extrinsiek
Willen	Moeten
Management van mogelijkheden	Management van weerstand
Proactief	Reactief
Vertrouwen	Argwaan
1+1=3	1+1=2
Integraal	Stapsgewijs ('controlled experiments')

1. De gedachte achter dit voorstel is dat het de weg opent voor private investeerders en dat dezen, door hun belang bij een goede en doelmatige bedrijfsvoering, de kwaliteit van zorg en het innovatief vermogen vergroten.

instrumenten beperkter is dan bij andere soorten organisaties. Omscholing, bijvoorbeeld, is geen optie voor een medisch specialist.

Daarnaast bestaat bij fundamentele onenigheid en aanhoudende weerstand het risico dat het vertrouwen in de bestuurder wordt opgezegd en dat de medisch specialisten aanblijven. Zij leveren immers de zorg en blijven in de regel sowieso langer aan het ziekenhuis verbonden dan een bestuurder. Daarom zijn bestuurders bij sterke tegenstand vanuit de medische staf al snel geneigd een samenwerking of fusie af te blazen.

Transparantie in kwaliteit van 'producten'

Een tweede omstandigheid die een bijzondere dynamiek creëert bij samenwerking of fusie van ziekenhuizen betreft de transparantie van de kwaliteit van de zorg die geleverd wordt. Zoals gezegd zal een ziekenhuis meestal het initiatief nemen voor een vergaand samenwerkingsverband of een fusie omdat men zelf de kwaliteit wil verhogen of daar door externe krachten toe wordt gedwongen. Kwaliteit is in de gezondheidszorg echter een heel rekbaar begrip.

Marktwerving is in de gezondheidszorg mede ingevoerd om betere prijs/kwaliteit-verhoudingen te realiseren. Zorgverzekeraars gaan steeds selectiever inkopen op kwaliteit, waardoor kwaliteit ook steeds meer het domein van het ziekenhuis zelf wordt. Voorheen was dit het exclusieve domein van de medisch specialisten. Zij waren, ieder voor zich, verantwoordelijk voor de kwaliteit van de zorg die zij, ook ieder voor zich, leverden. Collegiale toetsing vond slechts zeer beperkt plaats. Deze exclusiviteit is mede in stand gehouden door de grote kennisasymmetrie die bestond tussen patiënt, medisch specialist en ziekenhuis. De geleverde kwaliteit had daardoor slechts zeer beperkt effect op klantenstromen. Ook bij de zorgverzekeraars werd nauwelijks gedifferentieerd naar kwaliteit bij de inkoop van zorg. Elk ziekenhuis mocht zorg leveren en dat werd vergoed; naar eventuele kwaliteitsverschillen tussen ziekenhuizen werd niet gekeken.

Als er in een dergelijke omgeving met een dergelijke traditie dan opeens in het kader van een beoogde samenwerking of fusie initiatieven worden ontplooid om kwaliteit meetbaar en transparant te maken, en erover te communiceren, zullen de betrokken medisch specialisten dat ervaren als een verlies van professionele autonomie en een beperking van handelingsvrijheid. Praten over het meetbaar en transparant maken van kwaliteit is immers

onherroepelijk een gesprek over goed, beter en best – maar specialisten zijn opgeleid in de overtuiging dat zij de beste zorg leveren voor hun patiënten en

het best zelf kunnen bepalen hoe die zorg eruit ziet. Als gevolg van de moderne kwaliteitseisen verandert de positie van de medisch specialist fundamenteel: van auto-

noom, en zelf en alleen, alle zorg leverend – naar het in teamverband samen organiseren van de beste zorg voor de patiënt. Het leveren van de beste zorg gaat daarmee bestaan uit het *organiseren* van die beste zorg, waarvoor de specialist de verantwoordelijkheid heeft. De uitdaging bij deze omslag ligt in het organiseren van vertrouwen als basis voor een succesvol gesprek over kwaliteitsverbetering. Partijen moeten geholpen worden om samen de beste zorg vorm te geven, ongeacht persoon of plaats, en om meer in termen van proces en resultaat te gaan leren denken en handelen. In het bedrijfsleven is dit laatste een dwingende voorwaarde om de positie in de markt te kunnen handhaven. In de gezondheidszorg is het echter een nieuw fenomeen. Kwaliteitsvoordelen behalen in de gezondheidszorg is daarom een lastige exercitie die veel van bestuur en organisatie vraagt. Uiteraard heeft het organiseren van complexe zorg grote financiële gevolgen. Dure faciliteiten worden effectiever benut wanneer organisaties gezamenlijk complexe zorg organiseren; kosten en kwaliteit gaan hierbij hand in hand.

Kwaliteit hoeft echter niet altijd een twistpunt te zijn bij samenwerking. Wanneer de beide instellingen die willen gaan samenwerken of fuseren hun gezamenlijke, 'nieuwe' zorgprofielen opstellen, zullen beide partijen daar evenveel over te zeggen hebben. Dan zal de motivatie intrinsiek zijn, en gedreven door het streven om te innoveren. Dan zullen de gesprekken gaan over het samen ontwikkelen van nieuwe zorg en verzanden ze niet in een discussie over de vraag wie de beste zorg levert, maar worden de krachten gebundeld in een nieuwe gelijkwaardigheid tussen de samenwerkingspartners. Dat biedt uitdagingen aan zowel de organisatie als de professional en creëert dan ook minder weerstand.

De zorg 'goedkoper' maken, echter, leidt veelal tot ingrepen in front- en backoffice die zijn ingegeven door economische motieven: een efficiëntere organisatie en versterking van het eigen vermogen. Nu wordt de motivatie door extrinsieke factoren gedreven, maar omdat deze veranderingen op het vlak liggen van het hiër-

Kwaliteit is: het organiseren van de beste zorg door samen 'nieuwe' en zo 'betere' zorg te realiseren

chisch aangestuurde deel van de ziekenhuisorganisatie leiden ze in de meeste gevallen toch niet tot veel weerstand bij de medische specialisten.

Het kan tactisch verstandig zijn om eerst samenwerking te zoeken op het vlak van het inrichten van nieuwe zorgprofielen. Die profielen worden immers gemeenschappelijk gemaakt, partijen zitten hierbij van meet af aan als gelijken rond de tafel, en de nadruk ligt niet op bestaande activiteiten. Pas als er voldoende vertrouwen is ontstaan tussen de verschillende groepen medisch specialisten, kunnen de benodigde kwaliteitsproblemen in de *bestaande* praktijk besproken en opgelost worden. Lukt het niet om nieuwe zorgprofielen op te stellen, dan is de samenwerking of fusie gedoemd te mislukken als gevolg van de grote informele macht van de medisch specialisten en de angst bij bestuurders te worden weggestuurd door een Raad van Toezicht die hen niet steunt in de verandercyclus.

Gereguleerde markt

Een derde omstandigheid die de bijzondere dynamiek verklaart bij vergaande samenwerking tussen of een fusie van ziekenhuizen is de markt waarin ziekenhuizen werken, en die zich het beste laat typeren met de kwalificatie 'gereguleerde marktwerking'.² Deze regulering houdt om te beginnen in dat er algemene regels als keuzevrijheid voor de patiënt en verzekeraar zijn, die een goede werking van de zorgmarkt moeten bevorderen. Daarnaast zijn er ook nog allerlei regels om zorgspecifieke

publieke belangen te beschermen, namelijk de kwaliteit, betaalbaarheid en toegankelijkheid van de zorg.

In principe kunnen die drie publieke belangen – kwaliteit, betaalbaarheid en toegankelijkheid – het beste worden bereikt wanneer *zoveel mogelijk* instellingen met elkaar concurreren op *prijs en kwaliteit*. Dat is dan ook de reden waarom de overheid de kostenstijging in de gezondheidszorg probeert te beteugelen door – vooralsnog beperkt – concurrentie op prijs en kwaliteit toe te staan. Voor de niet-complexe basiszorg kan gereguleerde marktwerking ook zo worden ingericht.

Dat geldt echter niet voor complexere zorg. Uit wetenschappelijk onderzoek blijkt steeds meer dat kwaliteit samenhangt met volumes: hoe vaker een bepaalde procedure in een ziekenhuis wordt uitgevoerd, des te beter is het resultaat. De consequentie is dat complexe zorg uit het oogpunt van kwaliteit beter kan worden geconcentreerd in grotere centra met een kapitaalintensieve infrastructuur, dure voorzieningen en zeer gespecialiseerd personeel.

Een dergelijke concentratie van complexe zorg, bedoeld om de kwaliteit te verbeteren, heeft echter nadelige consequenties voor andere publieke belangen. Om te beginnen neemt de afstand tot complexe zorg toe wanneer deze zorg alleen nog wordt verstrekt in regionale centra en de kleinere lokale centra zich beperken tot laag-complexe basiszorg. Dit kan betekenen dat de toegankelijkheid van zorg wordt beperkt.

Figuur 3. Belangen en motivatie voor verschillende resultaatgebieden van zorgontwikkeling

Goedkopere zorg	Betere zorg	Nieuwe zorg
Belangen ✓ Maatschappij en Organisatie ✓ Strategisch en operationeel (back en front office) Motivatie ✓ Veelal extrinsiek ✓ Prestatiebekostiging (efficiëntie) ✓ Financieel resultaat	Belangen ✓ Maatschappij en Patiënt ✓ Strategisch, tactisch en operationeel Motivatie ✓ Veelal extrinsiek (kwaliteit, volumenormen) ✓ Ontwikkeling professional	Belangen ✓ Organisatie en Professional ✓ Strategisch en tactisch (positionering) Motivatie ✓ Intrinsiek ✓ Ontwikkeling professional ✓ Innovatie en ondernemerschap (effectiviteit)

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

Bovendien zijn er consequenties voor de mededinging, aangezien concentratie van complexe zorg betekent dat ziekenhuizen in ieder geval niet over de volle breedte met elkaar zullen concurreren, maar met elkaar moeten samenwerken of zelfs moeten fuseren. De vraag dringt zich op, in hoeverre er bij een dergelijke invulling van het begrip 'gereguleerde marktwerking' nog wel sprake zal zijn van marktwerking. Vooralsnog wordt op die marktwerking toegezien door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) en de Nederlandse Mededingingsautoriteit (NMa): de NZa houdt op grond van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) toezicht op zorgovereenkomsten en tarieven voor zorg; de NMa houdt op basis van zorgspecifieke mededingingsregels toezicht op de concurrentie tussen zorgaanbieders. Bovendien heeft de Tweede Kamer een wetsvoorstel in behandeling voor de invoering van zorgspecifieke concentratietoetsing.³ Er kan echter spanning ontstaan tussen de verschillende publieke belangen wanneer een fusie of samenwerking die bedoeld is om kwaliteit te bevorderen op mededingingsrechtelijke bezwaren stuit. De samenleving vraagt enerzijds om een hogere kwaliteit en een efficiënt gebruik van beschikbare middelen, en anderzijds om toegankelijkheid van zorg.

De NMa heeft de afgelopen jaren veel voorlichting gegeven over de afweging tussen publieke belangen en de ruimte die zorgaanbieders bij samenwerking hebben (onder andere Richtsnoeren voor de zorgsector en Richtsnoeren zorggroepen), maar de afweging tussen die publieke belangen blijft voor ziekenhuizen een onzekere factor bij fusie en samenwerking. De NMa heeft recentelijk voor drie ziekenhuisfusies een vergunning verleend: de fusie tussen het Spaarne ziekenhuis in Hoofddorp met het Kennemer Gasthuis in Haarlem, de fusie tussen het Atrium Medisch Centrum in Heerlen met het Orbis Medisch Centrum in Sittard, en de fusie tussen het St. Elisabeth Ziekenhuis en het TweeSteden-ziekenhuis, beide in Tilburg. In al deze gevallen gaat het om ziekenhuizen die oorspronkelijk elkaars regionale concurrent waren in de markt. Als gevolg van de volumenormeringen voor complexere zorg zijn ook deze grote zelfstandige ziekenhuizen, ieder met vele speciale functies, gedwongen tot fusie over te gaan.

Een belangrijke reden om deze fusies goed te keuren, was volgens de NMa dat de zorgverzekeraars van het kabinet de regierol hebben gekregen voor het inkopen van zorg en dat zij in staat worden

geacht om de ziekenhuizen te disciplineren wat betreft prijs en kwaliteit. In dat licht lijkt het tegenstrijdig dat enerzijds meer regulering wordt ingevoerd ter bewaking van publieke belangen terwijl anderzijds wordt geconstateerd dat de zorgverzekeraars in staat (zouden) zijn om die belangen te behartigen. Anders gezegd: er wordt verondersteld dat er in de zorginkoopmarkt (bestaande uit de zorgverzekeraars enerzijds en de zorgaanbieders anderzijds) voldoende marktwerking is, en dat concurrentie tussen zorgaanbieders onderling van ondergeschikt belang is.

Tot besluit

Bij vergaande samenwerking of fusie tussen ziekenhuizen zou moeten worden gestart met het formuleren van de operationele winst voor patiënten, specialisten en ziekenhuizen – en niet met het strategisch voordeel. Vooral een focus op de operationele voordelen maakt het doel duidelijker en vergroot de kans van slagen. Zo kan eenvoudiger draagvlak worden gecreëerd bij medisch specialisten en kan een overtuigend verhaal voor de NMa en zorgverzekeraars worden geformuleerd.

Daarnaast zou de governance in de zorg versterkt moeten worden. Raden van Toezicht moeten kritisch kijken naar de eigen kwaliteiten en die van de bestuurders. Zij moeten zich heel bewust afvragen of de juiste vaardigheden in huis zijn om een zo grote organisatieverandering als een fusie of een intensieve samenwerking te organiseren. Als een Raad van Toezicht van mening is dat de juiste koers gevaren wordt met de juiste mensen, kan deze een bestuurder beter ondersteunen; dat versterkt de 'slagkracht' ten opzichte van de medisch specialisten. Het slagen van een samenwerking of fusie in de zorgsector vergt daarom niet zozeer het rekenkundig gelijk van de nieuwe waarde als wel een vaardigheid van het bestuur om in het vroegste stadium de operationele lagen te verbinden. Alleen als daar de aansluiting met de strategische keuzen en de betrokkenheid van de professionele dienstverleners kundig worden gemanaged en georganiseerd – zodat de dienstverleners een gevoel van 'moeten' onder externe druk omzetten in 'willen' vanuit intrinsieke motivatie – neemt de kans van slagen sterk toe. Het gaat er om, de noodzaak tot samenwerking en fusie te vertalen naar het operationele niveau in de ziekenhuisorganisatie. Dit is de grootste uitdaging om vergaande samenwerking of een fusie te laten slagen, in het belang van de kwaliteit van de geleverde zorg aan de patiënt. ■