



UvA-DARE (Digital Academic Repository)

Vormen de 'old boys' een gevaar voor marktwerking in de zorg?

Heemskerk, E.; Hendriks, T.; Wats, M.

Published in:
Goed Bestuur

[Link to publication](#)

Citation for published version (APA):

Heemskerk, E., Hendriks, T., & Wats, M. (2010). Vormen de 'old boys' een gevaar voor marktwerking in de zorg? *Goed Bestuur*, 6(4), 48-55. <https://www.goedbestuurentoezicht.nl/kennisbank/old-boys-netwerk-in-de-zorg>

General rights

It is not permitted to download or to forward/distribute the text or part of it without the consent of the author(s) and/or copyright holder(s), other than for strictly personal, individual use, unless the work is under an open content license (like Creative Commons).

Disclaimer/Complaints regulations

If you believe that digital publication of certain material infringes any of your rights or (privacy) interests, please let the Library know, stating your reasons. In case of a legitimate complaint, the Library will make the material inaccessible and/or remove it from the website. Please Ask the Library: <https://uba.uva.nl/en/contact>, or a letter to: Library of the University of Amsterdam, Secretariat, Singel 425, 1012 WP Amsterdam, The Netherlands. You will be contacted as soon as possible.

UvA-DARE is a service provided by the library of the University of Amsterdam (<http://dare.uva.nl>)

Voor het bevorderen van concurrentie in de zorg is de invulling van de governance van groot belang. Uit een analyse van het 'old boys netwerk' in de ziekenhuiswereld blijkt dat er op regionaal niveau aanzienlijke verbindingen bestaan, die een gevaar kunnen vormen voor concurrentie op laagcomplexiteit zorg. Daarnaast blijkt het netwerk van de ziekenhuiselite een uitgesproken publiek karakter te hebben. Dit suggereert dat 'marktervaring' in de praktijk ontbreekt bij veel bestuurders en toezichhouders. De auteurs zetten daarom vraagtekens bij de verspreiding van innovatie en 'best practices' via het netwerk van dubbelfuncties.

VORMEN DE 'OLD BOYS' EEN GEVAAR VOOR MARKTWERKING IN DE ZORG?

Eelke Heemskerk, Tom Hendriks en Margrietha Wats

De introductie van marktwerking in de zorg sinds 2006 heeft als doel de alsmat stijgende kosten van de zorg te beteugelen en de kwaliteit in de sector te vergroten. Ziekenhuizen spelen hierbij een cruciale rol: meer dan een kwart van de zorgkosten wordt via ziekenhuizen uitgegeven, en voor patiënten wordt kwaliteit van zorg voor een belangrijk deel in ziekenhuizen bepaald. Om marktwerking en concurrentie op gang te brengen zijn via de stelselwijziging nieuwe verhoudingen tot stand gebracht tussen aanbieders, verzekeraars en patiënten. Maar daadwerkelijke concurrentie ontstaat alleen als de partijen in de zorgsector, zoals ziekenhuizen, de hen toebedeelde rol als marktspeler feitelijk invullen. Hierbij speelt de invulling van governance een belangrijke rol.

De nieuwe verhoudingen in de zorgsector maken dat *health care governance* een veel besproken onderwerp is. Binnen de organisatie zoeken veel zorginstellingen nog naar een rolverdeling tussen raad van bestuur en de raad van toezicht waarbij de juiste balans tussen af-

stand, betrokkenheid en professionaliteit is gevonden. Tussen de organisaties is het voor effectieve marktwerking van belang dat ziekenhuizen onafhankelijk van elkaar kunnen opereren zodat concurrentie kan ontstaan.

Maar de samenstelling van de raden van bestuur en toezicht maakt dit lang niet altijd vanzelfsprekend. Een bekend verschijnsel is in dit verband het 'old boys netwerk', waar bestuurders via een hecht netwerk van commissariaten en nevenfuncties met elkaar verbonden zijn. De vraag is nu in welke mate er zo'n netwerk tussen ziekenhuizen bestaat. Zulke sociale netwerken die bestuurders en toezichthouders van ziekenhuizen opspannen kunnen immers een belemmering zijn voor onafhankelijkheid en daarmee marktwerking in de sector. In dit artikel wordt deze veelal onderbelichte rol van goed bestuur door middel van een netwerkanalyse nader verkend. De resultaten van het onderzoek laten zien dat concurrentie op basis van onafhankelijke posities veel beperkingen lijkt te hebben.



Marktwerking en Netwerken

Concurrentie tussen ziekenhuizen is niet altijd vanzelfsprekend. Voor laagcomplexe zorg geldt dat enkel ziekenhuizen met eenzelfde zorggebied met elkaar in (regionale) concurrentie kunnen komen. Grootschalige (nationale) concurrentie tussen ziekenhuizen is (vooralsnog) niet aan de orde. Nationale concurrentie ligt vooral voor de hand voor de academische centra en topklinische ziekenhuizen. De (mogelijke) concurrentie tussen ziekenhuizen kan worden belemmerd als de bestuurders en toezichthouders elkaar regelmatig treffen als collega's in andere organisaties. Zulke netwerken van dubbelfuncties geven bestuurders en toezichthouders de mogelijkheid om hun gedrag en acties te coördineren. In het ergste geval leidt dit tot afspraken en kartelvorming, bijvoorbeeld over de prijs van zorg in de regio. In de eerste helft van de 20ste eeuw werden in de Verenigde Staten daarom bestuursdubbelfuncties tussen concurrerende bedrijven verboden. Recent was dit nog

actueel, toen in 2009 de wederzijdse dubbelfunctie van de ceo's van Google & Apple moest worden opgegeven omdat ze nu concurrenten zijn geworden.

Ook de Zorgbrede Governance Code 2010 onderkent het risico van hechte netwerken. Daarom zijn *directe* dubbelfuncties tussen ziekenhuizen, waarbij een bestuurder toezichthouder is bij een ander ziekenhuis in hetzelfde zorggebied volgens de code niet toegestaan. Maar bestuurders en toezichthouders van verschillende ziekenhuizen – de 'ziekenhuiselite' – kunnen wel degelijk met elkaar verbonden zijn door nevenfuncties in andere organisaties. Naast directe beperking van concurrentie via collusie kan zo een sociale infrastructuur ontstaan die de basis kan zijn voor de (re)productie van gezamenlijke normen en een gezamenlijke cultuur die bepalend is voor het gedrag en handelen van ziekenhuizen. Hierdoor kunnen ziekenhuizen uniform gedrag gaan vertonen in plaats van concurrerende strategieën ontwikkelen. De aanwezigheid van netwerken tussen bestuurders en toezichthouders van verschillende zie-

BESTUURDERS EN TOEZICHTHOUDERS VAN VERSCHILLENDE ZIEKENHUIZEN KUNNEN WEL DEGELIJK MET ELKAAR VERBONDEN ZIJN DOOR NEVENFUNCTIES IN ANDERE ORGANISATIES

kenhuizen kan daarmee een belemmerende factor zijn voor het ontstaan van marktwerking en concurrentie (zie Heemskerk 2007, 28-31, voor een overzicht).

Overigens kunnen ziekenhuizen via hun netwerk ook 'best practices' uitwisselen, waarmee mogelijk de kwaliteit van de organisatie en de zorg wordt verbeterd. Ook kan er een gedeeld referentiekader ontstaan wat juist positief staat ten opzichte van verdere marktwerking. Het huidige stelsel is echter gestoeld op een filosofie waarin niet samenwerking maar onderlinge (regionale) concurrentie tussen ziekenhuizen moet zorgen voor een daling van de kosten en verbetering van de kwaliteit. Dit leidt tot de vraag of er inderdaad sprake is van een netwerk tussen ziekenhuizen en zo ja, wat de kenmerken daarvan zijn? Zien we duidelijke regionale clusters, dan kan het 'old boys netwerk' een gevaar vormen voor (regionale) concurrentie tussen ziekenhuizen. Is er veeleer sprake van een nationaal netwerk, dan is het gevaar voor belemmering van (regionale) concurrentie kleiner, en kan het netwerk gebruikt worden om 'best practices' uit te wisselen. Voorts is het vraag wie de centrale organisaties en personen zijn, en hoe hecht de verbindingen zijn. Deze vragen staan centraal in dit verkennende onderzoek.

Aanpak en gegevens

De mogelijkheid tot concurrentie tussen ziekenhuizen is het grootst in Amsterdam, Rotterdam, Utrecht en het Noorden van het land (NVZ Vereniging van Ziekenhuizen, 2009). Daarom brengen wij hier de netwerken in kaart van de 23 ziekenhuizen die in deze regio's actief zijn: acht ziekenhuizen uit de regio Amsterdam, vier uit de regio Friesland, zes uit de regio Rotterdam

en vijf uit de regio Utrecht. In de 23 onderzochte ziekenhuizen zijn in 2009 in totaal 201 bestuurders en toezichthouders actief. Alle ziekenhuizen dienen in hun jaarverslagen de nevenfuncties van bestuurders en toezichthouders te vermelden. Met behulp van de jaarverslagen over het jaar 2008 zijn alle organisaties waarbij een nevenfunctie wordt vervuld, verzameld. Na verzameling van de organisaties en een controle op dubbele namen etc. zijn de gegevens geanalyseerd. In totaal hebben deze bestuurders en toezichthouders 1.089 nevenfuncties bij 879 verschillende organisaties. Het totale netwerk dat we in kaart hebben gebracht bestaat daarmee uit 902 organisaties.

Netwerken tussen ziekenhuizen

De resultaten van de netwerkanalyse laten opvallende uitkomsten zien. Alle ziekenhuizen zijn, op één na, met elkaar verbonden in een sociaal netwerk van bestuurders en toezichthouders. Alleen het Antonius Ziekenhuis in Sneek staat niet in verbinding met andere ziekenhuizen. In figuur 1 is dit netwerk tussen ziekenhuizen visueel weergegeven. Een lijn tussen twee ziekenhuizen is aanwezig wanneer een of meerdere van de bestuurders of toezichthouders elkaar tegen komen als collega's in een derde organisatie. Rechtsboven in de figuur is er bijvoorbeeld een lijn getekend tussen het Medisch Centrum Leeuwarden (MCL) en het Ziekenhuis Nij Smellinghe. Deze ziekenhuizen zijn verbonden omdat een toezichthouder van het MCL en een bestuurder van het Ziekenhuis Nij Smellinghe beide een nevenfunctie vervullen bij het Waterschap Friesland (zoals geïllustreerd in de inzet).

Figuur 1 suggereert dat er niet zozeer sprake is van vier regionale netwerken, maar van één nationaal netwerk. In tabel 1 is de verhouding tussen regionale en nationale verbindingen tussen ziekenhuizen weergegeven. De vetgedrukte percentages op de diagonaal geven de regionale verbindingen weer ten opzichte van het totale aantal verbindingen. Bijvoorbeeld, 39,5 procent van alle verbindingen van Amsterdamse ziekenhuizen is regionaal van aard, en 5,3 procent van de Amsterdamse verbindingen zijn met de regio Friesland. Voor alle vier de regio's geldt dat meer dan de helft van alle verbindingen met ziekenhuizen buiten de eigen regio wordt gelegd, waarbij vooral de Randstedelijke instellingen hecht met elkaar verbonden zijn. Het percentage regionale verbindingen varieert tussen 33,3 procent en 41,6 procent.

Het nationale ziekenhuisnetwerk wordt vooral opgespannen door de academische centra. De lijst van de meest centrale ziekenhuizen wordt aangevoerd door het Erasmus Medisch Centrum (EMC), verbonden met zestien van de eenentwintig andere ziekenhuizen. Daarna volgen het Academisch Medisch Centrum (AMC), het Universitair Medisch Centrum Utrecht (UMCU) en het Sint Franciscus Gasthuis, die elk verbonden zijn met vijftien ziekenhuizen. Gemiddeld staat een ziekenhuis in verbinding met negen andere ziekenhuizen. De academische centra staan in het hart van het netwerk en zijn zeer goed onderling en met de rest van de sector verbonden.

Van alle 879 organisaties waar de ziekenhuiselite nevenfuncties bezet, is er een aantal die een aanzienlijke

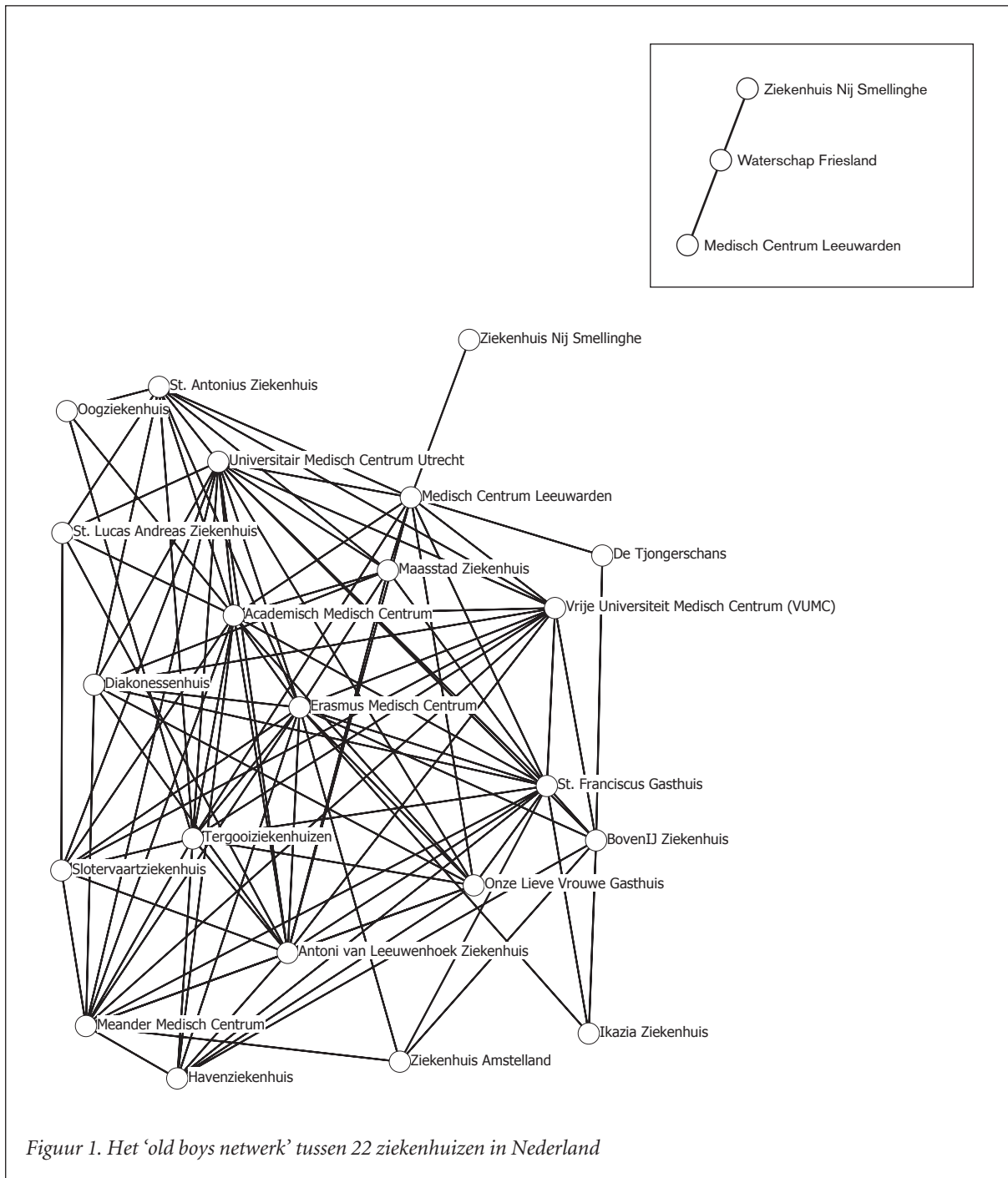
rol spelen als ontmoetingspunt van de ziekenhuis-elite. De meest centrale organisatie in het netwerk is de Universiteit van Amsterdam, gevolgd door de Sociaal Economische Raad, PGGM, de KNAW, ZonMW en KNMG. Het centrum van het netwerk van ziekenhuizen kent dus een uitgesproken publiek karakter. Dit wordt bevestigd door het aantal bedrijven: slechts elf procent van alle organisaties in het netwerk zijn bedrijven. De bestuurders en toezichhouders van ziekenhuizen zijn dus (vooral) werkzaam in publieke organisaties en hebben weinig verbinding met de private sector.

Centrale spelers in het ziekenhuisnetwerk

De lijnen in figuur 1 geven enkel aan dat er een verbinding is maar niet hoeveel organisaties zich er tussen deze ziekenhuizen bevinden. Hoe meer bestuurders en toezichhouders elkaar ontmoeten, hoe hechter de verbinding tussen twee ziekenhuizen. Deze eenvoudige verbindingen leggen een duurzaam netwerk; het verdwijnen van één lijn leidt in een dergelijk geval niet tot het verbreken van de verbinding. Figuur 2 laat de kern van het netwerk zien: het netwerk tussen ziekenhuizen die via ten minste drie lijnen met elkaar verbonden zijn.¹ De dikke lijnen tussen verschillende ziekenhuizen laten zien dat de ziekenhuizen via meer dan drie organisaties met elkaar verbonden zijn. Dergelijke hechte netwerken zijn in het bedrijfsleven sinds midden jaren negentig schaars geworden (Fennema & Heemskerk 2007) maar blijken in de zorg nog ruim

Tabel 1. Verbindingen van ziekenhuizen binnen en tussen regio's in procenten

	Amsterdam	Rotterdam	Utrecht	Friesland
Amsterdam	39,5	33,3	34,9	34,8
Rotterdam	21,1	33,3	20,1	8,7
Utrecht	34,2	31,2	41,6	21,7
Friesland	5,3	2,1	3,4	34,8
	100	100	100	100



Figuur 1. Het 'old boys network' tussen 22 ziekenhuizen in Nederland

DE HELFT VAN DE ZIEKENHUISELITE – 103 PERSONEN – BLIJKT MET ELKAAR VERBONDEN IN ÉÉN NETWERK VIA DE ANDERE ORGANISATIES WAARIN ZIJ EEN NEVENFUNCTIE VERVULLEN

aanwezig. Veertien ziekenhuizen zijn verbonden in dit duurzame netwerk. Deze harde kern van het netwerk verbindt de ziekenhuizen uit de regio's Amsterdam, Rotterdam en Utrecht. De twee Friese ziekenhuizen zijn in een geïsoleerd paar verbonden.

Naast het netwerk tussen ziekenhuizen bestaat er tegelijkertijd een netwerk tussen de personen. Sommige bestuurders hebben geen nevenfuncties en anderen komen via hun nevenfuncties geen andere leden van de ziekenhuiselite tegen. In totaal blijkt de helft van de ziekenhuiselite – 103 personen - met elkaar verbonden in één netwerk via de andere organisaties waarin zij een nevenfunctie vervullen. De best verbonden ziekenhuisbestuurder is A.J.M. Berns van het Antoni van Leeuwenhoek Ziekenhuis (AVL). Hij staat via zijn nevenfuncties in contact met twintig andere leden van de ziekenhuiselite. Berns wordt gevolgd door A.H.G. Rinnooy Kan, toezichthouder van het AMC (vijftien verbindingen), A. Baan, toezichthouder van het AMC (dertien verbindingen), S.P. Verloove-Vanhorick, toezichthouder van het UMCU (elf verbindingen), W.H. van Harten, bestuurder van het AVL (elf verbindingen).

De vijf genoemde bestuurders en toezichthouders spelen vanwege hun vele functies een cruciale rol in het verbinden van bestuurders en toezichthouders van verschillende ziekenhuizen. In totaal spannen zij 31,3 procent van het sociale netwerk op en vormen daarmee de kern van de groep van de 'ziekenhuiselite' die Nederlandse ziekenhuizen leiden. De samenhang van dit sociale netwerk kan worden weergegeven met de gemiddelde afstand tussen twee personen. In het ziekenhuisnetwerk kunnen de bestuurders en toezichthouders elkaar bereiken via gemiddeld 2,5 verbindingen of 'handdrukken'. Ter vergelij-

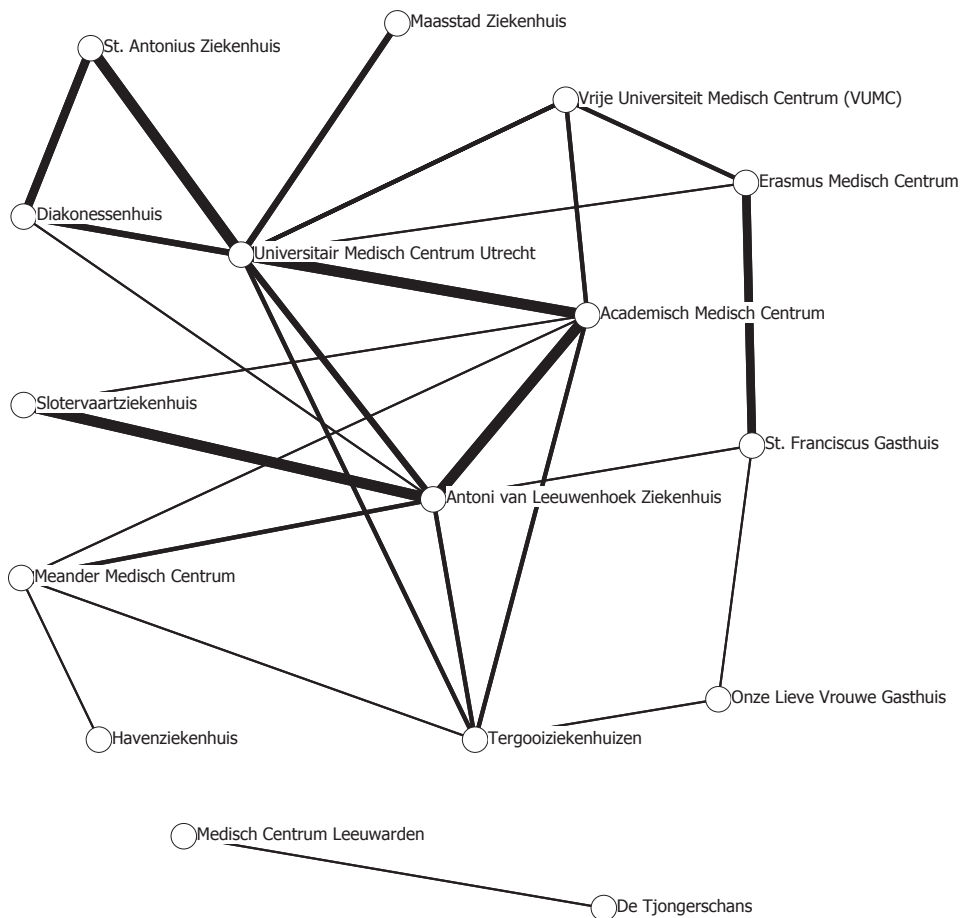
king, in de top van het bedrijfsleven is de afstand bijna vier stappen (Heemskerk 2007). Het nationale ziekenhuisnetwerk geeft ruime mogelijkheden voor communicatie voor de bestuurders en toezichthouders.

Conclusie

Vormen de 'old boys' een gevaar voor concurrentie tussen ziekenhuizen? Deze vraag inspireerde ons om het netwerk van dubbelfuncties in kaart te brengen tussen ziekenhuizen waar de meeste 'kans' op concurrentie is. De resultaten kunnen geen inzicht geven in de mate waarin concurrentie daadwerkelijk belemmerd wordt. Wel zijn er op regionaal niveau aanzienlijke verbindingen aanwezig, die een gevaar kunnen vormen voor concurrentie op laagcomplexiteit zorg. Juist in dit segment zou regionale concurrentie de doelmatigheid en de kwaliteit van de zorgverlening moeten verhogen. Het is dus maar zeer de vraag of deze beoogde (regionale) concurrentie zal ontstaan, gegeven de verbindingen tussen de top van de ziekenhuizen.

De resultaten laten verder zien dat er niet zozeer sprake is van uitsluitend regionale netwerken, maar dat ziekenhuizen uit de vier onderzochte regio's ook met elkaar verbonden zijn in een nationaal netwerk van bestuurders en toezichthouders van ziekenhuizen. De centrale rol van academische centra geeft op het eerste gezicht ook een weinig bemoedigend beeld voor het ontstaan van concurrentie op nationaal niveau.

Door de invoering van een nieuw zorgstelsel moeten ziekenhuizen zich gaan gedragen volgens de regels en mechanismen van de markt. Het uitgesproken publieke



Figuur 2. Het netwerk van dubbelfuncties tussen ziekenhuizen, waarbij ziekenhuizen via meer dan twee organisaties met elkaar verbonden zijn

karakter van het netwerk van de ziekenhuiselite suggereert dat ‘marktervaring’ in de praktijk ontbreekt bij veel bestuurders en toezichthouders. De dragende cultuur van het netwerk lijkt bovenal een publieke te zijn. Dit zet vraagtekens bij de verspreiding van innovatie en ‘best practices’ via het netwerk van dubbelfuncties. De meest centrale organisaties buiten de ziekenhuizen zijn

grotendeels overlegorganen. Of hier snelle verspreiding van innovatie vandaan komt, is maar de vraag, los van de kwestie hoe het publieke karakter zich inhoudelijk verhoudt met de beoogde marktwerking.

De aanhoudende druk van de zorgkosten op de nationale bestedingen en het uitblijven van wezenlijke hervormingen leidt steeds vaker tot de roep te komen tot

verregaande samenwerking tussen en specialisatie van ziekenhuizen. Zulke afspraken liggen zeer gevoelig, zowel in de regionale politieke verhoudingen als in de verhoudingen tussen ziekenhuizen. Het netwerk van de ziekenhuiselite kan een arena zijn waar het besef en het benodigde vertrouwen ontstaat bij bestuurders en toezichhouders om tot een wezenlijke aanpassing te komen van de cure sector. Een recent voorbeeld hiervan zijn de plannen van de academische centra om te komen tot één landelijk centrum voor kinderoncologie. De sector staat nu voor de opgave te komen tot een herverdeling van taken om kwaliteit en doelmatigheid te vergroten. Zorgverzekeraars breken deze discussie momenteel open door zelf te kiezen voor combinaties van ziekenhuizen en behandelingen. Vanuit dat perspectief lijkt het op gang brengen van concurrentie tussen ziekenhuizen momenteel van groter belang dan het bouwen van verbindingen en samenhang via een 'old boys netwerk'.

De bevindingen van dit verkennend onderzoek laten zien dat het netwerk van de ziekenhuiselite een onderdeel vormt van het systeem van *health care governance* in Nederland. Meer inzicht in de mate waarin en de wijze waarop verbindingen op het niveau van raden van bestuur en raden van toezicht (regionale) concurrentie beïnvloeden is van belang om te begrijpen op welke manier marktwerking in een publieke sector tot stand komt.

Noot

1. Een controle van de gegevens leert dat bij de verschillende 'verbindende' organisaties niet een kleine groep van mensen actief is. Hierdoor zullen niet een groot aantal 'verbindende' organisaties wegvallen als één persoon stopt als bestuurder/toezichthouder van een ziekenhuis.

Referenties

- ★ NVZ Vereniging van Ziekenhuizen (2009), *Vizier op vertrouwen. Brancherapport algemene ziekenhuizen 2009*.
- ★ Heemskerk, E.M. (2007), *Decline of the Corporate Community, Network Dynamics of the Dutch Business Elite*, Amsterdam University Press.
- ★ Fennema, M. en E.M. Heemskerk (2008). *Nieuwe Netwerken: De elite en de ondergang van de NV Nederland*. Amsterdam: Bert Bakker.

Over de auteurs

Dr. Eelke Heemskerk (boven) is politicoloog, universitair docent aan de Universiteit van Amsterdam en Specialist Governance bij de Galan Groep. Hij publiceert nationaal en internationaal over netwerken in het bedrijfsleven, besluitvorming, elitevorming en institutionele verandering. Tom Hendriks is studeert politicologie en economie aan de Universiteit van Amsterdam.

Hij schreef eerder een studie over competenties en netwerkvorming in de Nederlandse ziekenhuissector. Margrietha Wats, Arts, MBA, is partner bij De Galan Groep en verbonden aan de afdeling politicologie van de Universiteit van Amsterdam. Ze publiceert over (organisatie) innovatie en ontwikkeling in de Europese zorgsector.

