

Schaal en Zorg

Citation for published version (APA):

Blank, J. L. T., Haelermans, C., Koot, P., & van Putten, O. (2008). Schaal en Zorg. *Economisch Statistische Berichten*, 93(4536), 326-329.

Document status and date:

Published: 01/01/2008

Please check the document version of this publication:

- A submitted manuscript is the version of the article upon submission and before peer-review. There can be important differences between the submitted version and the official published version of record. People interested in the research are advised to contact the author for the final version of the publication, or visit the DOI to the publisher's website.
- The final author version and the galley proof are versions of the publication after peer review.
- The final published version features the final layout of the paper including the volume, issue and page numbers.

[Link to publication](#)

General rights

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal.

If the publication is distributed under the terms of Article 25fa of the Dutch Copyright Act, indicated by the "Taverne" license above, please follow below link for the End User Agreement:

www.umlib.nl/taverne-license

Take down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us at:

repository@maastrichtuniversity.nl

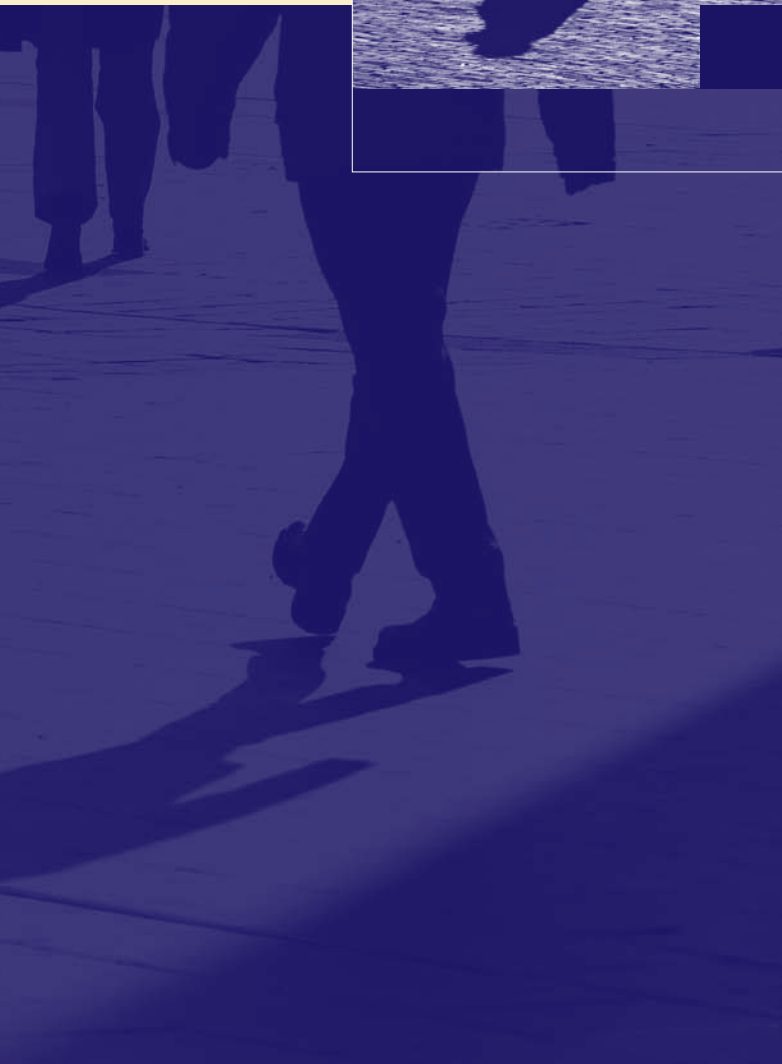
providing details and we will investigate your claim.

Schaal en zorg

Achtergrondstudies



Raad voor de Volksgezondheid & Zorg



RVZ raad in gezondheidszorg

De Raad voor de Volksgezondheid en Zorg is een onafhankelijk adviesorgaan voor de regering en voor het parlement. Hij zet zich in voor de volksgezondheid en voor de kwaliteit en de toegankelijkheid van de gezondheidszorg. Daarover brengt hij strategische adviezen uit. Die schrijft hij vanuit het perspectief van de burger. Durf, visie en realiteitszin kenmerken zijn adviezen.

Samenstelling van de Raad

Voorzitter

Prof. drs. M.H. Meijerink

Leden

Mw. A. van Blerck-Woerdman

Mr. H. Bosma

Mw. prof. dr. D.D.M. Braat, vice-voorzitter

Mw. drs. E.R. Carter

Prof. dr. W.N.J. Groot

Prof. dr. J.P. Mackenbach

Mw. drs. M. Sint

Prof. dr. D.L. Willems

Algemeen secretaris

Drs. P. Vos

Schaal en zorg

Achtergrondstudies

Achtergrondstudies uitgebracht door de Raad voor de Volksgezondheid
en Zorg bij het advies Schaal en zorg

Den Haag, 2008

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg

Postbus 19404
2500 CK Den Haag
Tel 070 340 50 60
Fax 070 340 75 75
E-mail mail@rvz.net
URL www.rvz.net

Colofon

Ontwerp: 2D3D, Den Haag
Fotografie: Eric de Vries
Druk: Quantes, Rijswijk (omslag)
WPT, Rijswijk (binnenwerk)
Uitgave: 2008
ISBN-13: 978-90-5732-197-9

*U kunt deze publicatie bestellen via onze website (www.rvz.net)
of telefonisch via de RVZ (070 340 50 60) onder vermelding van
publicatienummer 08/09.*

© Raad voor de Volksgezondheid en Zorg

Inhoudsopgave

Schaal en zorg: internationale vergelijking	7
<i>Drs. E.G. Brummelman</i> RVZ	
Een inventariserend onderzoek naar de relatie tussen schaal, bereikbaarheid, kwaliteit en doelmatigheid in de zorg	51
<i>Jos Blank, Carla Haelermans, Patrick Koot, Olga van Putten-Rademaker</i> Instituut voor Publieke Sector Efficiëntie Studies Technische Universiteit Delft	
Hoe past een dergelijke toets in het Europese en nationale economische recht?	143
<i>Prof. mr. J.W. van de Gronden en mevr. mr. H.M. Stergiou MA</i> Radboud Universiteit Nijmegen	
Schaalgrootte van zorginstellingen: implicaties van vraagsturing	203
<i>Robert Mouton</i> De Open Ankh	
Rapportage Schaal en zorg	233
<i>Drs. P.J.M. van Zijl</i> <i>Prof. dr. R Huijsman, MBA</i> <i>Drs. Th.P.M. Schraven</i> Zorg Consult Nederland	
Overzicht publicaties RVZ	263

Voorwoord

Deze bundel bevat de achtergrondstudies die zijn geschreven voor het advies Schaal en zorg van de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ).

Dit advies verscheen in mei 2008. De directe aanleiding was de commotie de maanden daarvoor in de Tweede Kamer over het fusiegeweld in de zorgsector. De Kamer vroeg de minister van VWS om een standpunt. De RVZ bracht op verzoek van de minister zijn advies versneld uit.

De snelle advisering was mogelijk, doordat de auteurs van de achtergrondstudies in staat waren hun werk snel te doen.

In deze bundel zijn de volgende externe studies opgenomen:

1. Blank, J. et al. Schaal en zorg: een inventariserend onderzoek naar de relatie tussen schaal, bereikbaarheid, kwaliteit en doelmatigheid in de zorg.
2. Van de Gronden, J.W. en H.M. Stergiou MA. Fusietoets in de zorg: Hoe past een dergelijke toets in het Europese en nationale economische recht?
3. Mouton, R. Schaalgrootte van zorginstellingen: implicaties van vraagsturing.
4. Zijl, P.J.M. van et al. Schaal en zorg.

Voorafgaand aan deze vier externe achtergrondstudies vindt u de interne studie van de RVZ: drs. E.G. Brummelman, Schaal en zorg: internationale vergelijking.

In de interne studie van Brummelman wordt Nederland vergeleken met een aantal andere landen op het punt van spreiding en bereikbaarheid van zorginstellingen. In de studie van Blank et al. onderzoeken de schrijvers hoe het gesteld is met de bereikbaarheid van Nederlandse zorginstellingen. Zij gaan ook in op het begrip schaal en op de toepassing ervan in de zorgsector. Van de Gronden en Stergiou buigen zich over de vraag of een aparte fusietoets voor de zorgsector mogelijk en wenselijk is, kijkend naar nationaal en EU-recht. Mouton plaatst schaal en schaalgrootte in een breder perspectief. Hoe kunnen wij schaalbeslissingen van zorgaanbieders verklaren en beïnvloeden, is zijn vraag. Van Zijl et al. rapporteren over een onderzoek onder zorginstellingen naar schaalbeslissingen. Welke overwegingen speelden een rol en welke actoren werden erbij betrokken? Hoe verliep het proces?

Schaal en zorg: internationale vergelijking

Drs. E.G. Brummelman
RVZ

Inhoudsopgave

1	Inleiding	11
1.1	Aanleiding	11
1.2	Onderzoeksofzet	11
1.3	Vergelijkingsmaten	12
2	Ziekenhuizen	14
2.1	Beschikbaarheid en spreiding	14
2.2	Grootte van ziekenhuizen	18
2.3	Mening van burgers over bereikbaarheid	19
3	Artsen	22
3.1	Beschikbaarheid en spreiding	22
3.2	Mening van burgers over bereikbaarheid	28
4	Verpleeghuizen	32
4.1	Beschikbaarheid en spreiding	32
4.2	Grootte van verpleeghuizen	37
4.3	Mening van burgers over bereikbaarheid	39
5	Conclusie	45
	Noten	47
	Literatuur	49

1 Inleiding

1.1 Aanleiding

De minister van VWS heeft de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg gevraagd advies uit te brengen over het onderwerp Schaal en Zorg. In het plan van aanpak dat de Raad hiervoor heeft vastgesteld is een internationale vergelijking voorzien naar de situatie in een aantal andere landen. Voorliggende achtergrondstudie bevat deze internationale vergelijking.

1.2 Onderzoeksopzet

Vanwege de korte tijd die voor het maken van de internationale vergelijking beschikbaar was, is vooral gekeken naar instanties die internationale vergelijkingen op het gebied van gezondheidszorg uitvoeren en daarover data verzamelen. In het geval van deze achtergrondstudie zijn dat de OECD, de WHO en de EU. Hun databases op het gebied van gezondheidszorg zijn onderzocht op informatie over beschikbaarheid, bereikbaarheid, spreiding van zorg(voorzieningen) en reistijden en -afstanden. De onderzochte databases zijn de 'Health data 2007'-database van de OECD, de 'Health for All'-database van de WHO en de 'NewCronos'-database van de EU. Rapporten die betreffende organisaties (jaarlijks) op basis van hun databases, maken zijn ook bestudeerd. Verder is dankbaar gebruikgemaakt van het rapport 'Regions at a Glance 2007', waarin in 2007 als eenmalig thema de regionale spreiding van gezondheidszorg apart onderwerp van studie was. Ook is dankbaar gebruik gemaakt van het rapport 'Health and long-term care in the European Union' waarin de mening van Europese burgers over beschikbaarheid en bereikbaarheid van zorgvoorzieningen behandeld wordt (Europese Commissie, 2007)

Vanwege de beperkte tijd is het niet mogelijk geweest een review van de wetenschappelijke literatuur over schaal en zorg te doen. Waarschijnlijk is sommige informatie die niet door internationale organisaties wordt verzameld wel beschikbaar in landenspecifieke literatuur of bij de landelijke bureaus voor statistiek. Voor cijfers over de gemiddelde grootte van instellingen is de Health for All-database van de European regional office van de WHO is gebruikt. Deze database gaat over Europese landen en dus niet over de Verenigde Staten (VS). Om toch een vergelijking met de Verenigde Staten mogelijk te maken is in dit geval gebruik gemaakt van cijfers van landelijke statistische bureaus. Voor data over ziekenhuizen is gebruik gemaakt van informatie van de Amerikaanse National Center for Health Statistics (NCHS). Voor data over verpleeghuizen is gebruik gemaakt van informatie van de Centers for Disease Control and Prevention (CDC) voor wat betreft informatie over verpleeghuizen.

1.3 Vergelijkingsmaten

In eerste instantie is gekeken naar de beschikbaarheid van data over de regionale spreiding van capaciteit, de gemiddelde grootte van ziekenhuizen en andere instellingen en de reisafstanden en reistijden. Daarnaast is nog gekeken naar informatie over de perceptie van burgers over de toegankelijkheid van zorg.

Regionale beschikbaarheid van capaciteit

Een belangrijke maat voor beschikbaarheid van zorg wordt verkregen door de capaciteit van de betreffende voorziening te relateren aan de beschikbaarheid daarvan per 1 000, 10 000 of 100 000 inwoners. Dergelijke maten voor beschikbaarheid zijn niet gerelateerd aan het aantal instellingen dat de zorg levert in een bepaalde regio of bepaald land. Het is vooral van belang hoeveel capaciteit beschikbaar is voor de bevolking. Deze informatie bleek op regionaal niveau beschikbaar, waardoor ook enig inzicht kan worden verkregen in de regionale beschikbaarheid en spreiding van de totale capaciteit in een land. Hoe kleiner men de regio's definieert hoe stilliger men iets kan zeggen over de bereikbaarheid van de betreffende voorziening voor de regionale bevolking.

Vooraf voor verpleeghuizen, maar ook voor ziekenhuizen, is enige terughoudendheid op zijn plaats voor wat betreft uitspraken over de voor- en nadelen van de beschikbaarheid van intramurale capaciteit. Zo maken ziekenhuizen in sommige landen een trend van afnemende ligduren en versterking van de eerste lijn door. Verpleeghuizen kennen een trend van extramuralisering waarbij de zorg bij de mensen thuis wordt geleverd. Door deze trends kan een vertekend beeld ontstaan van de situatie in de onderzochte landen. Intramurale capaciteit die niet in ziekenhuizen en verpleeghuizen wordt gemeten kan wel degelijk aanwezig zijn, bijvoorbeeld in de vorm van thuiszorg en eerstelijnszorg. Zorg is substitueerbaar.

Schaalgrootte

Omdat de institutionele context waarin de zorg wordt geleverd van belang is, is in deze studie ook gekeken naar de schaalgrootte van ziekenhuizen en verpleeghuizen. Hierover zijn geen gegevens in internationale datasets beschikbaar. De European regional office van de WHO telt wel het aantal instellingen binnen een bepaalde categorie in een land. Daarom is een schatting gemaakt door het aantal bedden in een land te delen door het aantal instellingen.

Reistijden en afstanden

Al snel bleek dat informatie over reistijden en reisafstanden niet centraal geregistreerd wordt door internationale organisaties. Nederland is wat dat betreft koploper met de Nationale Atlas Volksgezondheid van het RIVM.

Mening van burgers over beschikbaarheid en bereikbaarheid

Naast de daadwerkelijke spreiding en grootte van voorzieningen is de perceptie van burgers over de beschikbaarheid en bereikbaarheid daarvan ook van belang. De Europese Commissie heeft in een speciale uitgave van de Eurobarometer die gewijd was aan het thema zorg, gerapporteerd hierover (Europese Commissie, 2007).

2 Ziekenhuizen

2.1 Beschikbaarheid en spreiding

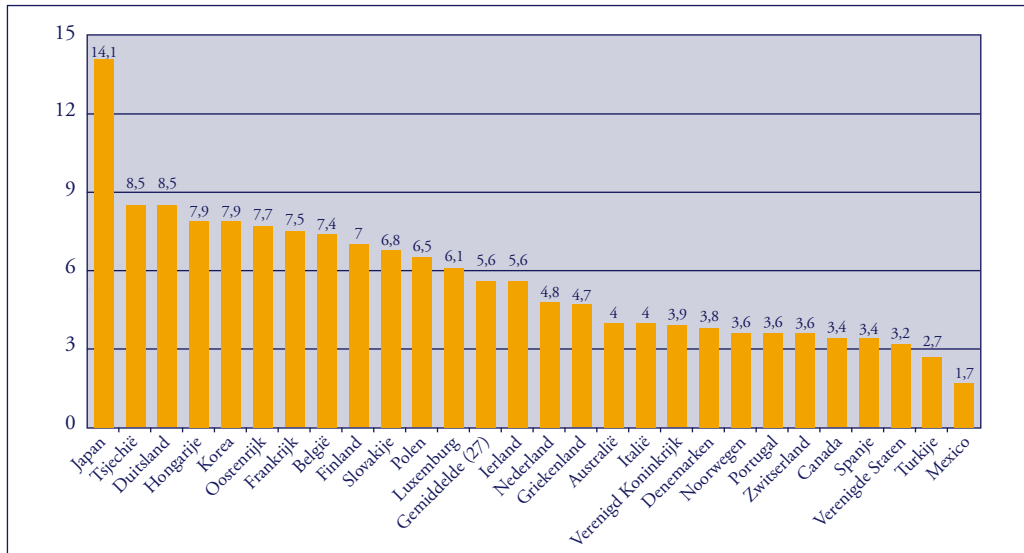
Het aantal ziekenhuisbedden per 1000 inwoners is een indicatie van de beschikbaarheid van de curatieve zorg. Deze indicator is voor de OECD-landen weergegeven in Figuur 1.

In aanvulling op het aantal ziekenhuisbedden is er ook een spreidingsmaat voor de regionale beschikbaarheid van de curatieve zorg. Dit is de regionale variatie in het aantal ziekenhuisbedden per 1000 inwoners ten opzichte van het landelijke gemiddelde. Deze is in Figuur 2 weergegeven, waarbij de verticale lijn het landelijke gemiddelde weergeeft.

De indicator 'ziekenhuisbedden per 1000 inwoners' kent een aantal beperkingen. Ten eerste wordt niet alle ziekenhuiszorg meegenomen. Dit is het geval voor zorg die aan niet-opgenomen patiënten gegeven wordt, zoals dagopname en poliklinische zorg. Ten tweede is het een beperkte maat voor fysieke toegankelijkheid. In een land of regio kunnen veel ziekenhuisbedden beschikbaar zijn, maar als deze zich ver van de populatie bevinden, of in een land of regio ongelijk verdeeld zijn, kan de fysieke toegankelijkheid toch beperkt zijn (OECD, 2007b).

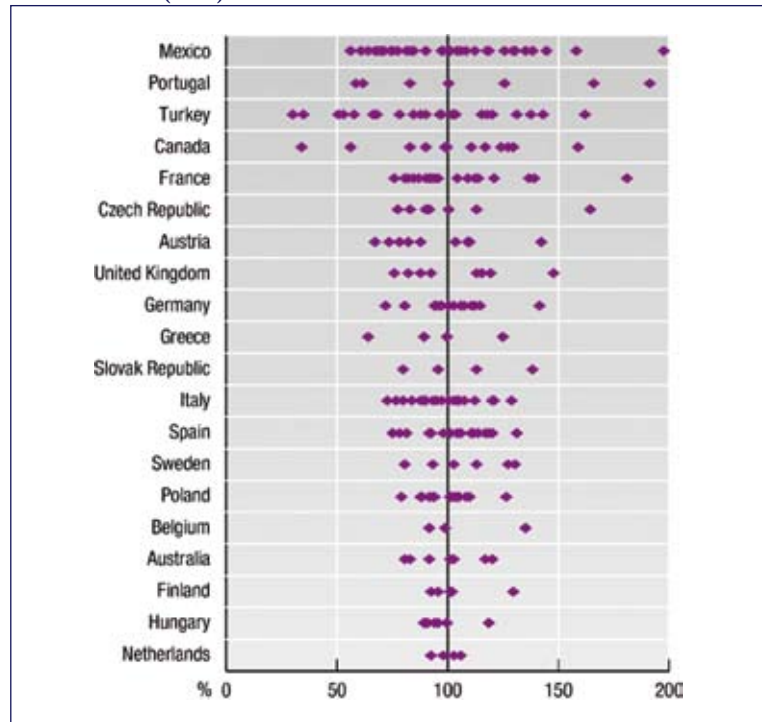
Dit laatste wordt versterkt doordat op internationaal niveau alleen gegevens over de spreiding van zorgvoorzieningen beschikbaar zijn op een vrij hoog aggregatieniveau. De OECD maakt namelijk onderscheid tussen 5 territoriale niveaus (territorial levels; tl). Het eerste level (tl1) is het nationale niveau, het tweede level (tl2) het niveau van landsdelen enz. Nederland wordt volgens het tweede niveau opgedeeld in 4 landsdelen¹. Op dit niveau is een internationale vergelijking van een aantal indicatoren beschikbaar². Een internationale vergelijking op een lager niveau, territorial level 3, is voor zover bekend, niet beschikbaar. Volgens dit derde level (tl3) wordt Nederland opgedeeld in de provincies. Zie bijlage 1 voor de indeling naar territorial levels in de verschillende landen.

Figuur 1 Aantal ziekenhuisbedden per 1000 personen, 2005³



Bron: OECD, 2007a en OECD, 2007b.

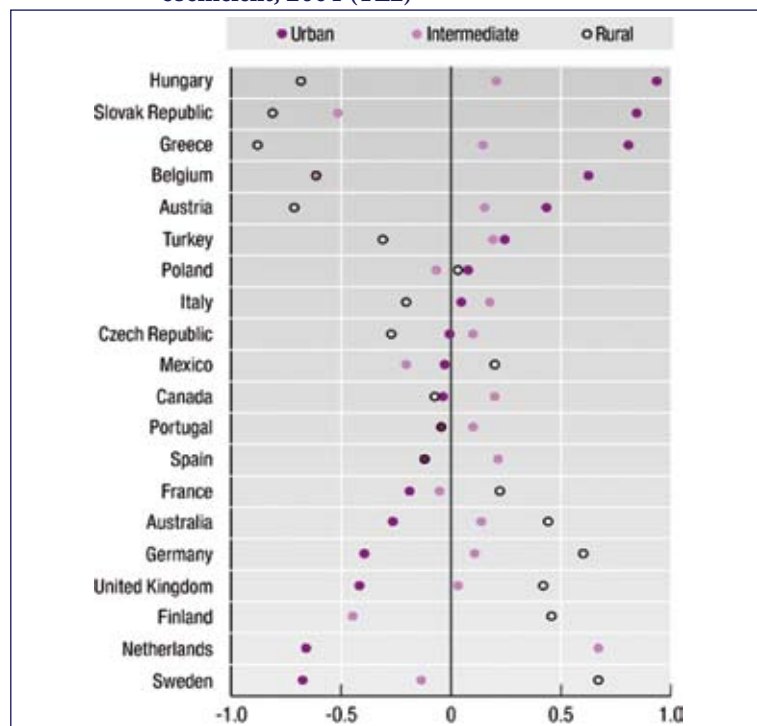
Figuur 2 Variatie in het aantal ziekenhuisbedden per 1000 inwoners; percentage van het nationale gemiddelde, 2004 (TL2)



Bron: OECD, 2007b

In Figuur 2 is de regionale variatie van het aantal ziekenhuisbedden per land weergegeven. Wat opvalt, is de gelijkmatige verdeling in Nederland van het aantal ziekenhuisbedden per 1000 personen in zowel nationaal als internationaal perspectief. Nederland zit qua totaal aantal ziekenhuisbedden dicht op het OECD-gemiddelde (Figuur 1) en deze ziekenhuisbedden zijn zowel vanuit nationaal als internationaal perspectief zeer gelijkmatig gespreid (Figuur 2).

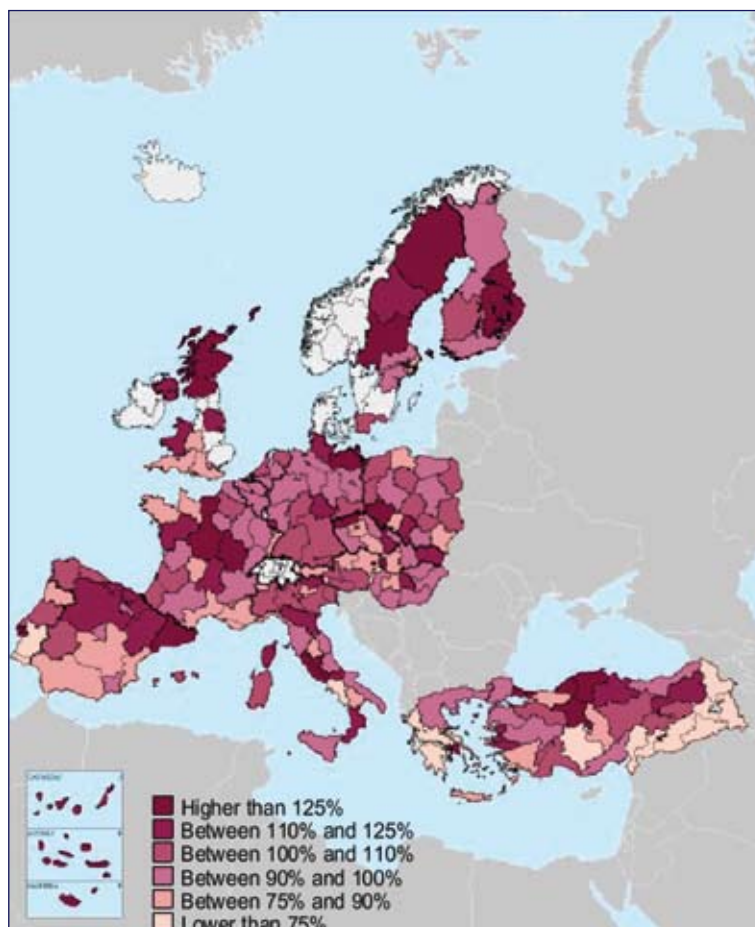
Figuur 3 Correlatie tussen het aantal bedden per inwoner en het aandeel inwoners per type regio; Spearman correlatie coëfficiënt, 2004 (TL2)



Bron: OECD, 2007b.

In Figuur 3 is de correlatie tussen het aantal bedden per inwoner en het aandeel inwoners per type regio weergegeven. In de figuur is te zien dat in Nederland het aantal bedden per inwoner groter is waar bevolking in half landelijk/half stedelijk (intermediate) gebied woont. Het aantal bedden per inwoner is *kleiner* in gebieden waar de bevolking in steden woont. Het is dus niet zo dat mensen die in Nederland in verstedelijkt gebied wonen meer bedden per inwoner beschikbaar hebben dan mensen die in half landelijk/half stedelijk (intermediate) gebied wonen.

Figuur 4 Aantal ziekenhuisbedden per 100 000 inwoners; percentage van het landelijke gemiddelde, 2004



Bron: OECD, 2007b.

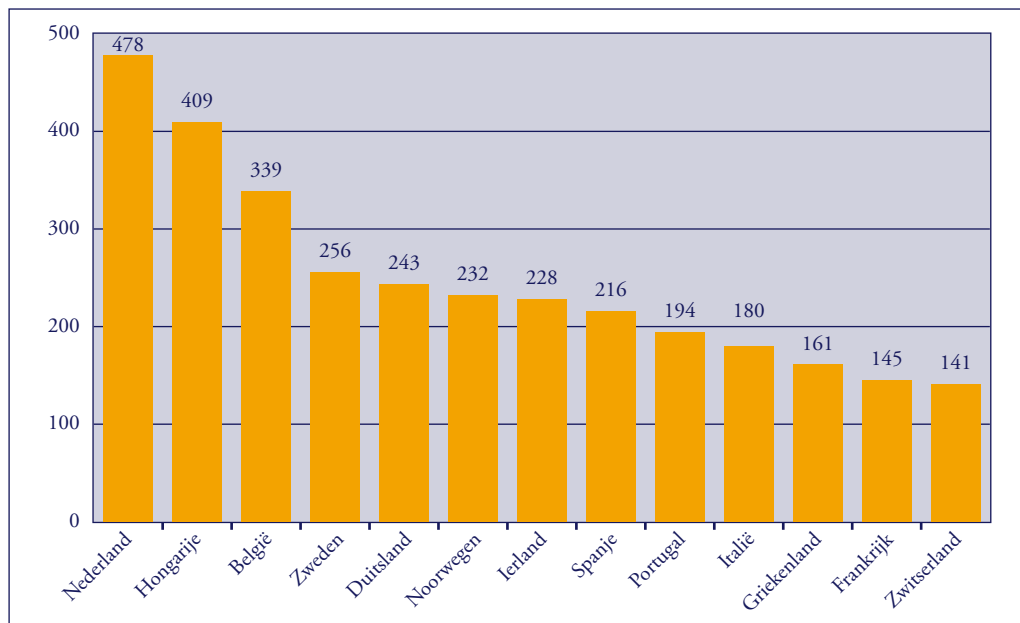
Ten slotte is in Figuur 4 het aantal ziekenhuisbedden per 100 000 inwoners ten opzichte van het nationale gemiddelde in 2004 weer gegeven. Wederom is te zien dat de ziekenhuisbedden gelijkmatig gespreid zijn over Noord-, Oost-, Zuid-, en West-Nederland met in Noord- en West-Nederland een kleine afwijking naar boven (respectievelijk 106% en 103% ten opzichte van het landelijk gemiddelde) en een kleine afwijking naar beneden voor Oost- en Zuid-Nederland (respectievelijk 93% en 98% ten opzichte van het landelijk gemiddelde).

2.2 Grootte van ziekenhuizen

In onderstaande Figuur 5 is het gemiddelde aantal bedden per ziekenhuis in een aantal landen weergegeven. Daarvoor is het aantal ziekenhuisbedden gedeeld door het aantal ziekenhuizen⁴. De cijfers zijn afkomstig uit de European health for all database (HFA-DB) van de Regional Office for Europe van de World Health Organization.

Meteen valt op dat Nederland een groot aantal bedden per ziekenhuis kent. Het RIVM schrijft daar voor het jaar 2003 over 'In de algemene ziekenhuizen varieert het aantal bedden per instelling van 138 (Ziekenhuis Talma Sionsberg, Dokkum) tot 1.368 (Amphia ziekenhuis, Breda/Oosterhout). Bij de academische ziekenhuizen heeft het kleinste ziekenhuis 713 bedden (VU Medisch Centrum, Amsterdam) en het grootste 1.307 (Academisch Ziekenhuis Groningen)' (Deuning, 2006).

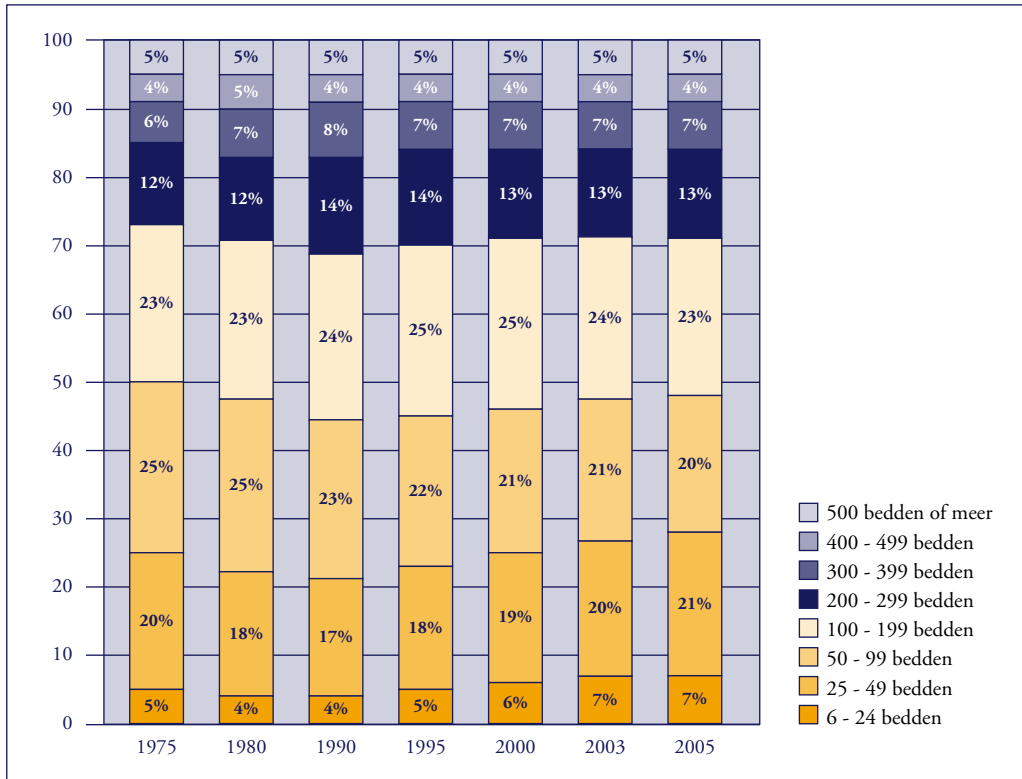
Figuur 5 Gemiddelde aantal bedden per ziekenhuis^{5,6}



Bron: WHO, European health for all database (HFA-DB), 2007.

De variatie in grootte is niet te achterhalen uit de Health for All database. Om hier toch enig gevoel voor te krijgen zijn in Figuur 6 de ziekenhuizen in de Verenigde Staten ingedeeld naar grootheidsklassen. Ook hieruit blijkt dat Nederland zich met een gemiddeld aantal van 478 bedden per ziekenhuis tot de top mag rekenen. In de Verenigde Staten was in 2005 maar 5 % van de ziekenhuizen groter dan 500 bedden en had 4 % 400 tot 499 bedden.

Figuur 6 Procentuele verdeling van ziekenhuizen in de Verenigde Staten naar grootte⁷



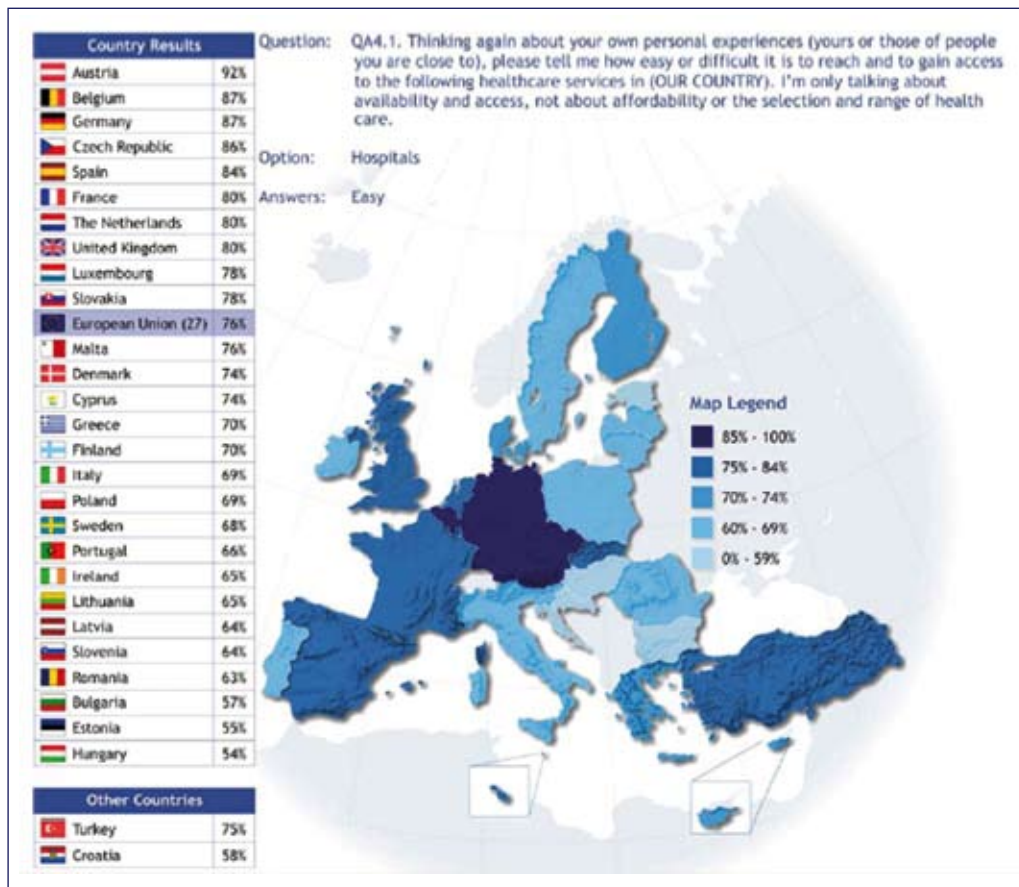
Bron: NCHS, 2007

2.3 Mening van burgers over bereikbaarheid

De meeste Europeanen vinden ziekenhuizen gemakkelijk beschikbaar en bereikbaar. Uit de Eurobarometer 283 van de Europese Commissie blijkt dat 76% van de Europeanen dit vindt (Europese Commissie, 2007). In Nederland ligt dat percentage op 80%. In Figuur 7 is dit grafisch weergegeven⁸.

Een minderheid van de Europese burgers vindt de beschikbaarheid en bereikbaarheid van ziekenhuizen echter moeilijk tot zeer moeilijk, respectievelijk 17% en 4%. In Nederland liggen deze percentages op respectievelijk 14% en 2%.

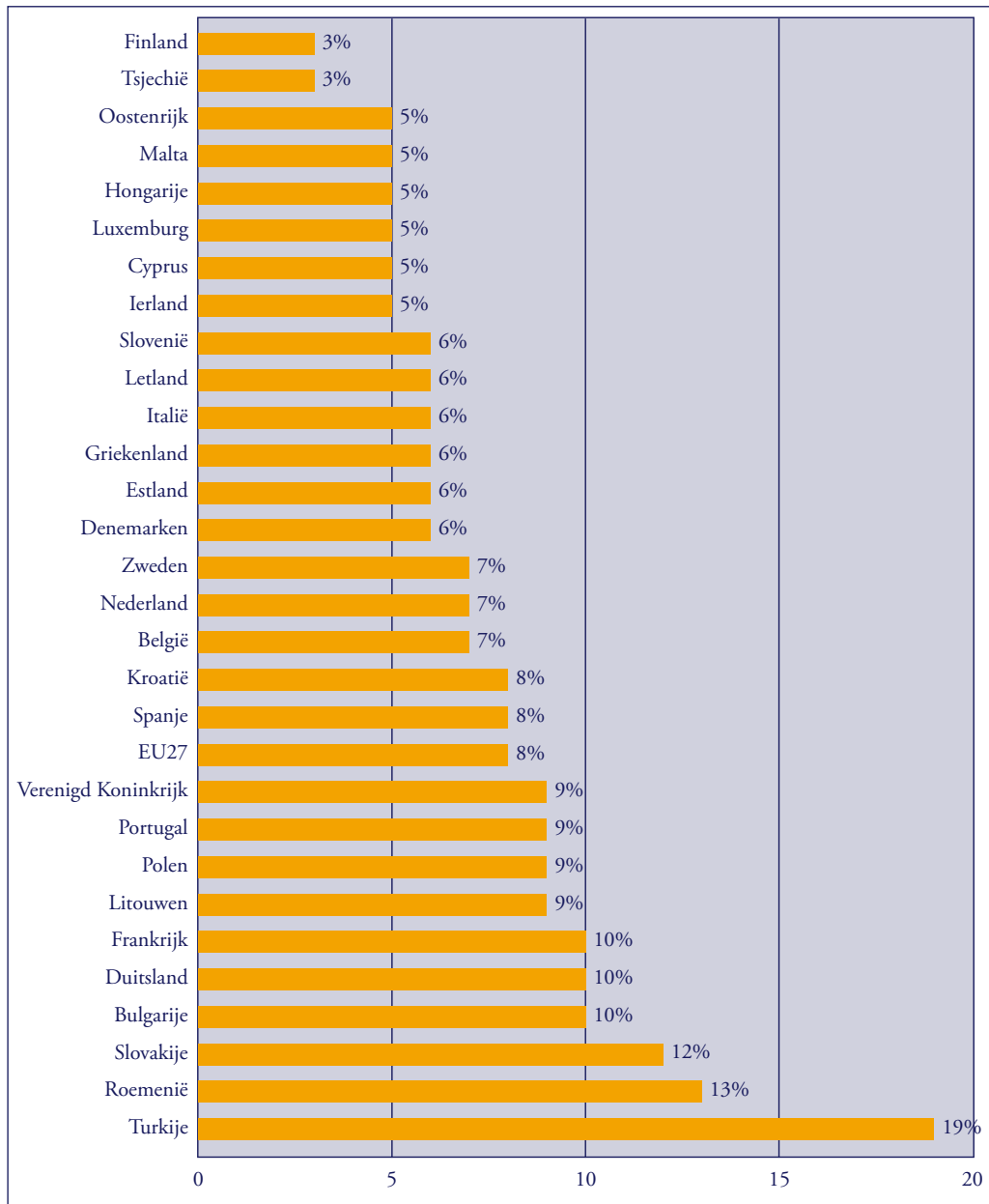
Figuur 7 Percentage Europese burgers dat de ziekenhuizen gemakkelijk beschikbaar en bereikbaar vindt



Bron: Europese Commissie, 2007.

In Figuur 8 is het percentage mensen weergegeven dat zegt wel ziekenhuiszorg nodig gehad te hebben, maar dat daar om redenen van beschikbaarheid en bereikbaarheid geen gebruik van gemaakt heeft. In Nederland zegt 7% van de ondervraagden dat dit het geval is geweest. Het Europese gemiddelde ligt op 8%.

Figuur 8 Percentage mensen dat zegt wel ziekenhuiszorg nodig gehad te hebben, maar daar om redenen van beschikbaarheid en bereikbaarheid geen gebruik van gemaakt heeft⁹



Bron: Europese Commissie, 2007.

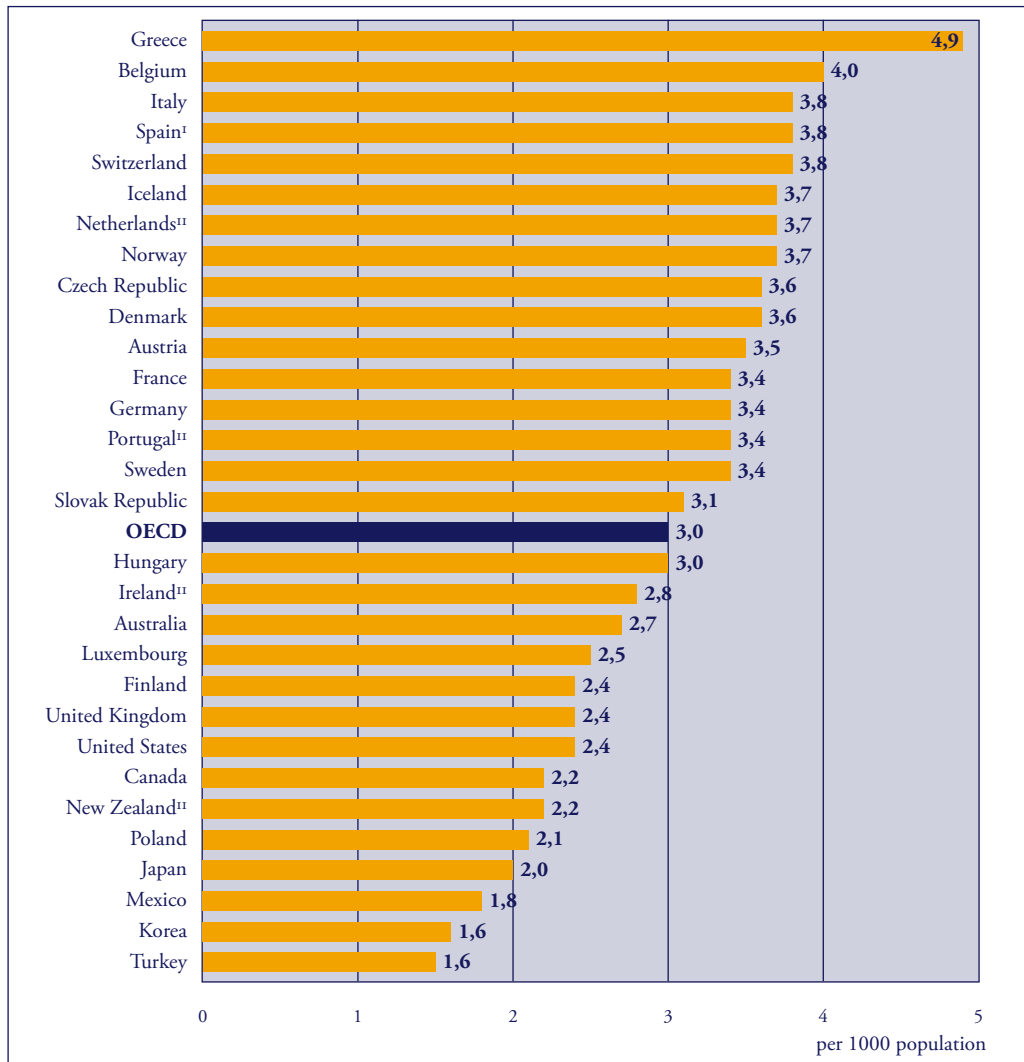
3 Artsen

In hoofdstuk 2 is de dichtheid van ziekenhuizen in een aantal regio's beschreven. Tevens is beschreven dat deze maat een aantal beperkingen kent. Om een completer beeld te krijgen van de regionale toegankelijkheid van de zorg in een land kan men ook kijken naar de spreiding van artsen^{10,11}. De dichtheid van artsen wordt vaak als belangrijkste maat gebruikt voor toegankelijkheid.

3.1 Beschikbaarheid en spreiding

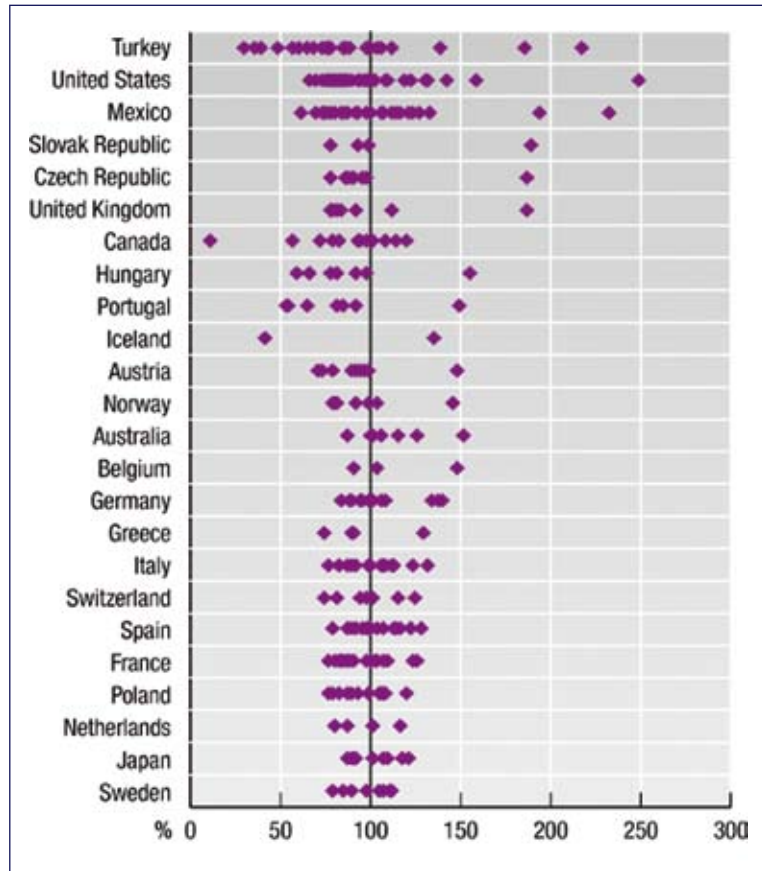
In onderstaande Figuur 9 is het aantal praktiserende artsen per 1000 inwoners weergegeven. Daaruit blijkt dat Nederland ruim boven het OECD gemiddelde zit met 3,7 'arts' per duizend inwoners. Het gemiddelde in de hele OECD is 3,0. In het geval van Nederland moet daarbij wel worden opgemerkt dat Nederland het aantal praktiserende én niet praktiserende artsen meetelt. Er is dus sprake van een onderschatting¹².

Figuur 9 Praktiserende artsen per 1000 inwoners, 2005 (of het laatst beschikbare jaar)¹²



Bron: OECD, 2007c.

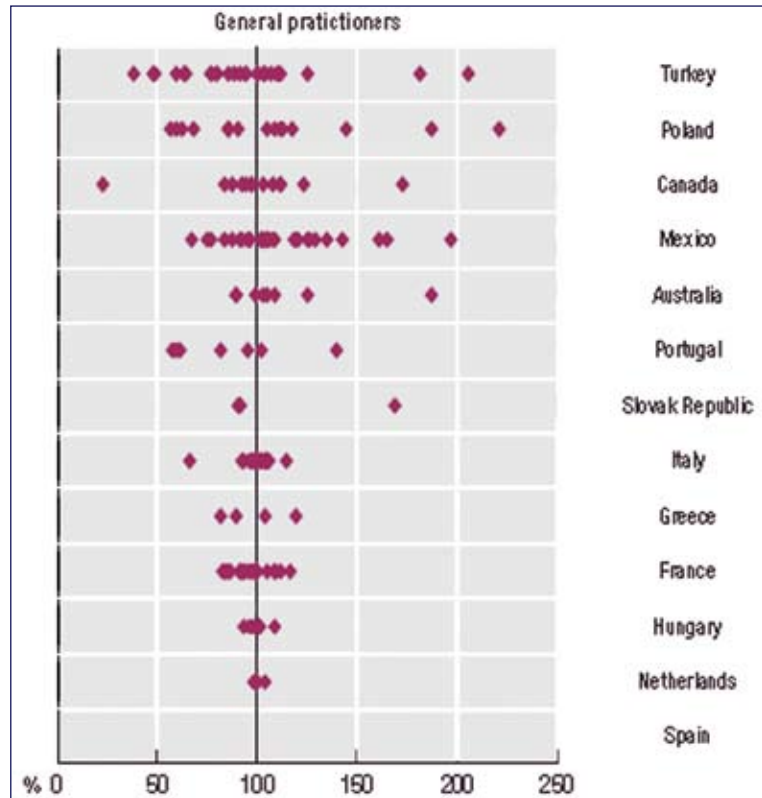
Figuur 10 Regionale spreiding in de artsendichtheid; percentage van het nationale gemiddelde, 2004 (TL2)



Bron: OECD, 2007b

Vervolgens is belangrijk hoe deze artsen zijn verspreid over Nederland. Ook de mate van spreiding ten opzichte van andere landen is van belang. Hiervoor wordt wederom de relatief grove, maar voor een internationale vergelijking voor zover bekend enige beschikbare, indeling van Nederland in 4 regio's gebruikt: Noord-, Oost-, Zuid- en West-Nederland. De regionale spreiding ten opzichte van het nationaal gemiddelde wordt in Figuur 10 vergeleken met de spreiding in andere landen. Daaruit blijkt dat Nederland internationaal gezien relatief gunstig scoort. De uiterste bolletjes liggen bij Nederland in vergelijking met de meeste andere landen weinig uit elkaar. Dat betekent dat Nederlandse regio's onderling weinig verschillen als het gaat om artsendichtheid. Uit de achterliggende data blijkt dat de regio's in Figuur 10 met een afwijking naar beneden Oost- en Zuid-Nederland zijn met respectievelijk 87% en 79%.

Figuur 11 Regionale spreiding van huisartsen; percentage van het nationale gemiddelde, 2004 (TL2)



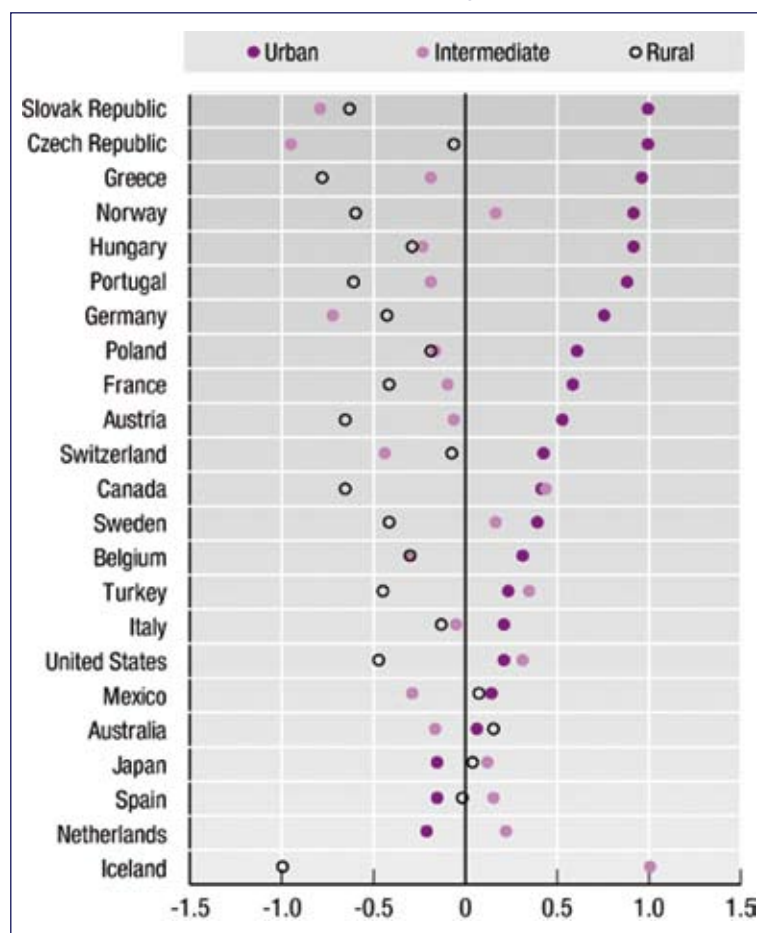
Bron: OECD, 2007b.

Zoals in voetnoot xi is aangegeven, omvat de definitie van de OECD van artsen alle praktiserende artsen, huisartsen en medisch-specialisten in zowel publieke als private instituten. In Figuur 11 is een uitsplitsing gemaakt naar het aantal huisartsen en de regionale spreiding daarvan. Uit deze figuur blijkt dat huisartsen zowel in nationaal als internationaal perspectief gelijkmatig gespreid zijn over de regio's. Uit de achterliggende data blijkt dat Noord-Nederland iets boven het gemiddelde uitkomt (104 %) West-Nederland op het gemiddelde zit (100%) en Oost- en Zuid-Nederland een paar procentpunt onder het gemiddelde zitten (respectievelijk 99% en 98%). In bovenstaande figuur overlappen de vier bolletjes zo sterk dat ze niet goed te onderscheiden zijn.

Wat in bovenstaande figuren opvalt, is dat Figuur 9 een grote spreiding van artsen tussen landen laat zien. In België en Griekenland zijn er gemiddeld meer dan 4 artsen per 1000 inwoners. Dat is 1,3 keer het OECD-gemiddelde. In Mexico, Turkije en Korea daalt het aantal artsen in de bevolking per duizend inwoners onder de 2. Wat verder opvalt in Figuur 10 is de nog grotere spreiding tussen regio's. In de Verenigde

Staten en in Turkije wordt 2,5 tot 2,2 keer het gemiddelde gehaald en er is ook een aantal forse uitschieters naar beneden. ‘De regionale spreiding in landen is dus nog groter dan die tussen landen’ (OECD, 2007b). Voor Nederland kan de conclusie zijn dat, hoewel sprake is van een overschatting vanwege het meetellen van niet praktiserende artsen, de positie ten opzichte van andere landen relatief goed is. Het aantal artsen per 1000 inwoners is in internationaal perspectief bovengemiddeld en de regionale spreiding daarvan in Nederland steekt gunstig af ten opzichte van de meeste andere landen. Zeker voor de spreiding van huisartsen.

Figuur 12 Correlatie tussen de artsendichtheid en de verdeling van de populatie per type regio

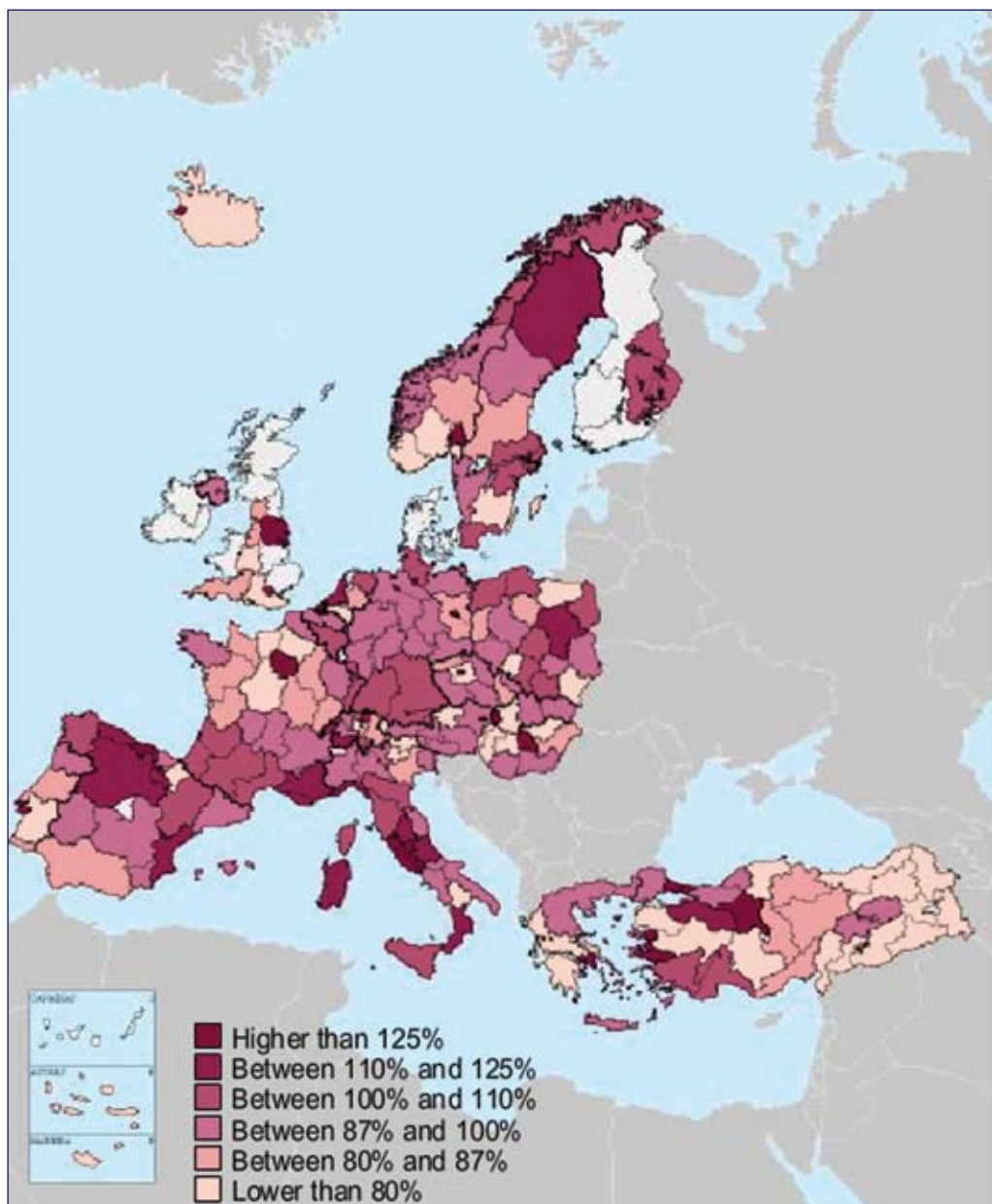


Bron: OECD, 2007b.

In Figuur 12 is de correlatie (samenhang) tussen de artsendichtheid en de verdeling van de populatie per type regio weergegeven. ‘Over het algemeen is de artsendichtheid groter in regio’s waar de bevolking vooral in steden woont. In 17 landen is de artsendichtheid positief gecorreleerd

met het aandeel van de regionale bevolking dat in verstedelijkte gebieden woont' (OECD, 2007b). In Nederland is juist sprake van een omgekeerde correlatie: het aandeel van de regionale bevolking dat in gemengde gebieden woont, hangt positief samen met de artsendichtheid. Dat betekent dat als men in Nederland in verstedelijkt gebied woont er minder artsen per inwoner zijn dan in niet-verstedelijkte gebieden.

Figuur 13 Artsendichtheid in Europa; percentage van het nationale gemiddelde, 2004



Bron: OECD, 2007b.

Tenslotte is in Figuur 13 het aantal artsen als percentage van het nationale gemiddelde in 2004 weergegeven. Te zien is dat artsen redelijk gelijkmatig gespreid zijn over Noord-, Oost-, Zuid- en West-Nederland met in West-Nederland een kleine afwijking naar boven (116% ten opzichte van het landelijke gemiddelde; Noord-Nederland 100%) en een afwijking naar beneden voor Oost- en Zuid-Nederland (respectievelijk 87% en 79% ten opzichte van het landelijke gemiddelde). Dit betekent dat het aantal artsen minder gelijkmatig is gespreid dan het aantal ziekenhuisbedden.

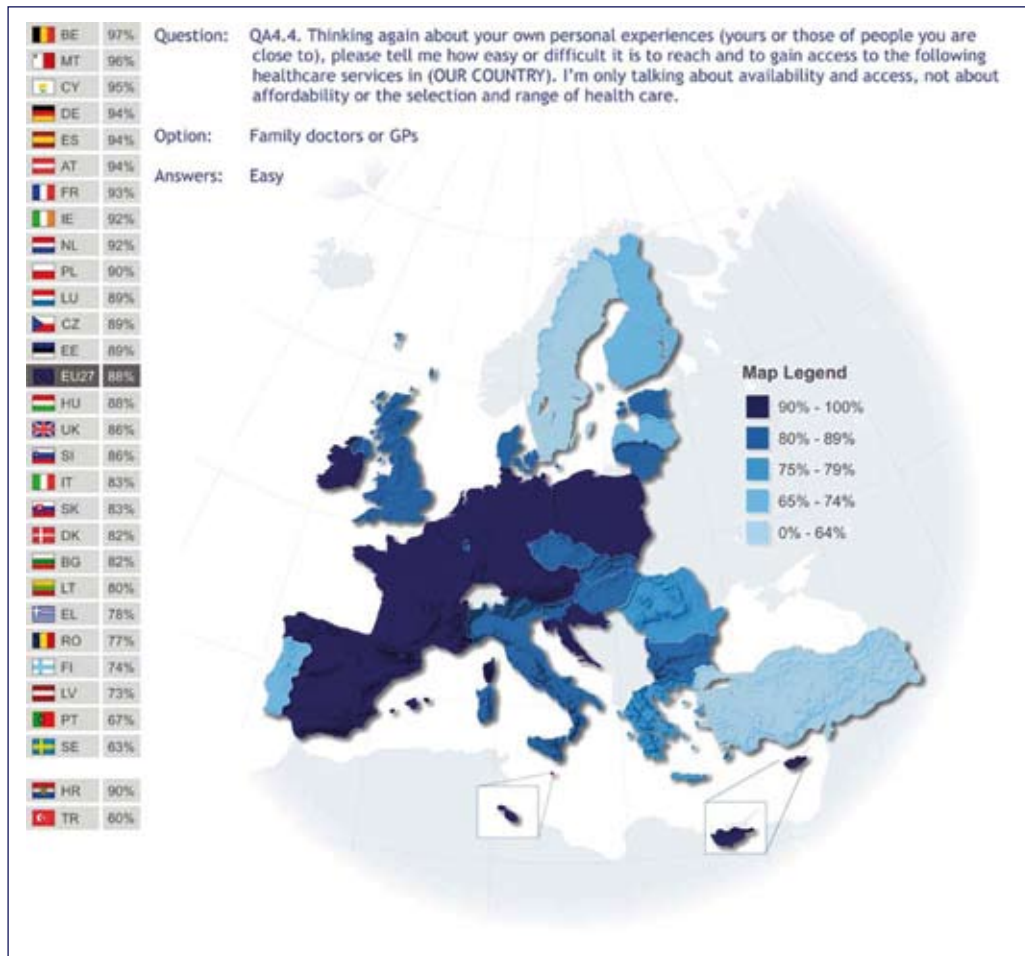
3.2 Mening van burgers over bereikbaarheid

De meeste Europeanen vinden huisartsen gemakkelijk beschikbaar en bereikbaar. Uit de Eurobarometer 283 van de Europese Commissie blijkt dat 88% van de Europeanen dit vindt (Europese Commissie, 2007)¹³. In Nederland ligt dat percentage op 92%. In Figuur 14 is dit grafisch weergegeven.

Een minderheid van de Europese burgers vindt de beschikbaarheid en bereikbaarheid van huisartsen moeilijk tot zeer moeilijk, respectievelijk 9% en 2%. In Nederland liggen deze percentages op respectievelijk 6% en 1%.

Over de beschikbaarheid en bereikbaarheid van medisch specialisten zijn in de Eurobarometer dezelfde vragen gesteld. Daaruit blijkt dat 62% van de Europese burgers medisch specialisten goed beschikbaar en bereikbaar vindt. In Nederland vindt 66% van de ondervraagden dit. Ook hier vindt een minderheid dat de beschikbaarheid en bereikbaarheid moeilijk is: 31% in Europa en 26% in Nederland. Merk op dat dit een hoger percentage is dan wordt gerapporteerd bij de huisartsen en de ziekenhuizen.

Figuur 14 Percentage Europese burgers dat huisartsen gemakkelijk beschikbaar en bereikbaar vindt

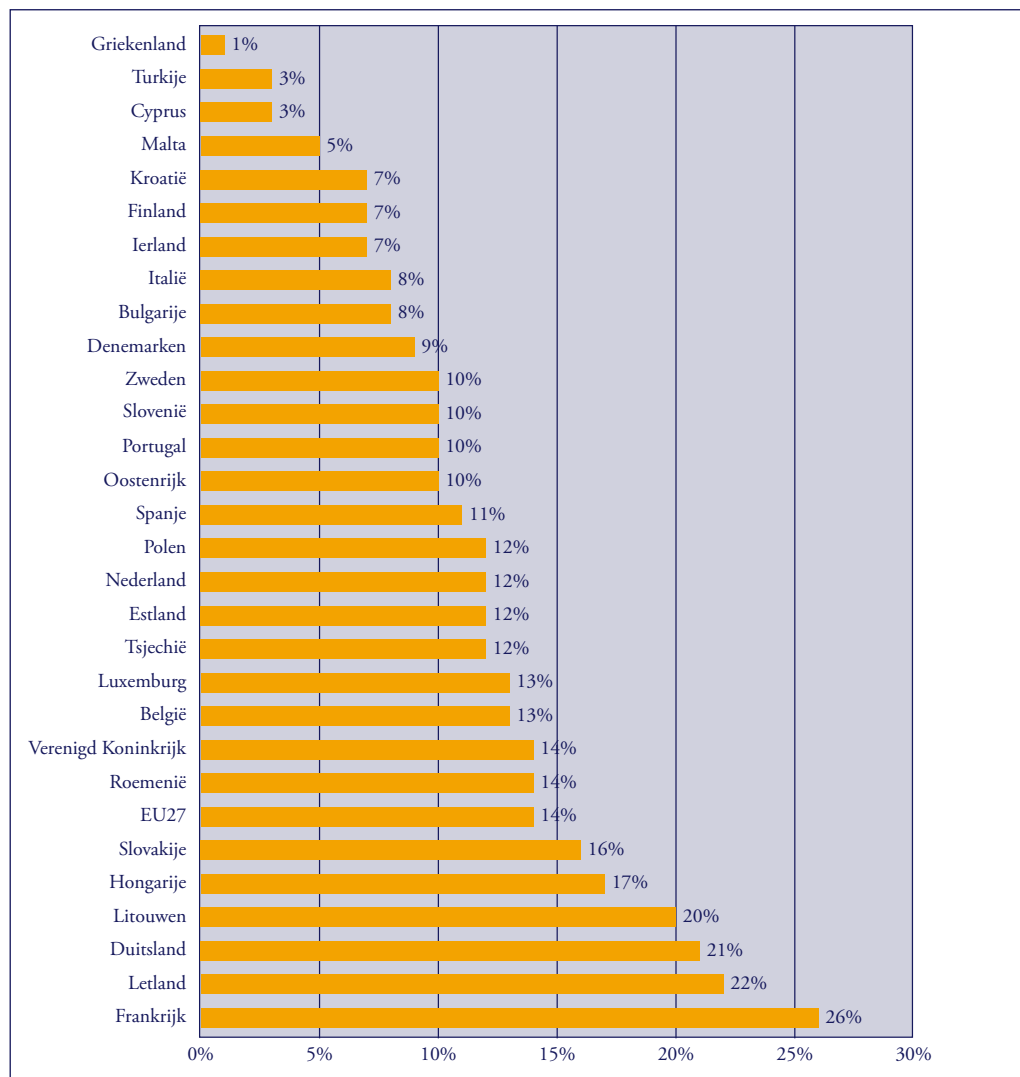


Bron: Europese Commissie, 2007.

Huisartsen

In Figuur 15 is het percentage mensen weergegeven dat zegt wel een huisarts nodig gehad te hebben, maar dat daar om redenen van beschikbaarheid en bereikbaarheid geen gebruik van gemaakt heeft. In Nederland zegt 12% van de ondervraagden dat dit het geval is geweest. Het Europese gemiddelde ligt op 14%. Merk op dat dit hogere percentages zijn dan de gerapporteerde cijfers bij de ziekenhuizen (NL = 7% en EU27 = 8%).

Figuur 15 Percentage mensen dat zegt wel een huisarts nodig gehad te hebben, maar daar om redenen van beschikbaarheid en bereikbaarheid geen gebruik van gemaakt heeft⁹

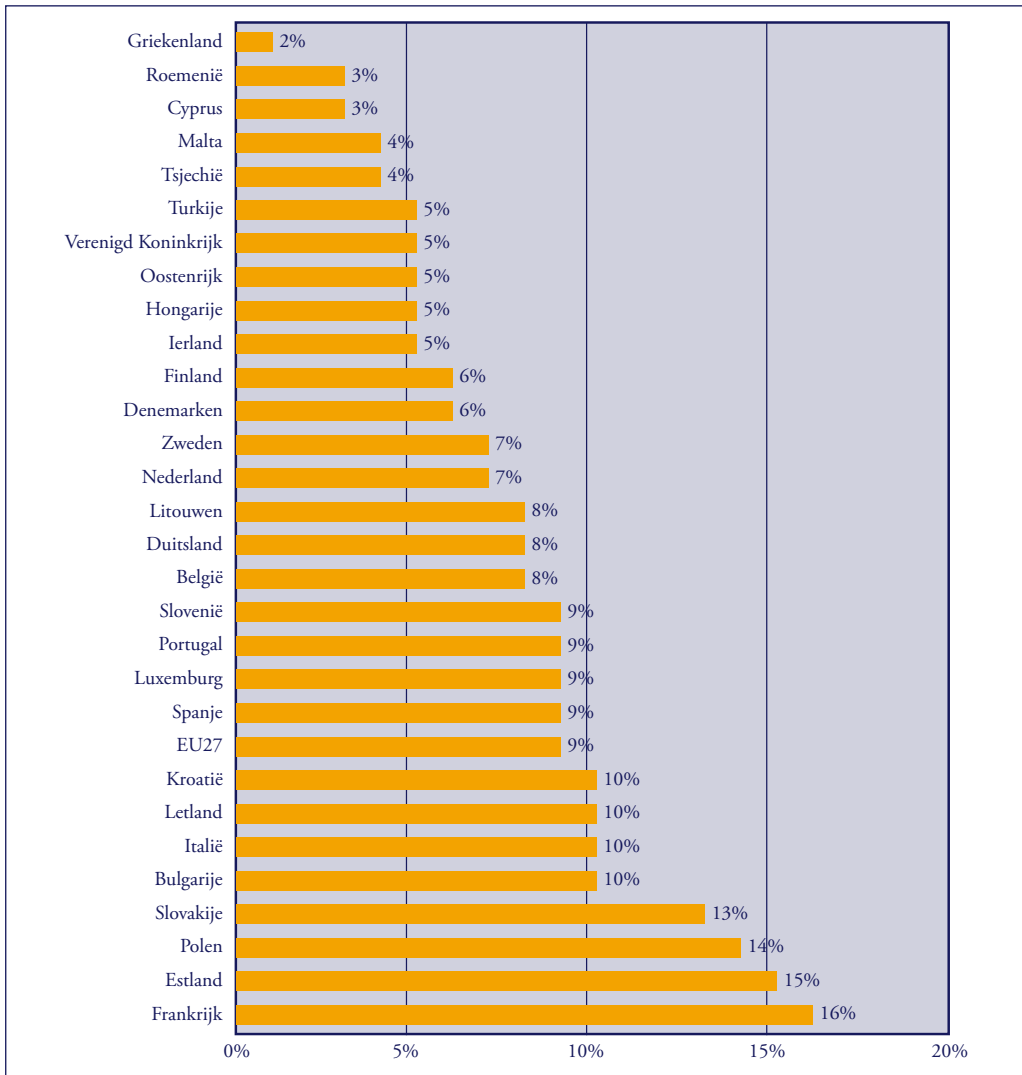


Bron: Europese Commissie, 2007.

Medisch specialisten

In Figuur 16 is het percentage mensen weergegeven dat zegt wel een medisch specialist nodig gehad te hebben, maar daar om redenen van beschikbaarheid en bereikbaarheid geen gebruik van gemaakt heeft. In Nederland zegt 7% van de ondervraagden dat dit het geval is geweest. Het Europese gemiddelde ligt op 9%. Deze cijfers komen ongeveer overeen met de gerapporteerde cijfers bij de ziekenhuizen (NL = 7%; EU 27 = 8%).

Figuur 16 Mensen die wel een medisch specialist nodig hadden, maar daar om redenen van bereikbaarheid geen gebruik van gemaakt zeggen te hebben ix



Bron: Europese Commissie, 2007.

4 Verpleeghuizen

De bereikbaarheid van verpleeghuizen is moeilijk te bepalen. Zeker in internationaal perspectief. De bereikbaarheid van dit type zorg in een land is op zich al moeilijk te bepalen, omdat er in veel landen sprake is van een sterke extramuralisering. Dat wil zeggen dat de zorg zoveel mogelijk bij de cliënt thuis wordt gegeven. Als er dan geen verpleeghuis in de buurt is, zou de indruk kunnen ontstaan dat de zorg slecht bereikbaar is. Het tegenovergestelde is dan echter het geval. De zorg komt naar de mensen toe.

Naast de extramuralisering, is een internationale vergelijking van de bereikbaarheid van verpleeghuiszorg een hachelijke zaak, omdat de bereikbaarheid sterk cultureel bepaald is. Juist bij langdurige zorg speelt de rol van de informele zorg (ouders, kinderen, familie, etc.) een belangrijke rol. Daarnaast kan men bij opname in bijvoorbeeld een verpleeghuis de vraag stellen: 'bereikbaar voor wie?' Voor de partner, de kinderen, of de betrokkene zelf?

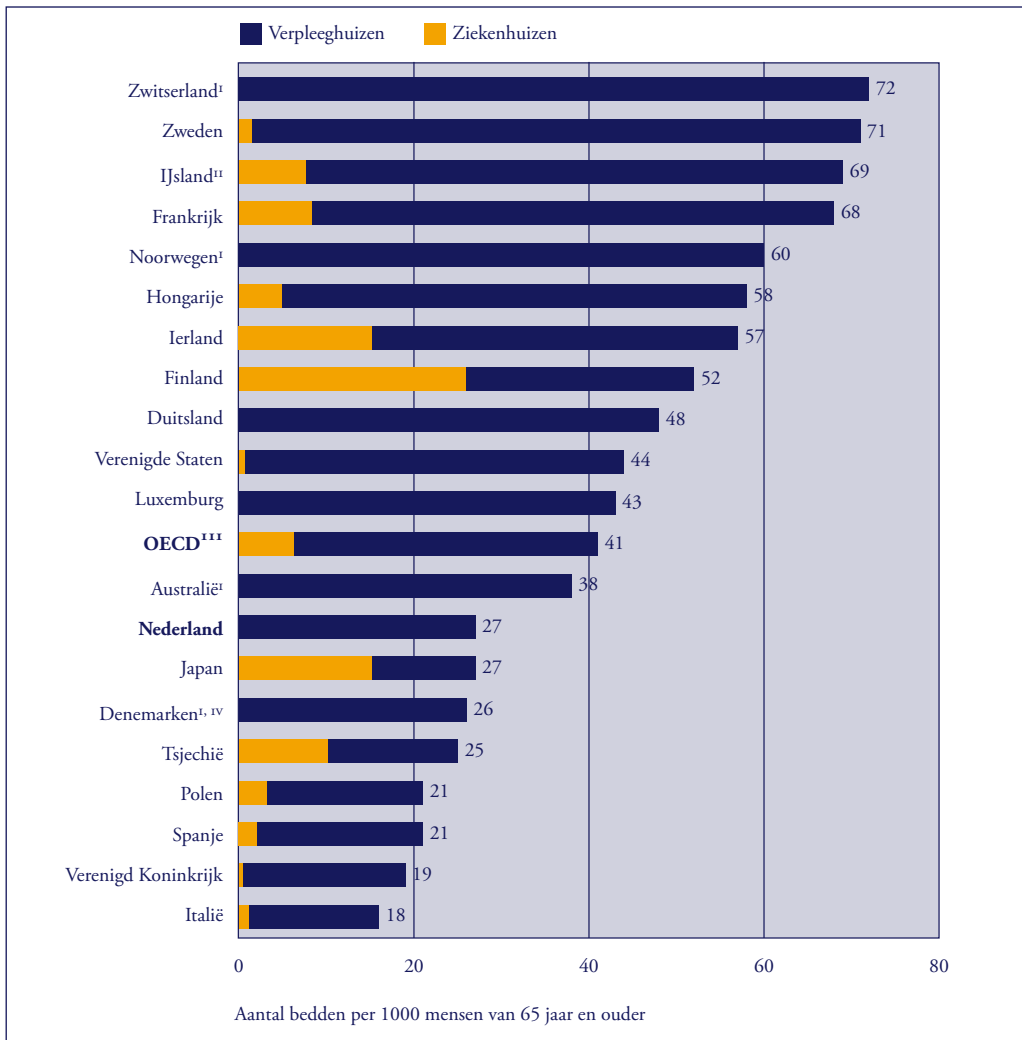
Het is dan ook niet verwonderlijk dat internationale data over langdurige zorg, waaronder verpleeghuiszorg, nog sterk in ontwikkeling zijn. De OECD heeft in 2005 een slag geslagen toen zij het rapport *Long-term care for older people* heeft uitgebracht en het onderwerp ook cijfermatig een impuls kreeg. De data in internationale databases zijn echter vooralsnog bescheiden. Het is dan ook niet verwonderlijk dat gegevens over spreiding eigenlijk niet voorhanden zijn.

In de volgende paragrafen wordt een aantal data over verpleeghuiszorg op een rij gezet. De data zijn, in tegenstelling tot data over ziekenhuizen en artsen, niet regionaal beschikbaar in internationale databases. We beperken ons dan ook tot een vergelijking tussen landen.

4.1 Beschikbaarheid en spreiding

In onderstaande figuur is het aantal bedden voor langdurige zorg in ziekenhuizen en verpleeghuizen per 1.000 mensen van 65 jaar en ouder in 2005 weergegeven.

Figuur 17 Aantal bedden voor langdurige zorg in ziekenhuizen en verpleeghuizen per 1000 mensen van 65 jaar en ouder in 2005¹⁴



Bron: OECD, 2007c.

Nederland scoort in de bovenstaande figuur onder het gemiddelde. Merk echter op dat de OECD verzorgingshuizen niet meetelt in deze statistiek. Verzorgingshuizen vallen binnen de definitie van de OECD onder de sociale zekerheid. Gemiddeld zijn er in de OECD 41 bedden voor langdurige zorg per 1000 inwoners beschikbaar. Het grootste gedeelte daarvan staat in verpleeghuizen. Zoals in bovenstaande figuur is te zien, bestaat er een grote variatie in het aantal bedden per 1000 inwoners. In Zwitserland, Zweden, IJsland en Frankrijk zijn er rond de 70 bedden per 1000 inwoners. In Polen, Spanje, het Verenigd Koninkrijk en Italië zijn

het er ongeveer 20. Helaas zijn geen cijfers beschikbaar over de regionale spreiding van deze bedden.

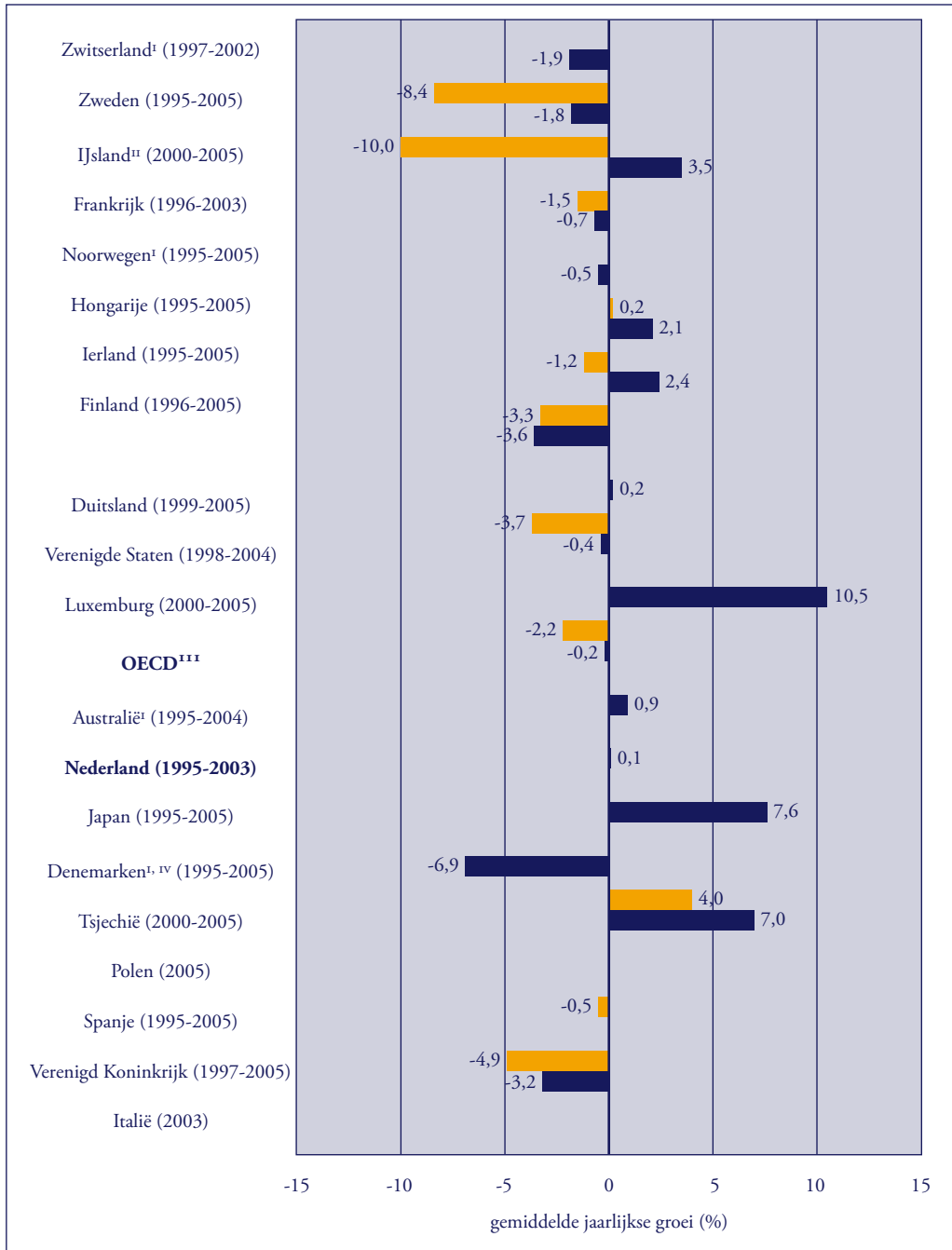
Uit Figuur 17 blijkt dat een aantal landen een relatief groot deel van de capaciteit van langdurige zorg in ziekenhuizen heeft belegd. Dit is het geval voor landen als Finland, Tsjechië, Ierland en Japan. Uit onderstaande Figuur 18 blijkt echter dat, met uitzondering van Finland, de genoemde landen hun capaciteit in verpleeghuizen hebben uitgebreid de afgelopen jaren. In Finland is zowel het aantal langdurige bedden in ziekenhuizen als in verpleeghuizen gedaald. Ook in een flink aantal andere landen is, met uitzondering van Tsjechië, het aantal langdurige bedden in ziekenhuizen gedaald.

In sommige landen zoals IJsland en Ierland is de afname van het aantal bedden in ziekenhuizen gepaard gegaan met een toename van het aantal bedden in verpleeghuizen. In andere landen zoals Zweden en Finland is zowel het aantal bedden in verpleeghuizen als in ziekenhuizen teruggelopen. In ieder geval in Zweden is deze reductie samengegaan met een toename van het aantal mensen dat thuis zorg ontvangt (OECD, 2007c).

Extramuralisering

Bovenstaande trends passen in een breed internationaal gedragen beleid om een relatief duur verblijf in ziekenhuizen te verplaatsen naar goedkopere verpleeghuizen. Een daarmee samenhangende trend, is vervolgens mensen zoveel mogelijk thuis te verplegen, de hierboven genoemde extramuralisering.

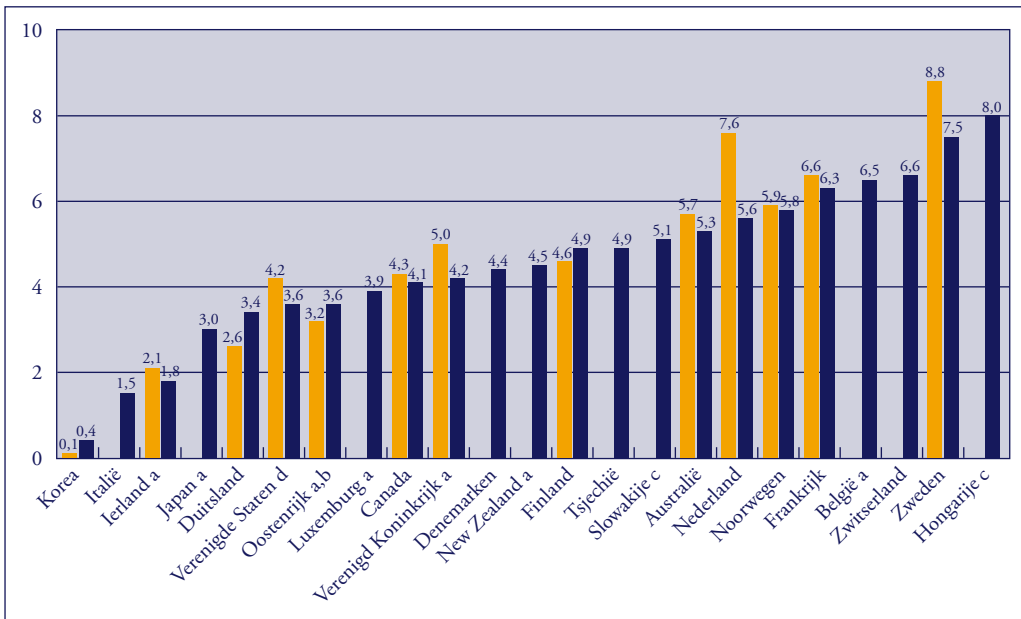
Figuur 18 Verandering in het aantal bedden voor langdurige zorg in ziekenhuizen en verpleeghuizen per 1000 mensen van 65 jaar en ouder¹⁴



Bron: OECD, 2007c.

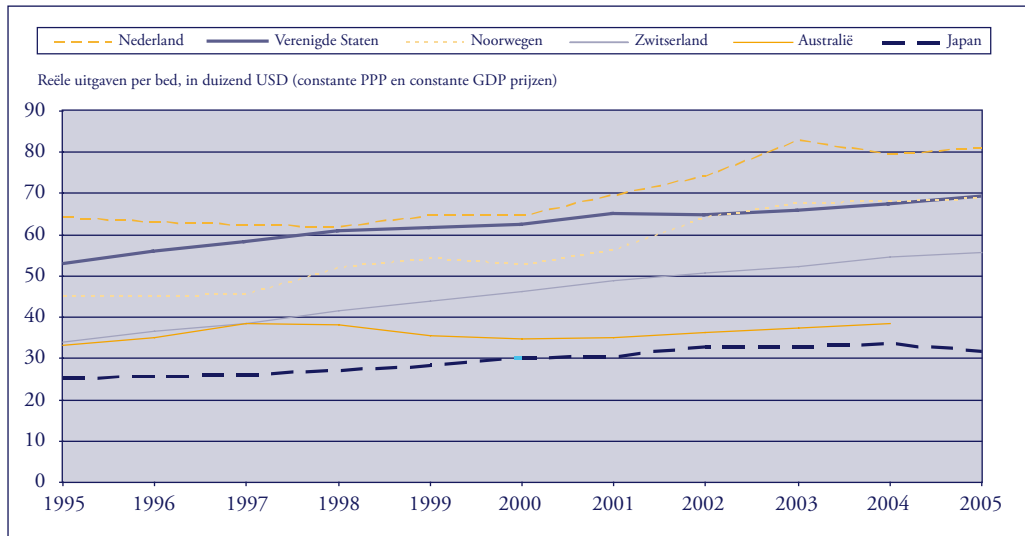
De extramuralisering kan een verklaring zijn voor het relatief lage aantal bedden voor langdurige zorg in Nederland. Uit Figuur 18 blijkt dat er weinig verandering in de bedden capaciteit is geweest in Nederland tussen 1995 en 2003. Uit Figuur 19 blijkt echter dat het aantal mensen in een verpleeghuis sterk is gedaald. Het is de relatief grootste daling binnen de OECD. Een verklaring kan de toename van het aantal 1-persoonskamers ter verbetering van de privacy zijn. Figuur 20 laat zien dat de daling van het aantal mensen in verpleeghuizen gepaard gaat met een stijging van de gemiddelde kosten per bed in verpleeghuizen. Voor een deel is dat te wijten aan de relatieve zwaarder wordende casemix in verpleeghuizen als gevolg van de extramuralisering.

Figuur 19 Aandeel van de bevolking van 65 jaar en ouder dat in instituten woont als percentage van het totale aantal mensen boven 65, 1995 en 2004



Bron: OECD, 2007d.

Figuur 20 Toename van de uitgaven per bed voor langdurige zorg in verpleeghuizen, 1995 tot 2005



Bron: OECD, 2007c.

4.2 Grootte van verpleeghuizen

In onderstaande figuur is het gemiddelde aantal bedden per verpleeghuis in Nederland weergegeven. Het gemiddelde tussen 1998 en 2005 lag ongeveer op 180 toegelaten bedden per instelling.

Figuur 21 Aantal verpleeghuizen en gemiddeld aantal toegelaten bedden per instelling in Nederland

	Aantal instellingen	Gemiddeld toeg. bedden (klinisch)	Gemiddeld aantal toeg. bedden per instelling
Perioden	<i>absoluut</i>	<i>x 1 000</i>	
1998	336	57,5	171
1999	334	57,6	172
2000	334	58,4	175
2001	333	59,7	179
2002	328	59,9	183
2003	335	61,0	182
2004	338	63,8	189
2005	366	65,1	178

Bron: © Centraal Bureau voor de Statistiek, Voorburg/Heerlen 2008-02-28

Als vergelijkingsmateriaal is in onderstaande figuur de situatie in de Verenigde Staten opgenomen. In Figuur 22 is het gemiddelde aantal bedden per verpleeghuis in de VS weergegeven. In vergelijking met Nederland valt op dat het gemiddelde aantal bedden per verpleeghuis in

de Verenigde Staten lager ligt dan in Nederland. In 2005 bestond een gemiddeld verpleeghuis in de Verenigde Staten uit 107 bedden. In Nederland was dat in datzelfde jaar 189.

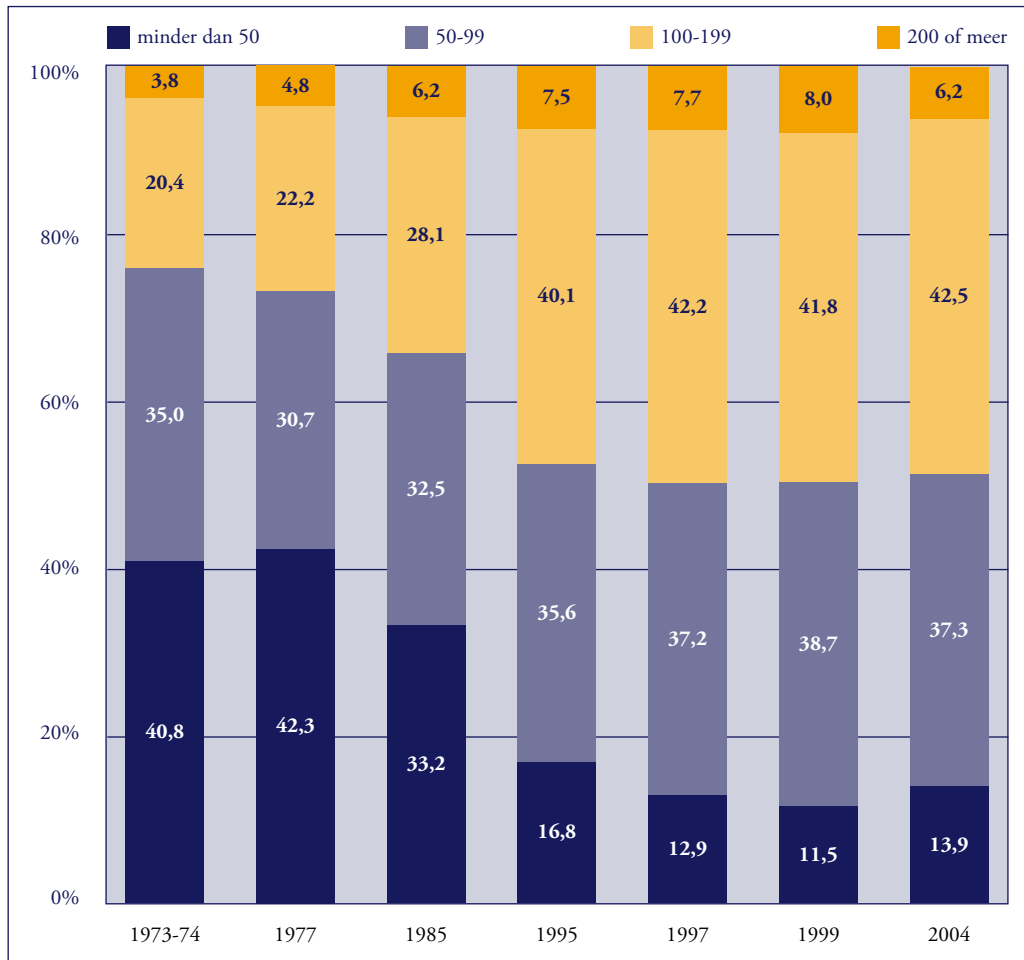
Figuur 22 Aantal verpleeghuizen, aantal bedden en gemiddeld aantal bedden per verpleeghuis in de Verenigde Staten

	1973-74	1977	1985	1995	1997	1999	2004
Aantal verpleeghuizen	15.700	18.900	19.100	16.700	17.000	18.000	16.100
Aantal bedden	1.177.300	1.402.400	1.624.200	1.770.900	1.820.800	1.879.600	1.730.000
<i>Aantal bedden per verpleeghuis</i>	<i>75</i>	<i>74</i>	<i>85</i>	<i>106</i>	<i>107</i>	<i>104</i>	<i>107</i>

Bron: CDC/NCHS, National Nursing Home Survey.

In de Verenigde Staten heeft zich echter ook een schaalvergroting voorgedaan in de verpleeghuizen. Zie Figuur 23. Vanaf 1973 is het aantal verpleeghuizen met minder dan 50 bedden gedaald van 40,8 % naar 13,9 %. Tegelijkertijd is het aantal verpleeghuizen met 100 tot 199 bedden vanaf 1973 gestegen van 20,4 % naar 42,5 %.

Figuur 23 Procentuele verdeling van verpleeghuizen naar beddengrootte in de Verenigde Staten

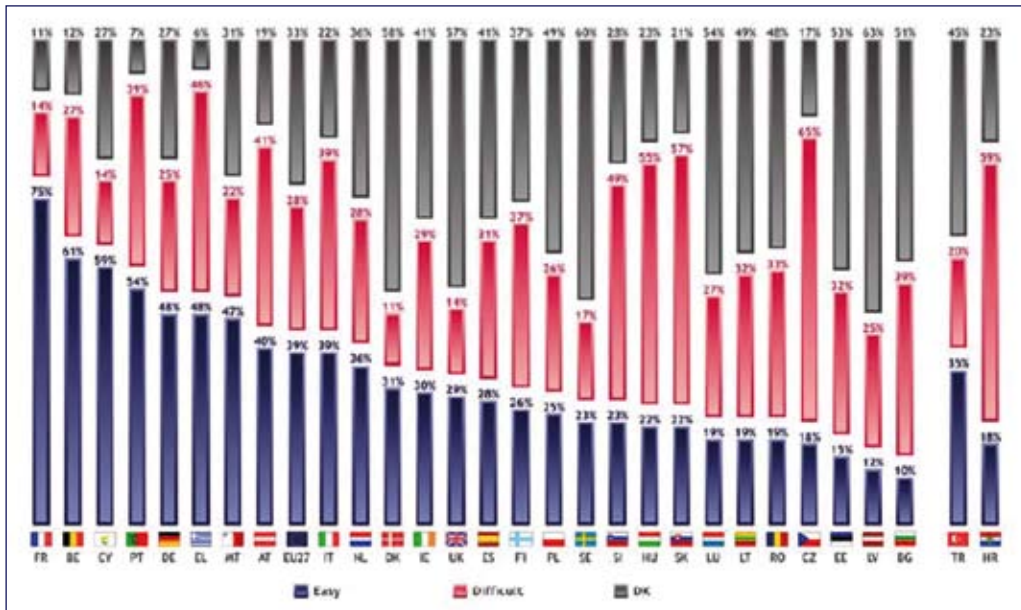


Bron: CDC/NCHS, National Nursing Home Survey.

4.3 Mening van burgers over bereikbaarheid

Ongeveer een derde van de Europese burgers kan geen oordeel geven over de beschikbaarheid en bereikbaarheid van verpleeghuizen in hun land (33%). Voor Nederland is dat percentage 36%. De Europeanen die wel een oordeel geven zijn vaker positief dan negatief over de beschikbaarheid en bereikbaarheid van verpleeghuizen (39% tegen 28%). Voor Nederland is deze verhouding 36% tegen 28%¹⁵. In Figuur 24 is dit grafisch weergegeven.

Figuur 24 Europeanen over de beschikbaarheid en bereikbaarheid van verpleeghuizen in hun land¹⁶

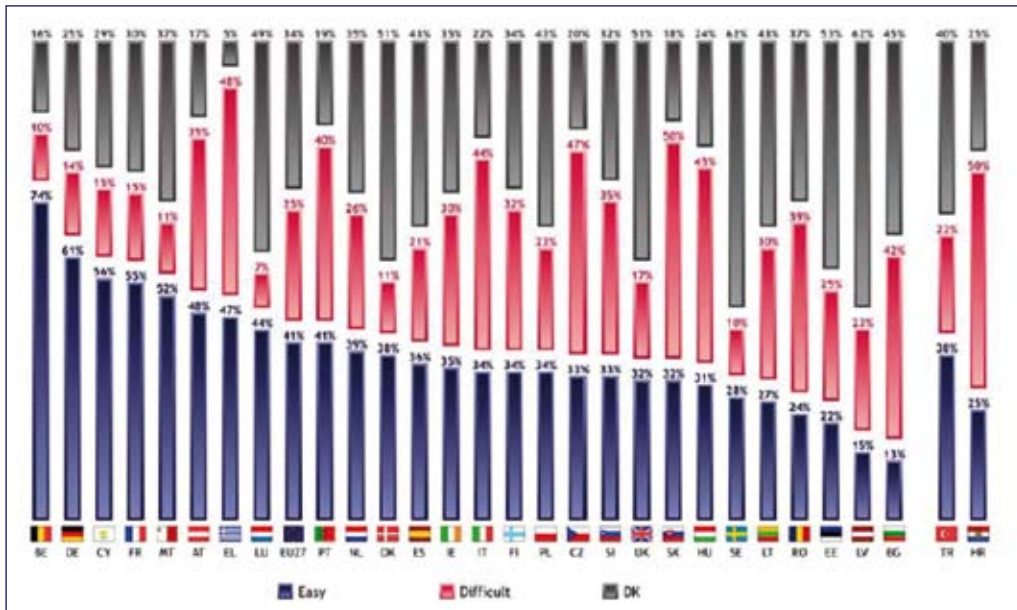


Bron: Europese Commissie, 2007.

Thuiszorg

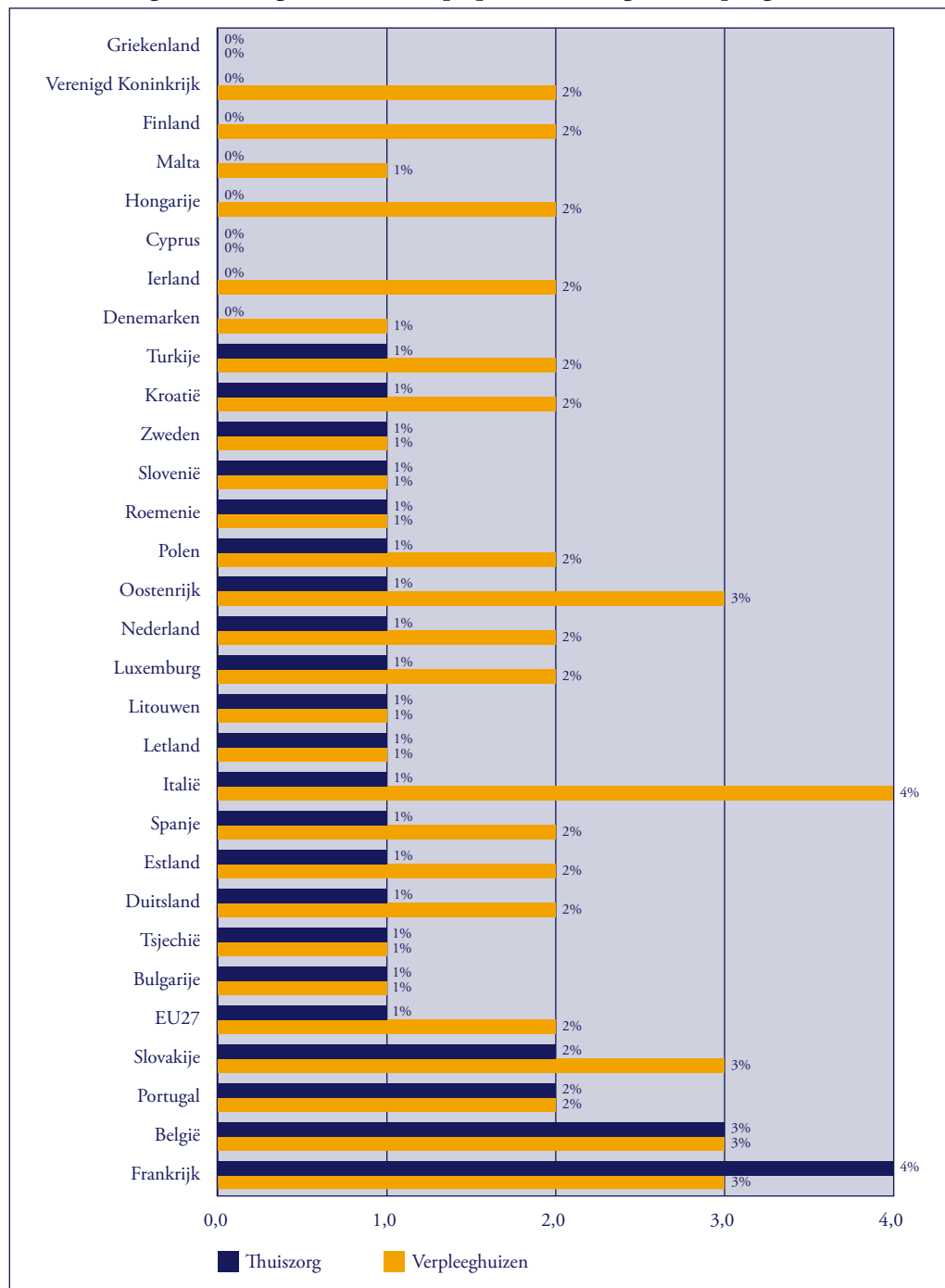
Ongeveer een derde van de Europese burgers kan geen oordeel geven over de beschikbaarheid en bereikbaarheid van thuiszorg in hun land (34%). Voor Nederland is dat percentage 35%. De Europeanen die wel een oordeel geven zijn vaker positief dan negatief over de beschikbaarheid en bereikbaarheid van de thuiszorg (41% tegen 25%). Voor Nederland is deze verhouding 39% tegen 26%. In Figuur 25 is dit grafisch weergegeven.

Figuur 25 Europeanen over de beschikbaarheid en de bereikbaarheid van thuiszorg in hun land



Bron: Europese Commissie, 2007.

Figuur 26 Percentage mensen dat zegt wel thuiszorg of verpleeghuiszorg nodig gehad te hebben, maar daar om redenen van beschikbaarheid en bereikbaarheid geen gebruik van gemaakt heeft (oplopende ordening naar verpleeghuizen)⁹

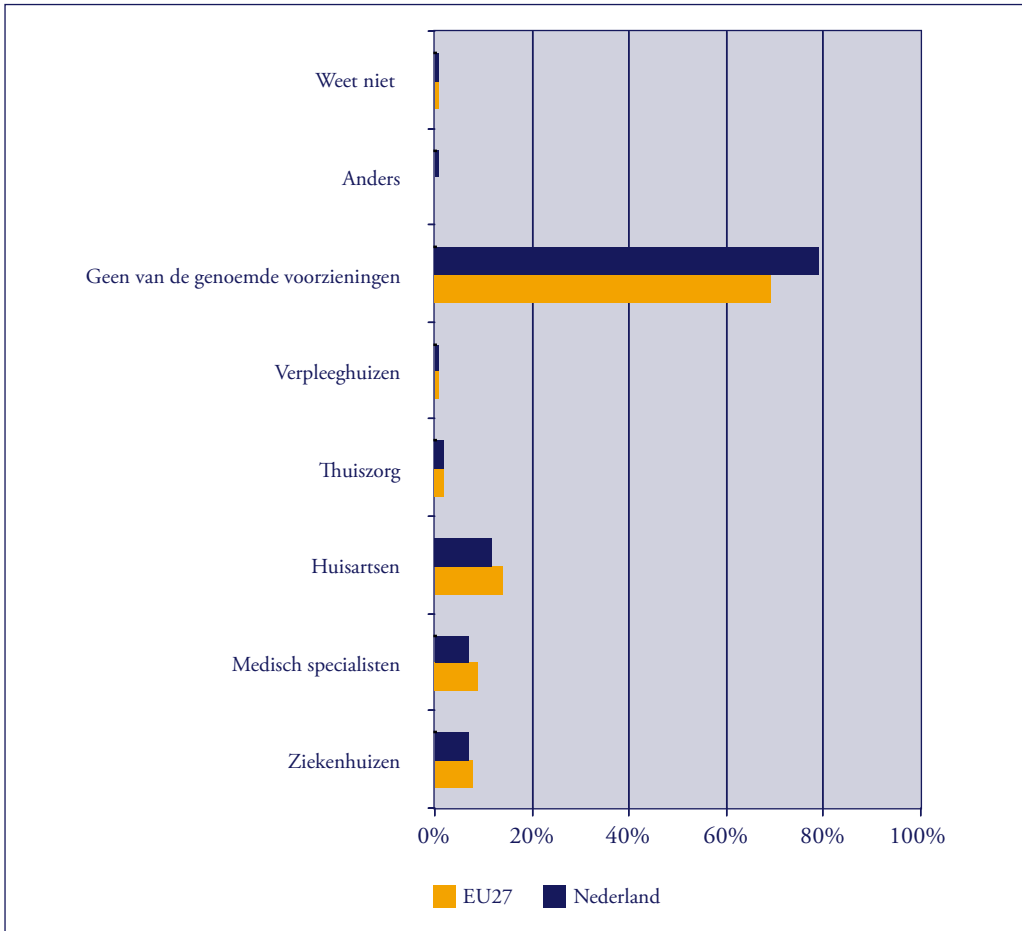


Bron: Europese Commissie, 2007.

In Figuur 26 is het percentage mensen weergegeven dat zegt wel thuiszorg of verpleeghuiszorg nodig gehad te hebben, maar dat daar om redenen van beschikbaarheid en bereikbaarheid geen gebruik van gemaakt heeft. Voor Nederland zegt 1% van de ondervraagden dat dit het geval is geweest voor verpleeghuiszorg en 2 % voor thuiszorg. Dit komt overeen met het Europese gemiddelde.

Opvallend in de volgende Figuur 27 is het grote verschil in antwoorden van mensen die wel een voorziening nodig hadden, maar daar om redenen van bereikbaarheid geen gebruik van gemaakt zeggen te hebben in Nederland en de hele Unie. Voor verpleeghuizen en thuiszorg worden relatief lage percentages gerapporteerd. Voor huisartsen, medisch specialisten en ziekenhuizen worden aanzienlijk hogere percentages gerapporteerd. Gecombineerd met het relatief groot aantal mensen dat geen oordeel kan geven over de beschikbaarheid en bereikbaarheid van verpleeghuiszorg en thuiszorg, kan dit wijzen op een andere perceptie van bereikbaarheid en beschikbaarheid van thuiszorg en verpleeghuiszorg.

Figuur 27 Percentage mensen in Nederland en de EU dat zegt wel een zorgvoorziening nodig gehad te hebben, maar daar om redenen van beschikbaarheid en bereikbaarheid geen gebruik van gemaakt heeft (samenvattende tabel)



Bron: Europese Commissie, 2007.

5 Conclusie

De algemene conclusie die men op basis van deze achtergrondstudie kan trekken is dat er geen aanwijzingen zijn dat de zorg in Nederland ten opzichte van andere landen weinig beschikbaar of moeilijk bereikbaar is. Ook zijn er geen aanwijzingen dat de zorg in Nederland ten opzichte van andere landen ongelijk gespreid is over het land. Wel zijn er aanwijzingen dat de instellingen ten opzichte van instellingen in andere landen relatief groot zijn. Voor de categorie instellingen 'verpleeghuizen' moet hierbij wel worden opgemerkt dat in deze studie de grootte van verpleeghuizen alleen met verpleeghuizen in de Verenigde Staten zijn vergeleken.

Hieronder volgen achtereenvolgens de conclusies voor ziekenhuizen, artsen en verpleeghuizen.

Ziekenhuizen

Nederland zit met 4,8 ziekenhuisbedden per 1000 inwoners dicht op het gemiddelde van 5,6 ziekenhuisbedden per 1000 inwoners van de OECD. De Nederlandse ziekenhuisbedden zijn zowel vanuit nationaal als internationaal perspectief zeer gelijkmatig over het land verspreid.

Kijken we naar het gemiddeld aantal bedden per ziekenhuis, dan zijn Nederlandse ziekenhuizen vanuit internationaal perspectief gezien relatief groot. Met een geschat aantal bedden van 478 per ziekenhuis laat Nederland, Zweden (256 bedden), Duitsland (243 bedden) en Frankrijk (145 bedden) ver achter zich.

Nederlanders vinden de ziekenhuizen in meerderheid (80%) gemakkelijk bereikbaar. Desgevraagd geeft 7% echter aan de afgelopen 12 maanden wel ziekenhuiszorg nodig gehad te hebben, maar daar om redenen van beschikbaarheid en bereikbaarheid geen gebruik van gemaakt te hebben. In de hele Europese Unie geeft 8% aan dat dit het geval is geweest.

Artsen

Nederland zit met ruim 3,7 arts per duizend inwoners boven het gemiddelde van de OECD. Het gemiddelde in de hele OECD is 3,0. In het geval van Nederland moet daarbij wel worden opgemerkt dat Nederland het aantal praktiserende én niet praktiserende artsen meetelt. Er is dus sprake van een onderschatting. Net als bij de ziekenhuizen zijn huisartsen en medisch specialisten zowel vanuit nationaal als internationaal perspectief zeer gelijkmatig over Nederland gespreid.

Nederlanders vinden huisartsen in meerderheid (92%) gemakkelijk bereikbaar. Medisch specialisten vindt men moeilijker bereikbaar (66%). Beide percentages zijn echter hoger dan de Europese gemiddelden, die op respectievelijk 88% en 62% lagen.

Desgevraagd geeft 12% van de Nederlanders aan de afgelopen 12 maanden wel huisartsenzorg nodig gehad te hebben, maar daar om redenen van beschikbaarheid en bereikbaarheid geen gebruik van gemaakt te hebben. In de hele Europese Unie geeft 14% aan dat dit het geval is geweest. Voor medisch specialistische zorg was dit percentage 7% in Nederland en 9% in de hele Unie. Interessant is dat de percentages bij de huisartsen hoger zijn dan de percentages bij de medisch specialisten. Dit duidt waarschijnlijk op verschillende percepties van de bereikbaarheid van deze twee groepen professionals. De percentages bij de medisch specialisten komen overigens wel weer bijna overeen met de cijfers bij de ziekenhuizen.

Verpleeghuizen

Nederland heeft in internationaal perspectief relatief weinig bedden voor langdurige zorg in ziekenhuizen en verpleeghuizen per 1000 inwoners van 65 jaar en ouder. In Nederland zijn ongeveer 27 bedden voor langdurige zorg in ziekenhuizen en verpleeghuizen per 1000 inwoners van 65 jaar en ouder beschikbaar. Het gemiddelde in de OECD is 41 bedden. Dit komt voor een belangrijk deel, doordat de in de internationale statistiek verzorgingshuizen niet worden meegeteld. Helaas zijn geen internationale vergelijkende studies gevonden over de spreiding van verpleeghuizen.

Op basis van deze achtergrondstudie is alleen iets te zeggen over de grootte van Nederlandse verpleeghuizen in vergelijking met Amerikaanse verpleeghuizen. In internationale databestanden wordt namelijk niet de grootte van instellingen geregistreerd. Nederland heeft in 2004 ongeveer 189 bedden per instelling. In Amerika staan in een gemiddeld verpleeghuis ongeveer 107 bedden. In vergelijking met Amerika zijn Nederlandse verpleeghuizen dus groot.

Nederlanders vinden het moeilijk om een oordeel te geven over de bereikbaarheid van verpleeghuizen. 36% kan desgevraagd geen oordeel geven. Nederlanders die wel een oordeel geven zijn vaker positief dan negatief over de bereikbaarheid van verpleeghuizen (36% tegen 28%). Dit komt ongeveer overeen met het Europese gemiddelde (39% tegen 28%).

Noten

- ¹ Noord-Nederland, Oost-Nederland, West-Nederland en Zuid-Nederland. De indeling van andere landen is te vinden in bijlage 1.
- ² Voor een verdere uitleg zie het hoofdstuk 'Source and methodology' van de OECD-publicatie 'Regions at a 2'.
- ³ Data uit 2004: Australië, Canada, Denemarken, Griekenland, Nederland en Spanje.
Missende OECD-landen: Zweden, Nieuw Zeeland, IJsland
- ⁴ Meer specifiek: de categorie 'number of acute care hospital beds' is gedeeld door de categorie 'number of acute (short-stay) hospitals'.
- ⁵ Dat wil zeggen: 2005 of 2006. Uitzonderingen Frankrijk: 2002, Noorwegen: 2000 en Zweden: 2003.
- ⁶ Formule = HFA-DB indicator 5061 'number of acute care hospital beds' / HFA-DB indicator 5021 'number of acute (short stay) hospitals'.
- ⁷ Het gaat om zogenaamde community hospitals: 'Community hospitals are nonfederal short-term general and special hospitals whose facilities and services are available to the public'. In 2005 was ongeveer 86% van de ziekenhuizen een community hospital.
- ⁸ Voorzichtigheid bij de interpretatie van deze cijfers is geboden, omdat ze niet gecorrigeerd zijn voor daadwerkelijk gebruik van de voorziening.
- ⁹ De precieze vraagstelling was: 'QA6a. During the last twelve months have you ever needed any of the following types of care, but had to do without them because they were not available or not easily accessible? Please tell me all that apply. (MULTIPLE ANSWERS POSSIBLE).'
- ¹⁰ In de OECD-studie 'Regions at a Glance 2007' staat ook informatie over de spreiding van verpleegkundigen. Deze informatie wordt in deze achtergrondstudie niet gebruikt.
- ¹¹ Artsen: praktiserende artsen, huisartsen en medisch-specialisten in zowel publieke als private instituten.
- ¹² Data voor Spanje is inclusief tandartsen en stomatologen
Data voor Ierland, Nederland, Nieuw Zeeland en Portugal inclusief niet-praktiserende artsen.
- ¹³ Voorzichtigheid bij de interpretatie van deze cijfers is geboden, omdat ze niet gecorrigeerd zijn voor daadwerkelijk gebruik van de voorziening.
- ¹⁴ ⁱ Informatie over het aantal bedden voor langdurige zorg in ziekenhuizen is niet beschikbaar voor Australië, Denemarken, Noorwegen en Zwitserland.
ⁱⁱ In IJsland is het aantal langdurige bedden in ziekenhuizen exclusief bedden in geriatrie-eenheden. Het aantal bedden in geriatrie-eenheden is de afgelopen jaren gestegen.

- iii Het gemiddelde voor de OECD is exclusief de landen die geen complete data hebben aangeleverd.
 - iv Informatie voor Denemarken is exclusief het aantal bedden in residentiële voorzieningen voor ouderen die zijn gericht op mensen met milde beperkingen. Het aantal bedden in deze voorzieningen is echter sterk gestegen de afgelopen jaren.
 - v De OECD telt verzorgingshuizen niet mee in deze statistiek. Verzorgingshuizen vallen binnen de definities van de OECD onder de sociale zekerheid. Bedden in Nederlandse verzorgingshuizen zijn dus niet meegerekend.
- ¹⁴ Voorzichtigheid bij de interpretatie van deze cijfers is geboden, omdat ze niet gecorrigeerd zijn voor daadwerkelijk gebruik van de voorziening. Opvallend is dat de categorie DK (Don't know) aanmerkelijk vaker voorkomt bij verpleeghuizen en thuiszorg dan bij artsen en ziekenhuizen.
- ¹⁵ DK = Don't know = Weet niet.

Literatuur

CDC/NCHS, National Nursing Home Survey

Centraal Bureau voor de Statistiek, Voorburg/Heerlen 2008-02-2.

Deuning CM (RIVM). Beddencapaciteit ziekenhuis 2006. In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationale Atlas Volksgezondheid.

Bilthoven: RIVM, <<http://www.zorgatlas.nl>> Zorg\ Ziekenhuiszorg\ Algemene en academische ziekenhuizen\ Aanbod, 19 december 2006.

Europese Commissie, Health and long-term care in the European Union; Special Eurobarometer 283/ Wave 67.3 – TNS Opinion & Social, 2007.

European health for all database (HFA-DB), Kopenhagen, 2007 (<http://www.euro.who.int/hfadb>).

National Center for Health Statistics, Health, United States, 2007; With Chartbook on Trends in the Health of Americans Hyattsville, MD: 2007.

OECD, Health at a Glance 2007: OECD indicators, Parijs, 2007c.

OECD, Health data 2007; update oktober 2007, Parijs, 2007a.

OECD, Regions at a Glance 2007, Parijs, 2007b.

OECD, Society at a Glance 2007, Parijs, 2007c.

World Health Organization, Regional Office for Europe.

Bijlage 1 – Territoriale indeling OECD

	Territorial Level 2 (TL2)	Non Official Grid (NOG)	Territorial Level 3 (TL3)
Australia	States/Territories (8)	LFS, Dissemination regions (30)	Statistical divisions (58)
Austria	Bundesländer (9)	-	Gruppen von Politischen Bezirken (35)
Belgium	Régions (3)	-	Provinces (11)
Canada	Provinces/Territories (12)	LFS, Economic areas (71)	Census divisions (288)
Czech Republic	Oblasti (8)	-	Kraje (14)
Denmark	Regions (3)	-	Amter (15)
Finland	Suurlaheet/Storområden (5)	-	Maakunat/Landskap (28)
France	Régions (22)	-	Départements (96)
Germany	Länder (16)	-	Spatial planning regions (groups of Kreise) (97)
Greece	Groups of Development regions (4)	-	Periferies (13)
Hungary	Tervezési-statisztikai régiók (7)	-	Megyeik + Budapest (20)
Iceland	Regions (2)	-	landsvæi (9)
Ireland	Regions (2)	-	Regional Authority Regions (8)
Italy	Regioni (21)	-	Province (103)
Japan	Districts (10)	-	Prefectures (47)
Korea	Provinces (7)	-	Provinces + metropolitan cities (16)
Luxembourg	State (1)	-	State (1)
Mexico	Estados (32)	-	Groups of municipios (209)
Netherlands	Landsteden (4)	-	Provinces (12)
New Zealand	Northern and southern Island (2)	-	Regional Councils (14)
Norway	Landstæder (7)	-	Fylker (19)
Poland	Województwa (16)	-	Podregiony (45)
Portugal	Comissões de coordenação regional + Regiões autónomas (7)	-	Grupos de Concelhos (30)
Slovak Republic	Oblasti (4)	-	Kraje (8)
Spain	Comunidades y ciudades autónomas (19)	-	Provincias + Ceuta y Melilla (52)
Sweden	Riksområden (5)	-	Län (21)
Switzerland	Grossregionen/Grandes régions/Grandi Regioni (7)	-	Kantone/Cantons/Cantieri (26)
Turkey	Alt Bölgelei (26)	-	İller (81)
United Kingdom	Government Office Regions; Country (12)	-	Upper tier authorities or groups of lower tier authorities (unitary authorities or districts) (133)
United States	States (51)	-	(BEA) Economic Areas (179)

Bron: OECD, 2007b.

Schaal en zorg

**Een inventariserend onderzoek naar de relatie tussen schaal,
bereikbaarheid, kwaliteit en doelmatigheid in de zorg**

Instituut voor Publieke Sector Efficiëntie Studies
Technische Universiteit Delft

Jos Blank
Carla Haelermans
Patrick Koot
Olga van Putten-Rademaker



Inhoudsopgave

1	Inleiding	59
1.1	Achtergrond	59
1.2	Onderzoeksopdracht en onderzoeksvragen	59
1.3	Onderzoeksaanpak	60
2	Conceptueel kader	62
2.1	Inleiding	62
2.2	De begrippen schaal en diversiteit	62
2.3	Schaal, diversiteit en doelmatigheid	63
2.4	Schaal, marktmacht en regulering	66
2.5	Schaal en kwaliteit	67
2.6	Schaal en bereikbaarheid	67
2.7	Schaal en innovatiekracht	69
2.8	Institutionele omgeving en schaal	69
2.9	Beschouwing	70
3	Internationaal onderzoek	72
3.1	Inleiding	72
3.2	Schaal, diversiteit en doelmatigheid	72
3.3	Schaal, marktmacht en regulering	76
3.4	Schaal en kwaliteit	77
3.5	Schaal en bereikbaarheid	78
3.6	Schaal en innovatiekracht	80
4	Het actuele zorgaanbod	81
4.1	Inleiding	81
4.2	Ziekenhuizen	81
4.3	GGZ instellingen en afdelingen	88
4.4	Instellingen voor verstandelijk gehandicapten	92
4.5	Verpleeghuizen	94
4.6	Verzorgingshuizen	95
4.7	Huisartsenpraktijken	96
5	Ontwikkelingen in de tijd	98
5.1	Inleiding	98
5.2	Ziekenhuizen	98
5.3	Intramurale GGZ-instellingen	101
5.4	Instellingen voor verstandelijk gehandicapten	104
5.5	Verpleeghuizen	106
5.6	Verzorgingshuizen	108
5.7	Huisartsenpraktijken	110
5.8	Bereikbaarheid ziekenhuizen en huisartsen vergeleken	112

6	Conclusies	114
6.1	Beschouwingen over schaal	114
6.2	Empirische kennis over schaal en bereikbaarheid	115
6.3	Actueel zorgaanbod	116
6.4	Ontwikkelingen in de tijd	117
6.5	Nader onderzoek	120
6.6	Slotconclusies	120
	Bijlage bij hoofdstuk 2	124
	Bijlage bij hoofdstuk 5	126
	Begrippenlijst	130
	Referenties	135

Voorwoord

De laatste decennia is sprake geweest van een aanzienlijke schaalvergroting in de zorg. Tussen 1985 en 2005 is het aantal ziekenhuizen bijvoorbeeld gedaald van 160 naar een kleine 100 en verdubbelde de gemiddelde schaal van de ziekenhuizen. De mogelijke gevolgen hiervan voor de kwaliteit, de bereikbaarheid en de doelmatigheid van de zorg zijn niet altijd even eenduidig. De Tweede Kamer heeft de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) dan ook gevraagd om de mogelijkheid van een adequaat toetsingskader voor fusies in de zorg te onderzoeken, waarin het belang van bereikbaarheid, kwaliteit en doelmatigheid een rol speelt.

De minister van VWS heeft de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ) vervolgens verzocht een onderzoek naar de genoemde problematiek uit te voeren. De RVZ heeft op zijn beurt het Instituut voor Publieke Sector Efficiëntie Studies (IPSE Studies) van de Technische Universiteit Delft een opdracht verstrekt om een deel van de onderzoeksactiviteiten voor zijn rekening te nemen. Dit rapport is een weergave van de resultaten van dit onderzoek. In het rapport komen verschillende noties over schaal en de gevolgen hiervan aan de orde. Ook wordt een beeld geschetst van de actuele situatie en een aantal historische ontwikkelingen.

Bij de totstandkoming van het rapport hebben we van verschillende kanten hulp ontvangen. Daarom willen graag de volgende mensen bedanken voor hun assistentie bij de verwerving van gegevens: Henriette Giesbers en Cindy Deuning (RIVM), Evelien Eggink (SCP), Jiska van den Hoek en Wendy de Bakker (GGZ Nederland) en een aantal specialisten bij de Infoservice van het CBS. Verder ontvingen we aanvullende achtergrondinformatie en waardevol commentaar op onze stukken van onze collega's van de RVZ. Graag willen we in dit verband Pieter Vos (algemeen secretaris), Marina de Lint (senior adviseur) en Gerben Brummelman (adviseur) hartelijk danken voor hun inbreng en de plezierige samenwerking. Verder voorzag ook Margrietha Wats (De Galan Groep) ons nog van een aantal waardevolle suggesties.

Verder wil ik graag nog Laura de Groot-Charité en Pierre Koning bedanken voor het tegenlezen, het verwerken van literatuur, het redigeren en layouten.

Jos Blank

Schaal en zorg: feiten en cijfers

Weet u dat ...

- Nederlandse ziekenhuizen tot de grootste ter wereld behoren?
- veel Nederlandse ziekenhuizen groter zijn dan wat volgens internationaal onderzoek uit oogpunt van kosten optimaal is?
- 74,3 procent van de Nederlandse bevolking binnen 10 minuten bij het dichtstbijzijnde ziekenhuis kan zijn met de auto?
- 99,7 procent van de Nederlandse bevolking binnen het halfuur bij het dichtstbijzijnde ziekenhuis kan zijn met de auto?
- 90 procent van de opnamen in een ziekenhuis plaats heeft bij een van de elf hoofdspecialismen, die in alle ziekenhuizen aanwezig zijn?
- een verdergaande integratie van ziekenhuizen, het sluiten van ziekenhuislocaties of het specialiseren binnen ziekenhuislocaties de bereikbaarheid substantieel verslechtert?
- het aantal buitenpoli's groeit en de bereikbaarheid hiervan dus toeneemt?
- de meeste huisartsen in Nederland binnen een paar minuten te bereiken zijn?
- het aantal huisartsen in de laatste 20 jaar fors is toegenomen en het aantal huisartsenpraktijken licht is gedaald (-8%)?
- verdergaande integratie van huisartsenpraktijken voorlopig geen grote gevolgen voor de bereikbaarheid heeft?
- een grotere reisafstand naar een ziekenhuis, volgens veel internationaal onderzoek, leidt tot een afname van het beroep op een ziekenhuis en een toename van huisartsenbezoek?
- een grotere reisafstand naar een ziekenhuis, volgens onderzoek, vooral de laagste sociaaleconomische klassen en ouderen raakt?
- een grotere reisafstand naar een ziekenhuis, volgens sommig Amerikaans onderzoek, zonder aanpassingen in overige acute carevoorzieningen (bijvoorbeeld ambulancedienst) de sterftecijfers bij slachtoffers van ongevallen en mensen met een hartinfarct doet toenemen?
- een grotere reisafstand naar de eerstelijnszorg, volgens onderzoek, de vraag naar deze zorg vermindert?
- er in Nederland 340 verpleeghuizen en ruim 1.300 verzorgingshuizen zijn?
- de bereikbaarheid van verpleeghuiszorg steeds verder verbeterd doordat steeds meer verzorgingshuizen ook verpleeghuiszorg gaan aanbieden?
- in 280 van de 480 gemeenten in Nederland geen verpleeghuis is en in 145 gemeenten één verpleeghuis is?
- de gemiddelde reisafstand naar een verpleeghuis in 2005 ongeveer 2,9 kilometer bedraagt?
- in de afgelopen twintig jaar het aantal instellingen met verpleeghuiszorg is toegenomen en de bereikbaarheid dus is verbeterd?

- in 37 gemeenten in Nederland geen verzorgingshuis is en in 160 gemeenten één verzorgingshuis?
- volgens verschillende onderzoeken de optimale schaal van een verpleeghuis ligt tussen de 100 en 200 bedden?
- een groot deel van de Nederlandse verpleeghuizen boven deze optimale schaal opereert?
- er uit oogpunt van kosten bij een aantal kleine verzorgingshuizen waarschijnlijk nog schaalvoordelen zijn te realiseren?
- de gemiddelde reisafstand naar een verzorgingshuis in 2007 ongeveer 1,6 kilometer bedraagt?

1 Inleiding

1.1 Achtergrond

De laatste decennia is sprake geweest van schaalvergroting in het aanbod van zorgvoorzieningen. Met name in de ziekenhuissector is deze schaalvergroting aanzienlijk te noemen. Tussen 1985 en 2005 is het aantal ziekenhuizen bijvoorbeeld gedaald van 160 naar minder dan 100. De gemiddelde schaal van ziekenhuizen, uitgedrukt in voltijdbanen, steeg in die periode van bijna 800 naar bijna 1.800.

De mogelijke gevolgen hiervan voor de kwaliteit, de bereikbaarheid en de doelmatigheid van de zorg zijn niet altijd even duidelijk. De vergaande schaalvergroting in de zorg heeft bij de Tweede Kamer dan ook tot enige ongerustheid geleid. In twee moties (Tweede Kamer 2007b; Tweede Kamer 2007a) heeft de Tweede Kamer de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) gevraagd om een adequaat toetsingskader voor fusie in de zorg, waarin ook het belang van bereikbaarheid, diversiteit, kwaliteit en keuzevrijheid een rol speelt. Deze zorg werd overigens al in 2001 geuit door de Samenwerking van Algemene Ziekenhuizen (Medilex 2001; Meloen et al. 2000).

Om meer inzicht te krijgen in de gevolgen van de vele fusies tussen zorginstellingen heeft de minister van VWS de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ) vervolgens verzocht een onderzoek naar de genoemde problematiek uit te voeren. De RVZ heeft op zijn beurt het Instituut voor Publieke Sector Efficiëntie Studies (IPSE Studies) van de Technische Universiteit Delft een opdracht verstrekt om een deel van de onderzoeksactiviteiten voor zijn rekening te nemen. Dit rapport is een weergave van de resultaten van dit onderzoek.

1.2 Onderzoeksopdracht en onderzoeksvragen

De onderzoeksopdracht bestaat uit het kwantificeren van het zorgaanbod in Nederland en het inventariseren van beschikbare theoretische en empirische kennis. Bij het kwantificeren gaat het vooral om het cijfermatig in beeld brengen van de bestaande situatie en de historische ontwikkelingen in het aanbod van zorg. De inventarisatie richt zich vooral op wat bekend is in de internationale literatuur over de relatie tussen schaal, kwaliteit, bereikbaarheid en doelmatigheid in de zorg.

De volgende onderzoeksvragen komen in dit rapport aan de orde:

- Wat is het conceptuele of theoretische kader waarbinnen het vraagstuk over schaal zich afspeelt?

- Welke empirische inzichten bestaan er over de relatie tussen schaal, kwaliteit, bereikbaarheid en doelmatigheid?
- Hoe ziet het Nederlandse zorgaanbod er uit, in termen van bereikbaarheid, kwaliteit en doelmatigheid?
- Hoe heeft het Nederlandse zorgaanbod zich ontwikkeld in de laatste 20 jaar, in termen van bereikbaarheid, kwaliteit en doelmatigheid?

Bij de empirische vragen richt het onderzoek zich op zorgvoorzieningen, waarbij het aspect van de bereikbaarheid direct relevant is. Het gaat dan om ziekenhuizen, instellingen voor intramurale geestelijke gezondheidszorg en instellingen voor intramurale verstandelijke gehandicapten, verpleeghuizen, verzorgingshuizen en huisartsen. In voorzieningen zoals de thuiszorg speelt de bereikbaarheid van de instelling een ondergeschikte rol. Dergelijke voorzieningen zijn dan ook niet in de analyses opgenomen.

1.3 Onderzoeksaanpak

Het onderzoek bestaat uit vier onderdelen:

- schets conceptueel kader;
- literatuurstudie;
- dwarsdoorsnede-beschrijving;
- longitudinale beschrijving.

Hoofdstuk 2 beschrijft het economische kader, met de daarbij behorende begrippen en relaties. Hier worden begrippen geïntroduceerd als economies of scale, economies of scope, kwaliteit, ongewenste productie (zoals sterfte of heropnamen), technologische vooruitgang en substitutie (van producten en ingezette middelen). Het theoretische kader heeft betrekking op gedragshypothese (kostenminimalisatie), marktwerking, regulering, principal agent verhoudingen en transactiekosten. Deze theorieën maken inzichtelijk welke uitruil er is tussen de verschillende variabelen en welke spanningen er bestaan tussen doelstellingen en realisaties.

Het literatuuronderzoek (hoofdstuk 3) geeft een opsomming van de belangrijkste resultaten van wetenschappelijk onderzoek in het buitenland. Hiermee ontstaat een beeld over wat de optimale schaal van instellingen is, hoe patiënten/cliënten reageren op bereikbaarheid en de relatie tussen schaal en kwaliteit. In het bijzonder richt de aandacht zich ook op effecten van eigendomsverhoudingen (publiek/privaat), het al dan niet hebben van een winstoogmerk en marktverhoudingen. De presentatie van de resultaten van de empirische literatuur sluit aan bij het theoretische kader uit hoofdstuk 2.

De dwarsdoorsnede beschrijving (hoofdstuk 4) bestaat uit een analyse van de uitgebreide informatie die door het RIVM in zijn Zorgatlas wordt

gepresenteerd. Deze Zorgatlas omvat een aantal landkaarten van Nederland met kleurenaanduiding waaruit blijkt waar instellingen voorkomen, hoe groot deze instellingen zijn en wat de gemiddelde reisafstand is tot de instellingen. De duiding en analyse van de informatie door het RIVM heeft betrekking op de geanalyseerde (deel-)sector. In de beschrijving hier gaan we een stap verder door expliciet een koppeling leggen tussen de verschillende kaarten, bijvoorbeeld door bij ziekenhuizen niet alleen naar alle locaties te kijken, maar ook naar de beschikbaarheid van verschillende specialismen. Ook leggen we een koppeling tussen de bereikbaarheid van ziekenhuizen en huisartsenpraktijken.

De longitudinale beschrijving van de zorgsector (hoofdstuk 5) omvat de presentatie van een aantal tijdreeksen met eenvoudige (macro) kengetallen over de periode 1985-2005 en waar mogelijk 2006 en 2007. Kengetallen hebben betrekking op het aantal instellingen in een bepaalde voorziening, de gemiddelde schaal en een indicatie voor de gemiddelde reisafstand naar de dichtstbijzijnde instelling.

De mate van detaillering tussen de longitudinale en de dwarsdoorsnede-analyses verschilt sterk. Niettemin schenken we ook aandacht aan de mate van consistentie tussen beide analyses.

Uiteindelijk dienen de verschillende onderdelen in het onderzoek te leiden tot een beschouwing over de situatie in Nederland. Hoofdstuk 6 omvat de belangrijkste conclusies en geeft een beoordeling op het basis van het onderzochte materiaal.

2 Conceptueel kader

2.1 Inleiding

Dit hoofdstuk bevat de beschrijving van een conceptueel kader. Hierin beschrijven we een aantal definities en theoretische noties. Dit kader dient vooral om structuur en interpretatie te geven aan de bespreking van de belangrijkste uitkomsten uit de literatuur, de beschrijving van de actuele situatie en de beschrijving van de ontwikkelingen in de zorgsector in de tijd. Het vertrekpunt daarbij is steeds het begrip schaal. Dit is een goed vertrekpunt om de gevolgen van fusies goed te begrijpen. Voor een vergelijkbare uiteenzetting die uitsluitend gericht is op ziekenhuizen, verwijzen we naar KPMG (2003) en RVZ (2003). Deze studies bevatten beide wat meer specifieke argumenten over ziekenhuizen.

2.2 De begrippen schaal en diversiteit

In de literatuur verwijst schaal naar de omvang van een instelling, dikwijls gerepresenteerd door de totale kosten, de totale inzet van personeel of de productieomvang (bijvoorbeeld via omzet). Diversificatie duidt op de verscheidenheid aan aangeboden producten of diensten door een instelling. De meting van diversificatie geschiedt aan de hand van de omvang van de verschillende producten of diensten (bijvoorbeeld gemeten met de omzet per product).

Overigens is niet altijd duidelijk aan welke entiteit schaal gekoppeld dient te worden. Dikwijls kiest men daarvoor een juridische entiteit, maar voor de analyses is dit niet altijd de meest voor de hand liggende eenheid. Daar waar bereikbaarheid een rol speelt ligt het bijvoorbeeld meer voor de hand geografische locaties als entiteit te benoemen. Op dit aspect zullen wij bij de verschillende onderdelen dan ook nog terugkomen. Voor economen is vooral het niveau van de besluitvorming van belang. Als bijvoorbeeld sprake is van een grote instelling, maar de besluitvorming over de bedrijfsvoering heeft volkomen decentraal plaats, dan leidt dit dikwijls tot een andere doelmatigheid dan bij centrale besluitvorming.

Schaal wordt in theoretische analyses dikwijls als een statisch begrip gehanteerd. In de praktijk zijn instellingen echter permanent onderhevig aan veranderingen. Door bijvoorbeeld uitbreiding of krimp van de vraag, fusies en sluitingen en toetredingen van andere instellingen verandert de schaal en de diversiteit van de productie. Instellingen die met een dergelijke transitie te maken hebben gedragen zich afwijkend van andere qua grootte vergelijkbare instellingen. Op korte termijn zullen er (hoge) aanpassingskosten nodig zijn en worden schaalvoordelen

niet direct gematerialiseerd. Bij een fusie zal de sluiting van één van de locaties misschien pas op termijn plaats hebben.

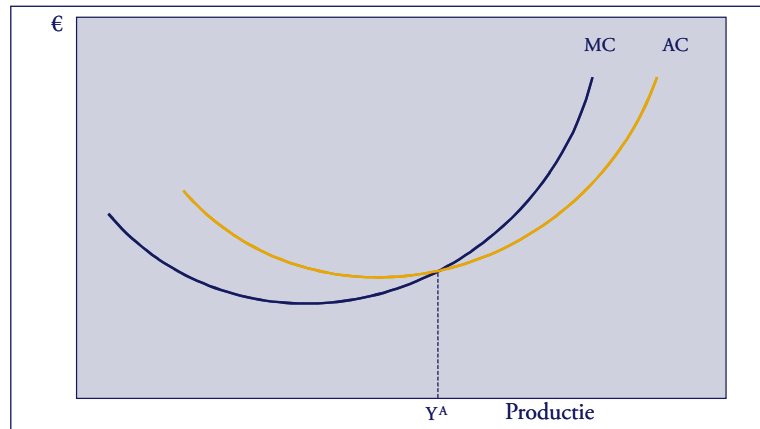
Een andere vorm van dynamiek treedt op doordat instellingen anticiperen op de gevolgen van schaal en hier rekening mee houden bij het ontwikkelen van strategieën. In de volgende paragrafen wordt op een aantal gevolgen hiervan ingegaan. Samenvattend, de schaal van een instelling heeft een aantal gevolgen, die op zich aanleiding zijn om de schaal als onderdeel van de bedrijfsstrategie te hanteren.

2.3 Schaal, diversiteit en doelmatigheid

De relatie tussen schaal en doelmatigheid staat bekend als schaalearde. Schaalvoor- of -nadelen ((dis)economies of scale) geven aan of een instelling efficiënter kan werken door voor een grotere schaal te kiezen (schaalvoordelen) of juist voor een kleinere schaal (schaalnadelen). Voor een uitgebreidere beschrijving zie Blank en van Hulst (2005b). Kleine instellingen hebben dikwijls te maken met schaalvoordelen, door de mogelijkheid van een betere arbeidsverdeling bij schaaltoename of door een betere benutting van kapitaal. Kleine instellingen ontberen echter vaak de mogelijkheid om kwantumkortingen en dergelijke te bedingen bij inkoop. Grote instellingen hebben daarentegen dikwijls te maken met schaalnadelen, mogelijk door vergaande bureaucrativering.

Tussen deze twee uitersten is meestal sprake van een optimale schaal, waarbij maximaal wordt geprofiteerd van arbeidsverdeling zonder al te ver doorgevoerde bureaucratie. Het een en ander leidt tot de alom bekende weergave van de gemiddelde en marginale kosten zoals bekend uit de micro-economie (figuur 2.1). Op de horizontale as van de figuur staat de omvang van de productie, op de verticale as de kosten. Er zijn twee curven getekend. De ene curve beschrijft de ontwikkeling van de gemiddelde kosten (AC) bij oplopende productie. De tweede curve geeft de ontwikkeling van de marginale kosten weer. De marginale kosten (MC) zijn de extra kosten die gemoeid zijn met de productie van de eerstvolgende eenheid.

Figuur 2.1 Marginale kosten en gemiddelde kosten



De gemiddelde kosten vertonen een zogenoemde U-curve. Eerst leidt schaalvergroting tot dalende gemiddelde kosten, totdat een optimumpunt is bereikt; voorbij dit punt leidt schaalvergroting tot stijgende gemiddelde kosten. Links van het optimumpunt is dus sprake van schaalvoordelen, rechts van dit punt van schaalnadelen.

Ook de marginale kosten vertonen een U-curve. De plaats van deze U-curve is wel anders. De marginale kostencurve begint op een lager productieniveau namelijk alweer te stijgen en snijdt vervolgens de gemiddelde kostencurve precies in het minimum. Dit is logisch, omdat de gemiddelde kosten rechtstreeks zijn af te leiden uit de marginale kosten. Zolang de marginale kosten van een eenheid product lager zijn dan de gemiddelde kosten dalen de gemiddelde kosten bij een toenemende productie. Er is dan sprake van schaalvoordelen. Als de marginale kosten daarentegen hoger zijn dan de gemiddelde kosten stijgen de gemiddelde kosten. Er is dan sprake van schaalnadelen. Op het moment dat marginale kosten en gemiddelde kosten aan elkaar gelijk zijn, blijven de gemiddelde kosten ook gelijk. Dat is het optimumpunt. We spraken dan van schaalneutraliteit.

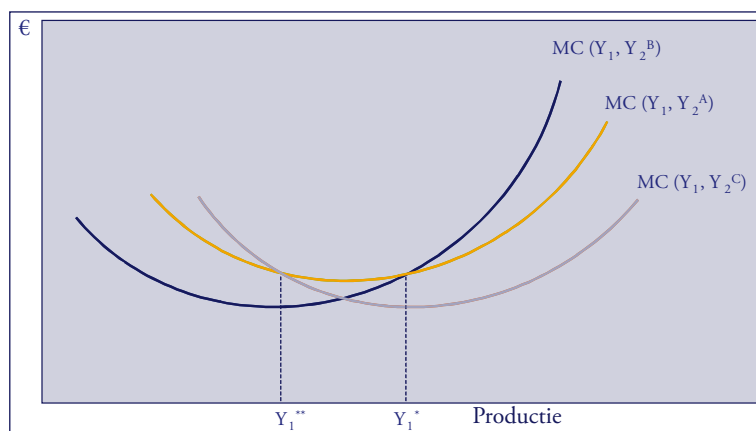
Overigens is het niet altijd zo dat de gemiddelde kostencurve een U-vorm aanneemt. In sommige situaties dalen de gemiddelde kosten tot een bepaald punt, waarna deze nagenoeg constant blijven. We spreken dan van een L-vorm. Ook het omgekeerde komt voor, waarbij vanaf een bepaald punt de gemiddelde kosten alleen maar blijven stijgen.

Verder blijkt in de empirische praktijk dat het optimumpunt niet altijd duidelijk aan te wijzen is. Veel eerder is sprake van een optimumtraject. Het optimumpunt kan bijvoorbeeld samenhangen met bepaalde omgevingskenmerken of de casemix. Zo is het denkbaar dat in ziekenhuizen de optimale schaal samenhangt met de zorgzwaarte van de patiënten of de kwaliteit van de gebouwen. De optimale schaal verandert ook door de

tijd heen. Door technologische ontwikkelingen kan de optimale schaal bijvoorbeeld opschuiven naar een hoger productieniveau.

Het begrip diversificatie-effecten of economies of scope heeft betrekking op de kostengevolgen van het gelijktijdig produceren van meer dan één product. Het diversificatie-effect is positief wanneer een toename in de productie van product A leidt tot een daling van de marginale kosten van product B. Gecombineerde productie van beide producten leidt dan dus tot kostenvoordelen. Omgekeerd, wanneer de marginale kosten van product B stijgen bij extra productie van product A, is er sprake van een negatief diversificatie-effect. In die situatie loont het dus beide producten afzonderlijk te produceren (specialisatie). We spreken dan van diseconomies of scope. Het een en ander is weergegeven in figuur 2.2. Deze figuur gaat uit van twee producten, Y1 en Y2. In de uitgangssituatie wordt Y2A geproduceerd van goed 2. De groene lijn geeft in deze situatie de extra kosten weer van de productie van een extra eenheid van Y1 (zie ook figuur 2.1), ofwel de marginale kosten van Y1, gegeven het productieniveau Y2A van goed 2. Stel nu dat de productie van goed Y2 wordt verhoogd naar Y2B, dan veranderen de marginale kosten van Y1. Deze worden weergegeven door de blauwe lijn. Voor een deel ligt de blauwe lijn onder de oorspronkelijke groene lijn. Voor dit gedeelte (tot aan Y1*) gelden dan economies of scope. Voorbij het punt Y1* liggen de marginale kosten juist boven de oorspronkelijke kosten. Hier gelden dus diseconomies of scope. Het omgekeerde is uiteraard ook mogelijk, weergegeven met de rode lijn. Tot aan punt Y1** is er dan sprake van diseconomies of scope. Na dit punt is er sprake van economies of scope.

Figuur 2.2 Diversificatie-effecten (economies of scope)



Bij de theoretische uiteenzettingen over schaal wordt impliciet aangenomen dat de dienstverlening van eenzelfde kwaliteit is. In een doorsnee productmarkt is dit ook geen probleem. Wanneer soortgelijke producten in kwaliteit verschillen, kunnen ze namelijk als afzonderlijke producten

worden opgevat, die ook in prijs van elkaar verschillen. In de zorg is deze weg niet begaanbaar (zie § 2.5).

2.4 Schaal, marktmacht en regulering

Een grote schaal impliceert dikwijls ook meer marktmacht, afhankelijk van de bevolkingsdichtheid. Een grote instelling in een dunbevolkt gebied heeft automatisch een grote marktmacht. Deze marktmacht kan zich zowel op de factormarkt (arbeidsmarkt) als op productmarkt (afzetmarkt) manifesteren.

Op de arbeidsmarkt voor verplegend en medisch personeel zal een instelling doorgaans zijn marktmacht niet kunnen effectueren. De mobiliteit van personeel is daarvoor waarschijnlijk te groot, zowel in geografische als in sectorale zin.

Op de productmarkt hangt de marktmacht sterk samen met de bereidheid van patiënten/cliënten te willen reizen. Als deze bereidheid beperkt is kan de instelling zijn marktmacht te gelde maken. Er is dan sprake van een kleine geografische markt. Bij de doelstelling over de gewenste schaal van de instelling zal het management zich laten leiden door de afweging tussen de extra opbrengsten (door hoge prijzen) en de marginale kosten van extra productie. Zolang bijvoorbeeld een ziekenhuis schaalvoordelen weet te realiseren in combinatie met meer marktmacht zal het ziekenhuis schaalvergroting nastreven. Stuit het ziekenhuis echter op schaalnadelen, dan heeft schaalvergroting geen zin meer. De marginale kosten zijn dan hoger dan de marginale opbrengsten.

Het bovenstaande geldt overigens alleen in een situatie van een volledig vrije markt. Als er sprake is van gereguleerde prijzen en productie, dan heeft marktmacht weinig betekenis. Dit betekent echter niet dat in alle vormen van regulering geen prikkels tot schaalvergroting- of verkleining besloten liggen. Zo bevatte in het verleden de functiegerichte budgettering een sterke prikkel tot schaalvergroting, omdat de waarden van de budgetparameters opliepen met de grootte van een instelling (de zogenoemde fusiebonus, zie Tweede Kamer (2003)). De vele fusies van ziekenhuizen zijn voor een belangrijk deel hieruit te verklaren.

Ook andere vormen van regulering kunnen bovengenoemde economische rationaliteit in de weg staan. Zo beperkte de tot voor kort bestaande capaciteitsregulering ziekenhuizen sterk in hun vrijheid fysieke capaciteiten uit te breiden of dwongen ziekenhuizen daarbij langdurige procedures te doorlopen.

2.5 Schaal en kwaliteit

In paragraaf 2.3 werd al opgemerkt dat de kwaliteit van zorg een extra dimensie aan de analyse geeft. In een markt met eenvoudig identificeerbare kwaliteitsverschillen tussen op elkaar gelijkende producten ontstaan verschillende deelmarkten met verschillende prijzen. In deze markten met zorgt de consument zelf (of via de consumentenorganisatie) voor druk op een uniforme kwaliteit. In de zorg is kwaliteit echter veel moeilijker te identificeren, omdat patiënten/cliënten dikwijls niet over voldoende informatie beschikken. Het effect van behandelingen is voor een belangrijk deel immers afhankelijk van factoren buiten de behandeling.

Een ander onderwerp van discussie is wat tot kwaliteit moet worden gerekend. Betreft het hier alleen de uitkomst van een medisch proces of gaat het ook over de bejegening of wachttijden? Bejegening als kwaliteitsdimensie speelt vooral een rol in delen van de zorg waar ondersteuning centraal staat.

Over de relatie tussen schaal en kwaliteit is in de literatuur weinig bekend. Bij sommige behandelingen wordt gesteld dat een ziekenhuis een voldoende aantal van deze behandelingen per jaar moet uitvoeren om een optimale kwaliteit te realiseren. Overigens is het ook hier weer belangrijk rekenschap te geven van de definitie van schaal. Als het gaat om de ervaring van de medicus dan is de schaal van het ziekenhuis op zich van geen betekenis. Wel stelt Groot (2008) in dit verband dat “grotere instellingen hun ondersteunende processen beter hebben georganiseerd en over betere kwaliteit personeel beschikken”. Volgens hem wijzen medici erop dat grotere ziekenhuizen betere behandelmethoden toepassen, relatief lagere sterftecijfers hebben en dat de kwaliteit van de medische staf er beter is.

Is het al lastig om in theoretische zin uitspraken over kwaliteit te doen, nog lastiger is het om kwaliteit te kwantificeren. Sommige auteurs (Ozcan 2005; Ozcan 2008) zijn dan ook van mening dat kwaliteit uitsluitend is af te meten aan het bestaan en naleven van medische - en zorgprotocollen. In andere gevallen wordt kwaliteit afgemeten aan de kwaliteit van de ingezette middelen, zoals de samenstelling van het verplegend personeel naar opleidingsniveau of de kosten van medische apparatuur. Dit zijn dus steeds indirecte maten voor kwaliteit met dikwijls een tautologisch karakter.

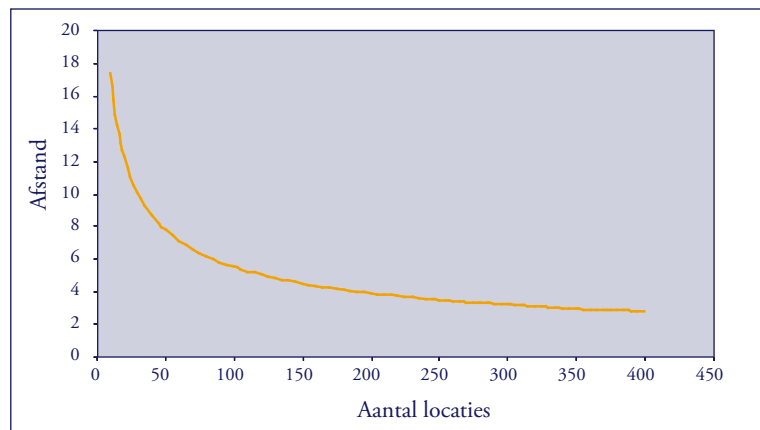
2.6 Schaal en bereikbaarheid

Bereikbaarheid hangt direct samen met het aantal instellingen in een gebied. Deze bepaalt samen met de bevolking de (gemiddelde) schaal van de instellingen in het gebied. Vanzelfsprekend wordt de bereikbaarheid mede bepaald door fysieke belemmeringen (waterwegen), de toegan-

kelijkheid van openbaar vervoer, het wegennet en verkeersdrukte. Daar waar de bereikbaarheid op basis van afstand goed is te noemen, kunnen dergelijke omgevingsfactoren een sterk negatief effect hebben.

Naarmate het aantal instellingen steeds verder afneemt wordt de invloed op de bereikbaarheid steeds groter. Figuur 2.3 illustreert deze (non-lineaire) relatie. Op basis van een aantal veronderstellingen is een ruwe benadering te geven van de relatie tussen aantal instellingen in een gebied en gemiddelde reisafstand (zie bijlage bij hoofdstuk 2). Op de horizontale as staat het aantal instellingen, op de verticale as de gemiddelde reisafstand. Als het aantal beschikbare instellingen gelijk is aan 10, dan is de gemiddelde reisafstand gelijk aan ruim 17 kilometer. Bij 100 instellingen is de gemiddelde reisafstand nog maar 5,5 kilometer. Bij 130 instellingen is de reisafstand 4,8 kilometer. Let wel: het gaat hier om een aantal tentatieve berekeningen. Voor een nadere toelichting zie de bijlage bij hoofdstuk 2.

Figuur 2.3 Relatie tussen aantal ziekenhuizen en gemiddelde reisafstand



Bij de beoordeling van bereikbaarheid speelt niet alleen schaal, maar ook diversiteit een belangrijke rol. Een groot aantal sterk gespecialiseerde ziekenhuizen betekent immers ook een vermindering van het aantal geschikte locaties. Indien de diversiteit tussen de instellingen sterk verschilt, is het niet mogelijk een algemene uitspraak te doen over de bereikbaarheid. In dat geval moet de bereikbaarheid worden beoordeeld per product (in ziekenhuistermen per functie). Een algemene uitspraak is dan alleen mogelijk door de afzonderlijke bereikbaarheden (gewogen) te sommeren, waarbij de vraag naar de afzonderlijke producten als weging dient. Het afwezig zijn van een weinig gebruikte functie heeft immers een geringe betekenis voor de bereikbaarheid van een ziekenhuis.

Een ander belangrijk aspect bij de beoordeling van bereikbaarheid is de mogelijkheid voor patiënten/cliënten om het aanbod van een product of dienst door andere producten of diensten te vervangen. In de zorg bete-

kent dit bijvoorbeeld dat een deel van de ziekenhuiszorg wordt geleverd door een huisarts of de zorg in een verzorgingshuis door thuiszorg. Bij de beoordeling van bereikbaarheid dient de aandacht zich dus ook op dit vormen van vervanging te richten.

Bereikbaarheid is waarschijnlijk een van de determinanten voor de vraag naar zorg. Uit overwegingen voor marktaandeel zullen instellingen dus ook afwegingen maken over het in stand houden van verschillende locaties met een voldoende breed aanbod van functies en diensten.

2.7 Schaal en innovatiekracht

De schaal van een instelling wordt ook dikwijls gerelateerd aan de innovatiekracht van een instelling. Ook hierbij geldt geen eenduidige relatie. Innovaties zouden in kleine instellingen sneller tot wasdom kunnen komen. De druk om te overleven en de snelheid van besluitvormingsprocessen binnen kleine instellingen zouden bijdragen aan de innovatiekracht. Anderzijds hebben juist grote instellingen een betere informatiepositie en een grotere financiële armslag om investeringen te plegen. Een andere mogelijke hypothese is dat kleine instellingen beter zijn in de adoptie zijn van nieuwe technologieën en grote instellingen in de ontwikkeling ervan.

2.8 Institutionele omgeving en schaal

Er is sprake van een directe relatie tussen institutionele omgeving en schaal indien capaciteit van zorg sterk gereguleerd is. Dit is in Nederland in het verleden sterk het geval geweest. Via een gereguleerd systeem van erkenningen is de totale capaciteit altijd centraal aangestuurd. De recente ontwikkelingen in de deregulering en marktwerking in de zorg hebben vooral gevolgen voor de manier waarop de capaciteitsontwikkeling tot stand komt. Inmiddels heeft de sturing van overheidswege een meer indirect karakter gekregen. Zo kan de introductie van integrale kostprijzen nog steeds sterke prikkels bevatten voor de ontwikkeling van kleine of grote instellingen. Het is goed denkbaar dat schaalvoordelen (zie § 2.3) zich vooral in de sfeer van kapitaal manifesteren. Dit impliceert vervolgens dat bij grote instellingen (bijvoorbeeld na een fusie) een prikkel bestaat om de instellingen op één locatie te concentreren. Dit zou tot kostenreducties kunnen leiden. Aan de andere kant is het goed denkbaar dat uit het oogpunt van het vergroten van marktaandelen, het ophouden van locaties met een breed aanbod van functies eveneens van betekenis kan zijn. Regels bepalen ook in welke mate zorgaanbieders risicodragend zijn. Indien zorgaanbieders risico's moeten dragen, dan zijn grote organisaties beter in staat risico's te spreiden of af te dekken dan kleine organisaties. Ook dit kan bijdragen aan een stimulans tot schaalvergroting.

Naast deze effecten kan de uitvoering behorende bij de regulering op zich ook nog bijdragen aan opschaling. In het bijzonder valt hierbij te denken aan de uitgebreide administratieve verantwoording, zoals de administratie van DBC's, en het decentrale overleg over prijzen en productie tussen zorgaanbieders en verzekeraars. In grotere organisaties zijn de hiermee gemoeide kosten eenvoudiger te dekken.

2.9 Beschouwing

Het is niet eenvoudig de welvaartseffecten van de schaal en diversiteit van zorg in kaart te brengen. Schaal en diversiteit hebben gevolgen voor doelmatigheid, kwaliteit en bereikbaarheid van verleende zorg. Er zijn overheersende theoretische overwegingen die pleiten voor kleinschalige of grootschalige dienstverlening, maar slechts in extreme situaties zijn eenduidige uitspraken te doen. Een zeer kleinschalig aanbod leidt nauwelijks tot een verbetering van de bereikbaarheid van de voorziening. Aan het in stand houden van kleine instellingen hangt waarschijnlijk wel een fors prijskaartje. Ook de kwaliteit komt waarschijnlijk in het geding. Extreem grote instellingen daarentegen dragen bij aan een slechte bereikbaarheid en hoge kosten. Of de kwaliteit bij grote instellingen hoger is dan bijvoorbeeld bij middelgrote instellingen is ook maar zeer de vraag. Alleen met empirisch onderzoek is een nauwkeuriger antwoord te geven op de vraag wat de gevolgen zijn van schaalvergroting.

Ook de antwoorden uit het navolgende empirisch onderzoek zullen niet eenduidig zijn. Context en omgevingskenmerken zullen van grote invloed zijn op de resultaten. Evident is dat in een dichtbevolkt gebied een grote schaal van een voorziening gepaard kan gaan met een goede bereikbaarheid. Ook de aanwezigheid van substituten voor de onderzochte voorziening kunnen de resultaten beïnvloeden. Verder is het van groot belang welke diensten en producten worden aangeboden in een instelling. De bereikbaarheid van een verpleeghuis is wellicht van minder betekenis dan van een ziekenhuis.

Ondanks de wat teleurstellende constatering dat algemene uitspraken over schaal en zorg moeilijk mogelijk zijn, is ook enige relativering op zijn plaats. Uitspraken over de relatie tussen schaal en bijvoorbeeld bereikbaarheid of kwaliteit zijn namelijk niet altijd richtinggevend bij het formuleren van beleid – uiteindelijk gaat het om achterliggende doelen. Zo zal de eis om uit kwaliteitsoogpunt voor iedere behandeling een minimale productieomvang te realiseren niet direct vertaald hoeven worden in een minimale schaal van het ziekenhuis of het al dan niet toestemming verlenen voor het uitvoeren van de behandeling. De schaal ligt dan formeel gezien bij het ziekenhuis, maar in feite ligt deze bij de behandelend specialist. Uitspraken over schaal moeten dan ook altijd gepaard gaan met een nauwgezette definitie. Zo zullen uitspraken over mededinging

voornamelijk betrekking hebben op de juridische entiteit, en uitspraken over bereikbaarheid op de schaal van de locaties en uitspraken over kwaliteit op de omvang van de maatschappen.

In tabel 2.1 is het een en ander samengevat. In iedere rij staat een aggregatieniveau vermeld en in iedere kolom een effect op een van de dimensies doelmatigheid, marktconcentratie, kwaliteit en bereikbaarheid. Zo zal de schaal van een maatschap waarschijnlijk een beperkt effect hebben op de doelmatigheid van de zorg en een sterk effect op de marktconcentratie van dat betreffende specialisme. Grote maatschappen hebben binnen een ziekenhuis meer voor het zeggen, maar ook een grotere invloed op prijsvorming van de DBC's behorende bij dat specialisme (voor zover er sprake is van vrije prijzen). In het algemeen zal door intercollegiale toetsing en verdergaande specialisering binnen een maatschap de kwaliteit van zorg toenemen. De schaal van de maatschap zegt op zich niets over de bereikbaarheid. Die is afhankelijk van de locaties en/of instellingen waar de maatschappen hun spreekuur houden en verrichtingen plegen.

Tabel 2.1 Schaal, doelmatigheid, marktconcentratie, kwaliteit, innovatiekracht en bereikbaarheid, gestratificeerd naar aggregatieniveau

Niveau	Doelmatigheid	Marktconcentratie	Kwaliteit	Innovatiekracht	Bereikbaarheid
Maatschap/afdeling	beperkt	ja	ja	ja	nee
Locatie	beperkt	nee	nee	nee	ja
Instelling	ja	ja	nee	ja	nee
Keten	beperkt	ja	nee	ja	nee
Sector/netwerk	beperkt	nee	nee	ja	beperkt

Een ander willekeurig voorbeeld in tabel 2.1 is het aantal locaties, dat een beperkte invloed heeft op de doelmatigheid. Uit de literatuur is bekend dat schaalvoordelen zich vooral manifesteren door de concentratie in huisvesting. Door het openhouden van verschillende locaties worden deze schaalvoordelen teniet gedaan. Het openhouden van verschillende locaties (met een breed aanbod van functies) heeft uiteraard wel een positief effect op de bereikbaarheid. Tabel 2.1 geeft aan dat er op voorhand geen eenduidige conclusies zijn te trekken over de invloed van schaal. Aggregatieniveau en type gevolg dienen met elkaar in samenhang te worden geanalyseerd en zijn voor iedere sector specifiek.

3 Internationaal onderzoek

3.1 Inleiding

Studies naar de schaal van ziekenhuizen zijn talrijk. Voor de vele aspecten van het empirisch in kaart brengen van de kostenstructuur en verwante onderwerpen van ziekenhuizen en de grote hoeveelheid beschikbare literatuur verwijzen we naar Jian (Jian 2001) en Blank en Valdmanis (2008). Jian (2001) geeft een overzicht van de literatuur over kostenfuncties en de doelmatigheid van ziekenhuizen. In het boek van Blank en Valdmanis (2008) staan verschillende bijdragen over onder meer de effecten van fusies, zowel horizontaal en verticaal, de samenhang tussen innovaties en doelmatigheid en de effecten van aansluiting bij ketens (onderscheiden naar verschillende rechtsvormen). Ook worden verschillende tendensen in de Amerikaanse ziekenhuissector besproken en de onderliggende verklaringen hiervoor.

In de literatuurstudie is de zoektocht beperkt tot artikelen in vaktijdschriften met een refereesysteem, boeken en uitgebreide rapporten. Bij verwijzingen naar rapporten is de gehanteerde methodologie als criterium toegepast. Er zijn uitsluitend studies met een micro-economische basis verwerkt. Studies op basis van ad hoc methoden zijn niet verwerkt.

In dit hoofdstuk komen de verschillende aspecten, zoals in het conceptueel kader vermeld, in de verschillende paragrafen aan de orde (doelmatigheid, marktmacht, kwaliteit, bereikbaarheid en innovatiekracht).

3.2 Schaal, diversiteit en doelmatigheid

Ziekenhuizen

Veel literatuur over ziekenhuizen richt zich op het vaststellen van economies of scale. Tabel 3.1 geeft een korte beschrijving van een aantal van deze studies uit verschillende landen¹. Sommige studies geven precies aan waar de omslagpunten liggen voor schaalvoor- of nadelen in termen van bedden (of andere grootheden). Andere studies daarentegen geven alleen het percentage ziekenhuizen weer waar schaalvoordelen of schaalnadelen gelden.

Tabel 3.1 **Overzicht studies naar schaalvoor- en nadelen**

Studie	Land	Schaalvoordelen (# bedden of % ziekenhuizen)	Schaalnadelen (# bedden of % ziekenhuizen)
Sinay en Campbell (1995)	VS	<200	>200
Kojima (2004)	Japan	<260	>260
Vita (1990)	California (VS)	<220	>220
Scuffham et al. (1996)	Nieuw Zeeland	<280	>280
Bilodeau et al. (2004)	Québec (Canada)	<200	>200
Linna en Häkkinen (1999)	Finland	<40	>250
Brown en Pagan (2006)	US	<375a)	>375a)
Farsi en Fillipini (2006)	Zwitserland	<200	Geen uitspraak
Dalmau-Matarrodona en Puig-Junoy (1998)	Catalonië (Spanje)	<150	>380
Steinmann et al.(2004)	Saksen (Duitsland)	kleinste 11% b)	grootste 55%
Steinmann et al. (2004)	Zwitserland	kleinste 53% c)	grootste 31%
Dervaux et al. (2004)	Frankrijk	kleinste 27% d)	grootste 64%
Dervaux et al. (2004)	VS	kleinste 60% e)	grootste 31%
Aletras (1999)	Griekenland	Geen schaalvoor- of nadelen f)	

a) geschat op basis van gemiddelde en spreiding; b) gem. # bedden = 430; c) gem. # bedden = 155;

d) gem. # bedden = 230; e) gem. # bedden = 180; f) gem. # bedden = 240;

Tabel 3.1 leert dat schaalvoordelen zich voordoen bij overwegend kleine instellingen. Daarna ebben de voordelen weg en slaan deze zelfs om in schaalnadelen. Het omslagpunt ligt in de meeste studies ergens tussen de 200 en 300 bedden. Bovenstaande studies zijn slechts een kleine greep uit de vele studies. Bij de keuze van de studies is rekening gehouden met een diversiteit aan landen. Andere overzichtstudies staven dit resultaat. Zie bijvoorbeeld ook nog Linna et al.(2006), Smet (2004) en Staat (2006).

In een eerdere overzichtstudie concluderen ook Meloen et al. (2000) dat het bestaan van economies of scale twijfelachtig is. Zij noemen een aantal studies waarin geen schaalvoordelen en soms zelfs voor grote ziekenhuizen diseconomies of scale worden gevonden. Met andere woorden, bij schaalvergroting nemen de kosten meer dan evenredig toe. In het bijzonder wijzen zij op de wijze waarop schaalvergroting wordt gerealiseerd. Indien schaalvergroting het gevolg is van een fusie zijn de schaalvoordelen nog twijfelachtiger. Dikwijls treden daarbij hoge overgangskosten op, bijvoorbeeld door het integreren van verschillende (administratieve) systemen of werkmethoden. Ook verschillen in bedrijfscultuur kunnen in het begin nog wel eens tot extra kosten leiden. De onderzoekers wijzen op het verschijnsel dat bij fusies dikwijls verschillende locaties gehandhaafd blijven, zodat eventuele schaalvoordelen in de huisvesting onbenut blijven. Blank et al. (1998) stellen dit ook empirisch vast voor de Nederlandse ziekenhuizen.

Bazzoli (2008) komt in een bijdrage over ontwikkelingen in de schaal van ziekenhuizen in de Verenigde Staten tot een vergelijkbare conclusie. Zij stelt onder meer dat de kostenvoordelen door fusies gering zijn; deze voordelen beperken zich tot fusies tussen kleine ziekenhuizen. Een andere opmerkelijke constatering is dat eventuele voordelen bij fusies eerder ontstaan door het wegwerken van (technische) inefficiënties dan het daadwerkelijk benutten van schaalvoordelen. Eerder Nederlands onderzoek (Blank et al. 1998) wijst ook in die richting, in die zin dat inefficiënte instellingen eerder betrokken zijn bij fusies. Een fusie creëert kennelijk de gelegenheid om een slecht functionerende organisatie en management te vervangen door die van een sterke(re) partner.

In Nederland zijn ziekenhuizen aanmerkelijk groter dan in het buitenland. Afgaande op bovenstaande uitkomsten betekent dit dat een deel van de Nederlandse ziekenhuizen uit (bedrijfseconomisch standpunt) geen schaalvoordelen kent en een groot deel van de ziekenhuizen schaalnadelen. Uit een internationaal benchmarkonderzoek naar ziekenhuizen in Oostenrijk, België, Frankrijk, Duitsland, Nederland en Zwitserland concludeert het strategisch consultancybureau Roland Berger dat “small is beautiful – and effective” (Roland Berger Consultants 2007). Volgens de gehanteerde definitie van schaal in deze studie (het aantal opnames per arts) zijn de Nederlandse ziekenhuizen te groot.

De algemene conclusie uit het bovenstaande is dat er tussen de verschillende studies een grote mate van consensus is over schaalvoor- en nadelen. Kleine ziekenhuizen kennen schaalvoordelen. Met ander woorden, schaalvergroting bij kleine ziekenhuizen draagt bij aan een grotere doelmatigheid. Het omslagpunt wordt volgens de meeste studies al snel bereikt en ligt waarschijnlijk ergens tussen de 200 en 300 bedden. Daarna treden al snel schaalnadelen op. In de Nederlandse situatie betekent dit dat de meeste ziekenhuizen in het gebied opereren waar geen schaalvoordelen zijn te realiseren of waar volgens deze norm zelfs sprake is van schaalnadelen.

Verpleeghuizen en overige voorzieningen

In tegenstelling tot bij de ziekenhuizen is de literatuur over de meeste andere zorgvoorzieningen relatief dun gezaaid. Een uitzondering hierop vormen de verpleeghuizen. In het navolgende komt een aantal onderzoeken naar verpleeghuizen aan de orde.

Een van de meest recente onderzoeken in de VS is van Christensen (2004). Hij geeft aan dat uitspraken over schaal- en diversificatievoordelen sterk afhankelijk zijn van de schaal en diversiteit zelf. Zo geldt voor kleine instellingen dat er schaal- en diversificatievoordelen zijn te realiseren. De productie van zogenoemde intermediate en skilled care kan het beste gezamenlijk gerealiseerd worden in middelgrote instellingen (ongeveer 130 bedden) of afzonderlijk in grote instellingen.

In een studie over Texaanse verpleeghuizen in de VS stellen Knox et al. (2007) dat er sprake is van constante schaalopbrengsten bij een gemiddelde schaal van 110 bedden.

Fillipini (2001) constateert schaalvoordelen voor Zwitserse verpleeghuizen (in het kanton Ticino) tot een omvang tot 120 bedden. Voor verpleeghuizen met meer dan 120 bedden gelden schaalnadelen. In een latere studie stellen Farsi en Fillipini (2006) het omslagpunt vast bij 160 bedden.

Chattopadhyaya en Ray (1996) komen in hun studie van verpleeghuizen in Connecticut tot de conclusie dat van de 140 verpleeghuizen 50 verpleeghuizen te maken hebben met schaalnadelen. De gemiddelde schaal bedraagt 110 bedden. Voor 25 (kleine) verpleeghuizen gelden schaalnadelen. De overigen zitten redelijk dicht tegen de optimale schaal aan.

Een interessante observatie over de relatie tussen schaal, kwaliteit en schaalvoordelen is te vinden in Gertler en Waldman (1992). Zo blijken schaalvoordelen in verpleeghuizen met een hoge kwaliteit bij een toenemende schaal sneller om te slaan in schaalnadelen. Zij noemen hiervoor als reden dat “Higher quality is produced through labor-intensive activities such as personal contact with patients by employees and highly personalized and psychological therapy. These activities become more difficult to manage as the home becomes large”.

In een studie over Nederlandse verpleeghuizen rapporteren Blank en Eggink (2001) schaalvoordelen voor kleine instellingen en schaalnadelen voor grote instellingen (omslagpunt bij circa 200 bedden). Zij tonen verder aan dat als er expliciet rekening wordt gehouden met de kwaliteit schaalvoor- en -nadelen veel geringer worden. Na correctie voor de kwaliteit heeft nog maar 6% van de instellingen te maken met schaalnadelen. Deze uitkomst zou er op kunnen duiden dat de relatie tussen schaal en kwaliteit van zorg U-vormig is. Dat wil zeggen dat met name kleine en grote instellingen over het algemeen meer kwaliteit bieden dan middelgrote instellingen.

Volgens een benchmarkonderzoek van Arcares (2004) onder verpleeg- en verzorgingshuizen geldt dat kleine verpleeghuizen en verzorgingshuizen over het algemeen beter scoren dan grote, zowel op de doelmatigheid als op de kwaliteit; het gaat niet alleen om stand alone instellingen, maar ook om kleinschalige locaties binnen een groter verband. De benchmarkuitkomsten in de verzorgingshuizen vertonen overigens een grotere spreiding dan in de verpleeghuizen. In de benchmark kon geen verband tussen doelmatigheid en kwaliteit worden aangetoond.

Uit het bovenstaande is af te leiden dat over het algemeen schaalvoordelen bestaan bij kleine verpleeghuizen. Deze voordelen verdwijnen snel als

de instellingen groter zijn. Verdergaande schaalvergroting heeft dan geen zin meer. De meeste onderzoeken hebben betrekking op verpleeghuizen in de VS, waar de gemiddelde schaal veel kleiner is dan in Nederland. Vertalen we de uitkomsten naar de Nederlandse situatie dan zou gelden dat voor de meeste verpleeghuizen geen schaalvoordelen te realiseren zijn en dat verpleeghuizen voor een deel zelfs al met schaalnadelen te maken hebben. Nederlands onderzoek, hoewel inmiddels gedateerd, onderschrijft deze uitkomsten grotendeels (zie Arcareas 2004; Blank et al. 1996).

Er is weinig literatuur beschikbaar over de doelmatigheid en schaal-effecten in de eerstelijnszorg. De beschikbare literatuur heeft bovendien betrekking op landen waar de eerstelijnszorg duidelijk anders georganiseerd is dan in Nederland, zoals bijvoorbeeld Spanje in de regio Catalonië (Giuffrida 1999). In Catalonië is de eerstelijnszorg een combinatie van huisartsenzorg, verpleging, tandheelkundige hulp, fysiotherapie, farmacie en nog andere vormen van zorg. Engeland kent een vergelijkbaar systeem van zogenoemde Family Health Service, waarbij de praktijken veel groter zijn en eerder sprake is van een voorzieningsgebied met gemiddeld 50 huisartsen. Volgens analyses van Giuffrida en Gravelle (2001) opereren de meeste instellingen op de optimale schaal of in het gebied van schaalnadelen. Voor de Nederlandse situatie zijn, zoals gezegd, hierover geen uitspraken mogelijk.

3.3 Schaal, marktmacht en regulering

De schaal van een instelling is, bij een gegeven vraag naar diensten in een gebied, mogelijk een indicatie voor marktmacht. De mate waarin marktmacht kan worden aangewend of worden beïnvloed is mede een gevolg van regulering. Een aantal studies schenkt expliciet aandacht aan de relatie tussen schaal, marktmacht en regulering.

Dalmou-Matarrodona en Puig-Junoy (1998) tonen voor de regio Catalonië in Spanje aan dat het aantal ziekenhuizen in een regio een positief effect heeft op de doelmatigheid ongeacht hoe marktaandeelen verdeeld zijn over de aanwezige ziekenhuizen. Schaal blijkt in dit verband dus niet van erg groot belang.

Marktmacht van ziekenhuizen wordt in belangrijke mate bepaald door wat een geografische markt wordt genoemd (zie ook § 2.4). Uit onderzoek van Tay (2003) blijkt dat de keuze voor een ziekenhuis voor patiënten met hartproblemen in belangrijke mate de resultante is van de afstand tot het ziekenhuis. In de praktijk betekent dit dat patiënten ook bereid zijn kwaliteitsverschillen - voor zover die zichtbaar zijn - in te ruilen voor bereikbaarheid. Ook de bevolkingsamenstelling speelt hierin

nog een belangrijke rol. Voor ouderen en vrouwen speelt de afstand een nog belangrijkere rol dan voor de andere patiënten.

Propper et al. (2004) onderzoeken het effect van marktmacht op kwaliteit van zorg in het Verenigd Koninkrijk. Uit hun onderzoek blijkt dat meer competitie samenhangt met hogere sterftcijfers onder patiënten met een hartaanval na een correctie voor patiëntensamenstelling en andere omgevingskenmerken. De impact is overigens gering.

In paragraaf 2.4 werd ook al gewezen op de invloed van marktmacht op factormarkten. Daarbij werd onder meer de hypothese gesteld dat de invloed van marktmacht op de arbeidsmarkt niet groot zal zijn. Dit is bijvoorbeeld af te leiden uit de dynamiek van het personeel in instellingen. Zo blijkt binnen een jaar ongeveer 10% van de werknemers in de zorg van baan te veranderen binnen de zorg en nog eens 2 à 3% de zorg helemaal te verlaten. Voor jongeren en ouderen liggen deze percentages nog hoger (van der Kwartel et al. 2007). Voor individuele instellingen kunnen deze percentages nog hoger liggen, hetgeen een aanwijzing is dat slechte arbeidsvoorwaarden en omstandigheden gesanctioneerd worden door een hoog verloop. Van der Kwartel et al. (2007) richten zich ook op een ander deel van de factormarkt, namelijk die van verbruiksmaterialen. Zij zien ziekenhuisfusies als een versterking van de marktmacht tegen verkopers van verbruiksmaterialen.

3.4 Schaal en kwaliteit

Het is niet eenvoudig de kwaliteit van verleende zorg te definiëren. Gevolg is dan ook dat de empirie hieromtrent ontbreekt. Dikwijls maken onderzoekers gebruik van zogenoemde averse resultaten, zoals het aantal heropnamen en sterftcijfers. Enige voorzichtigheid is echter wel geboden, omdat de uitkomsten van deze indicatoren voor een groot deel afhangen van patiënt specifieke eigenschappen en niet de dienstverlening zelf. Hiervoor is dan ook het begrip risk adjusted quality measurement geïntroduceerd (Gupta 2007) waar averse resultaten worden gecorrigeerd voor kenmerken van patiënten.

Economische theorie biedt op dit punt ook niet veel aanknopingspunten. In paragraaf 2.4 werd al uiteengezet dat marktconcentratie en schaalvergroting twee kanten uit kunnen werken. Afhankelijk van de wijze van regulering kan concurrentie tussen ziekenhuizen bijdragen aan meer kwaliteit, maar ook aan minder kwaliteit door scherpe prijsconcurrentie. Sari (2008) stelt dat op grond van de beschikbare onderzoeken niet duidelijk is wat de kwaliteitsgevolgen zijn van concentratie en concurrentie. Ze verwijst onder meer naar een studie van Ho en Hamilton (2000), dat aantoonde dat fusies geen gevolgen hebben voor de sterftcijfers maar wel voor het aantal heropnamen. De studie van Kessler en McClellan (2000)

laat zien dat de averse uitkomsten wel dalen door de toegenomen concurrentie.

Onderzoek van Picone et al. (2003) laat zien dat niet een langere ligduur, maar een grotere behandelintensiteit wel bijdraagt aan de kwaliteit van de zorg, gemeten op de gezondheidsuitkomst van patiënten. In dit onderzoek is gecorrigeerd voor potentieel versturende variabelen zoals sociaal economische indicatoren, co-morbiditeit, leeftijd en geslacht. Hierbij is sprake van een significante en positieve invloed van de schaal van het ziekenhuis op de behandelintensiteit.

Arocena en Garcia-Prado (2007) analyseren de invloed van hervormingen van de ziekenhuissector in Costa Rica. Uit hun analyses blijkt dat kleine ziekenhuizen overwegend lagere kwaliteit van zorg leveren, in termen van het aantal heropnamen. Door hervormingen, die geënt zijn op een vorm van contractmanagement, zijn de kwaliteitsverschillen tussen kleine en grote ziekenhuizen wel kleiner geworden.

In de Nederlandse context is weinig bekend over schaal en kwaliteit. Slechts enkele onderzoeken naar de kwaliteit van zorg raken aan het punt van schaal en of organisatie. Het Consumentenpanel Gezondheidszorg (NIVEL 2007) geeft aan dat patiënten ontevreden zijn over fusies tussen ziekenhuizen. Voor de meeste van de geënquêteerden zijn ziekenhuisfusies gepaard gegaan met veranderingen in het zorgaanbod (Braspenning et al. 2004). De schaal van het ziekenhuis op zich is volgens het panel minder belangrijk. Van der Scheel en Delnoij (2002) constateren dat patiënten over het algemeen tevreden zijn over de kwaliteit van de huisarts. Hierbij is onder meer gekeken naar inhoud van de geleverde zorg en naar praktijkorganisatie.

Post et al. (2004) laten zien dat er geen verschillen bestaan in patiënttevredenheid tussen grootschalige en kleinschalige samenwerkingsverbanden onder huisartsen (onder andere voor de weekenddiensten) in Noordoost Nederland, zowel wat betreft de stedelijke als de landelijke gebieden.

3.5 Schaal en bereikbaarheid

Het is evident dat de schaal van instellingen in een gebied direct invloed heeft op de bereikbaarheid. Een vermindering van locaties leidt immers tot grotere reisafstanden en kosten. Daarnaast is de bereikbaarheid van een instelling zelf ook een van de kwaliteitsdimensies van zorg.

Blank (2001) laat met een eenvoudig rekenvoorbeeld zien wat de gevolgen zijn van vergaande schaalvergroting van ziekenhuizen in Nederland voor de reistijd en de hiermee gemoeide reiskosten. Op basis van een

aantal veronderstellingen laat de berekening zien dat een reductie van het aantal ziekenhuislocaties van 180 tot 75 gepaard gaat met een toename van het aantal reiskilometers met bijna 600 miljoen kilometer, een toename van de totale reistijd met bijna 25 miljoen uur en een toename van de reiskosten met € 250 miljoen (prijspeil 2001). Dit komt overeen met circa 3% van het toenmalige ziekenhuisbudget. Deze extra reiskosten komen grotendeels ten laste van de patiënt zelf. Daarnaast zal het ziekenhuis hogere reiskostenvergoedingen van het personeel moeten betalen.

Engels onderzoek laat in dit verband nog een andere interessante uitkomst zien. Propper et al. (2006) tonen aan dat de reistijd van patiënten niet alleen samenhangt met de geografische omstandigheden (verstedelijk versus ruraal), maar ook met de sociaaleconomische positie van patiënten. Patiënten met een lage sociaaleconomische positie zijn minder mobiel in dan andere patiënten in dezelfde geografische positie. Hoewel niet genoemd in het artikel kunnen de hogere reiskosten en de al dan niet beschikbaarheid over een auto hiervoor een belangrijke verklaring vormen.

Vergelijkbare resultaten worden genoemd door Buchmueller et al. (2006) voor Los Angeles county. Uit hun onderzoek blijkt dat de toename van reisafstanden onder mensen behorende tot lage inkomensgroepen leidt tot een geringere toegang tot zorg, bij werkenden tot een verminderde vraag naar HIV-testen en onder ouderen tot een geringere vraag naar griepprikken. Voor alle andere groepen was het effect op preventieve zorg beperkt, omdat deze zorg veelal in andere faciliteiten dan ziekenhuizen wordt aangeboden.

Reisafstanden hebben ook directe gevolgen voor de kwaliteit van de gezondheidszorg. Uit onderzoek van Buchmueller et al. (2006) blijkt namelijk een rechtstreeks verband met de sterftecijfers onder kinderen, slachtoffers van ongevallen en patiënten met een hartinfarct. De geringere geneigdheid om bij klachten een ziekenhuis te bezoeken of de langere reistijd in geval van een noodsituatie zijn hiervoor de directe verklaring. De uitkomst over kindersterfte vindt ondersteuning in onderzoek van Currie en Reagan (2003). Zij laten zien dat iedere extra kilometer reisafstand naar een ziekenhuis leidt tot een vermindering van 3 procentpunt preventieve kinderverzorging (gemiddeld 74%) onder zwarte kinderen in stadscentra.

Buchmueller et al. (2006) laten tevens zien dat toenemende reisafstanden leiden tot substitutie van zorg, in die zin dat een verschuiving optreedt van ziekenhuiszorg naar zorg bij individuele dokterspraktijken. Vergelijkbare resultaten treffen we aan bij Windmeijer et al. (2005) en Carlsen et al. (2007). Windmeijer et al. (2005) laten zien dat in Schotland bij een toename van de afstanden naar een ziekenhuis het aantal eerste patiëntbezoeken bij de huisartsen toeneemt. Carlsen et al. (2007) vinden een-

zelfde relatie voor Noorse ziekenhuizen. Hierbij tonen de onderzoekers verder aan dat een hogere gepercipieerde kwaliteit van de huisartsenzorg bijdraagt aan een verschuiving van ziekenhuiszorg naar huisartsenzorg. In de studie van Fortney et al. (2005) is de reisafstand naar de eerstelijnszorg het vertrekpunt. Uit hun analyses van de medische zorg van veteranen in de VS blijkt dat afstand tot de zorg een belangrijke determinant is van het gebruik. Een toenemend gebruik van eerstelijnszorg vermindert het beroep op medisch specialisten en leidt niet tot extra opnamen en of kosten.

In Nederland hebben Giessen en Janssens (2004) gekeken naar de rol van afstand tot een huisartsenposten bij de beoordeling van de kwaliteit van zorg. Zij geven aan dat afstanden tot huisartsenposten niet op de voorgrond staan in de patiëntbeleving van kwaliteit; de mate van ziek zijn, het hebben van beperkingen of problemen met vervoer worden als belangrijker ervaren.

3.6 Schaal en innovatiekracht

Veel onderzoek naar innovaties in de zorg richt zich op de relatie tussen medische technologie en kwaliteit, ook wel de zogenoemde medical technology assessment (MTA) studies. Studies naar de ontstaanswijze en verspreiding van technologie zijn daarentegen schaars. Een uitzondering hierop vormt de studie van Spetz en Baker (1999). Zij laten zien dat de stand van de technologie in ziekenhuizen onder meer samenhangt met het aantal opnamen (schaal), de variatie in opnamen (onzekerheid), de aanwezigheid van een medische opleiding, eigendomsverhoudingen, de mogelijkheid van al of niet winst maken en het percentage patiënten aangesloten bij een HMO².

Blank en Van Hulst (2005a) hebben met Nederlandse gegevens onderzoek gedaan naar de verspreiding van innovaties. Zij laten zien dat de tijd tot implementatie van een innovatie sterk verschilt tussen ziekenhuizen. Belangrijk daarbij is het onderscheid naar typen innovaties, zoals IT, multidisciplinaire diagnostiek of ziekenhuisverplaatste zorg. Voor vier van de zeven onderscheiden typen innovaties werd het belang van de schaal van het ziekenhuis in positieve zin aangetoond.

4 Het actuele zorgaanbod

4.1 Inleiding

In dit hoofdstuk wordt het actuele zorgaanbod in kaart gebracht. Op landkaartjes is te zien waar de verschillende instellingen en locaties zich bevinden. De gegevens zijn grotendeels afkomstig uit de Zorgatlas van het RIVM. Hier beperken we ons tot de belangrijkste bevindingen en trachten tevens een aantal dwarsverbanden te leggen.

4.2 Ziekenhuizen

Algemene en academische ziekenhuizen

Figuur 4.1 geeft de locaties weer van de algemene en academische ziekenhuizen. Het gaat hier dus om het aantal locaties (inclusief buitenpoliklinieken), te weten 186 in 2007. Het aantal instellingen is veel geringer, namelijk 92.

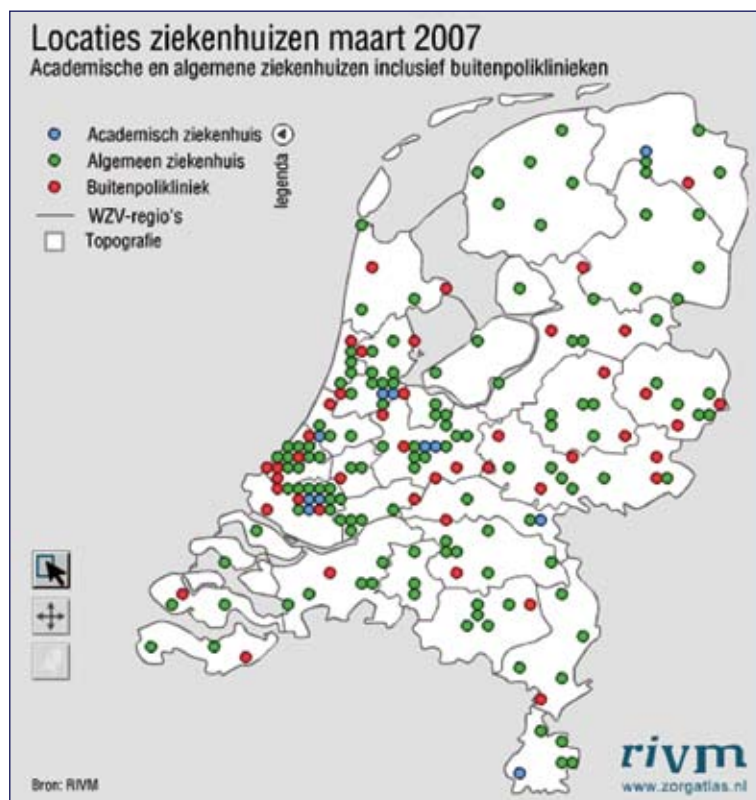
Ziekenhuislocaties lijken goed verspreid te zijn over Nederland. Uitzonderingen zijn de Waddeneilanden. De laagste dichtheid aan ziekenhuislocaties komt verder voor in de Noordoostelijke provincies.

Figuur 4.1 is ook te vertalen in reistijd. Figuur 4.2 toont de regionale verschillen in reistijd per auto naar het dichtstbijzijnde ziekenhuis met zogenoemde dagelijkse ziekenhuiszorg. Onder dagelijkse ziekenhuiszorg verstaat men medisch-specialistische diagnostiek en behandeling waarvan men frequent gebruik moet kunnen maken. Het gaat om veel voorkomende, planbare en niet-complexe aandoeningen, maar ook om langdurig onderzoek dat een repeterend karakter heeft.

In 2007 zijn er in Nederland 186 ziekenhuislocaties (inclusief buitenpoliklinieken) en 92 ziekenhuisorganisaties. Per auto kan bijna 99,7% van de Nederlandse bevolking een ziekenhuis binnen 30 minuten bereiken. De langere reistijden doen zich met name voor op de Waddeneilanden, in Zuidwest-Friesland en in Noord-Groningen

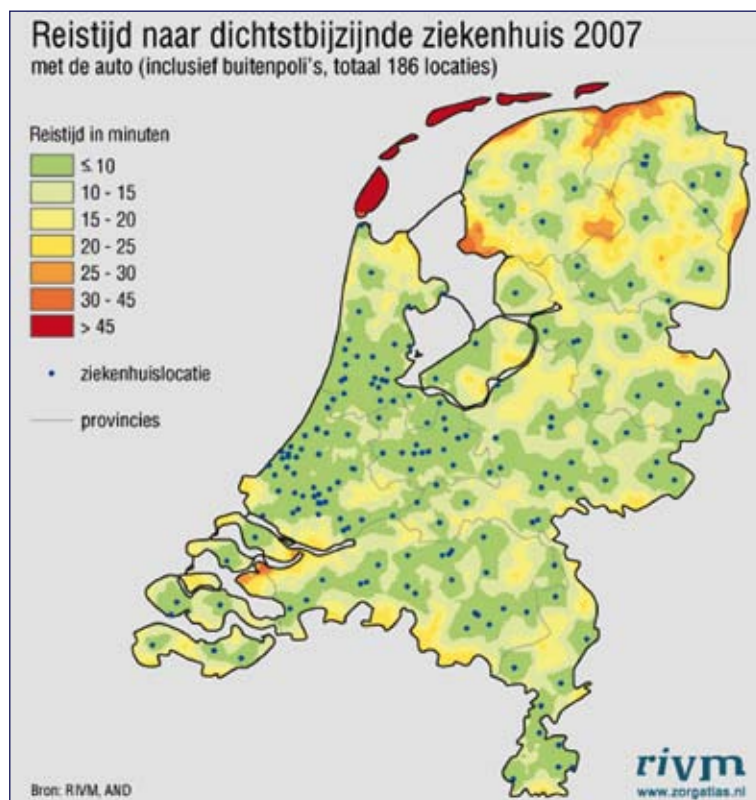
De informatie van het RIVM maakt niet duidelijk welke patiënten of behandelingen wel of niet op een locatie terecht kunnen. Het begrip dagelijkse ziekenhuiszorg is hier tamelijk algemeen gedefinieerd. Het is niet uit te sluiten dat op termijn uit kostenoverwegingen locaties steeds verder afgebouwd gaan worden of een steeds gespecialiseerder karakter krijgen. Het RIVM heeft wel een specifieke vorm van zorg, namelijk spoedeisende hulp (SEH), afzonderlijk in kaart gebracht. Het betreft medische diagnostiek en behandeling om te voorzien in een onmiddellijke en onvoorziene behoefte.

Figuur 4.1 Aanbod van algemene en academische ziekenhuizen (locaties), 2007



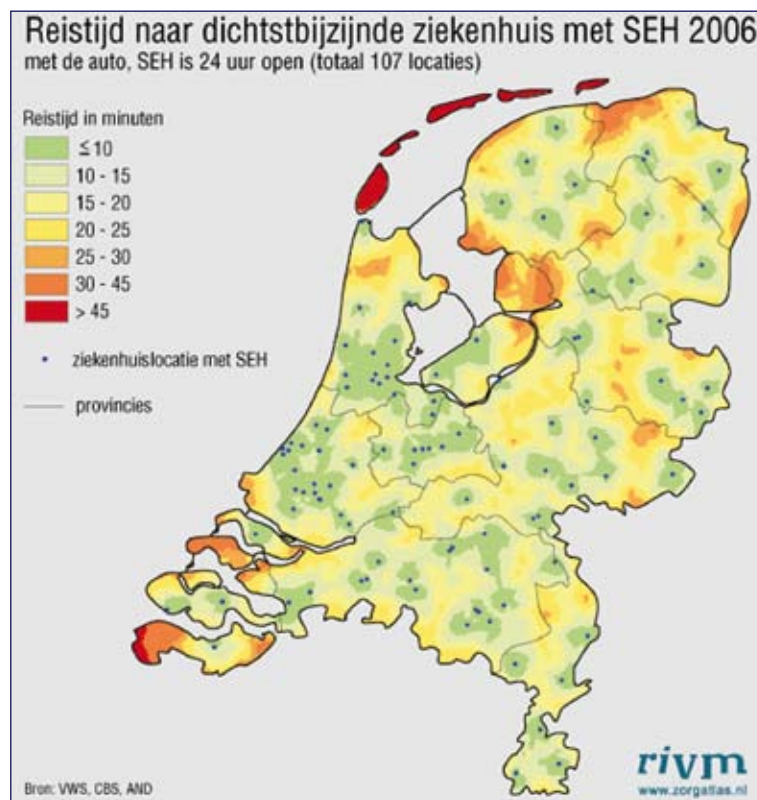
Bron: RIVM

Figuur 4.2 Reistijd naar dichtstbijzijnde ziekenhuis met dagelijkse ziekenhuiszorg



Bron: RIVM

Figuur 4.3 Reistijd naar dichtstbijzijnde ziekenhuis met spoedeisende hulp. 2006



Bron: RIVM

Op 1 januari 2006 waren er 107 SEH-afdelingen, bij meer dan 140 ziekenhuislocaties (NVZ). Per auto kan 99,4% van de Nederlandse bevolking een SEH-afdeling binnen 30 minuten bereiken. Ongeveer 0,6% (bijna 100.000 mensen) woont meer dan 30 minuten rijden verwijderd. Het gaat met name om de Waddeneilanden, Zeeuws-Vlaanderen, Schouwen-Duiveland, de Noordoostpolder en enkele delen van Friesland en Noord-Groningen. Tien ziekenhuizen met SEH worden ook aangemerkt als traumacentra. Zij bieden naast SEH multidisciplinaire intensive care en psychosociale hulp. De langste reistijden per ambulance doen zich voor in de provincie Zeeland, rond Den Helder, op de Waddeneilanden, aan de kust van Friesland en rond Emmen. Daar wordt het zogenoemde Golden Hour overschreden (zie RIVM kaart over traumazorg). Het is belangrijk hier op te merken dat bij acute zorg niet uitsluitend de geografische locaties voor SEH van belang zijn, maar ook de andere infrastructuur voor acute zorg, zoals aanrijtijden van ambulance, de beschikbaarheid van traumateams en traumahelikopters.

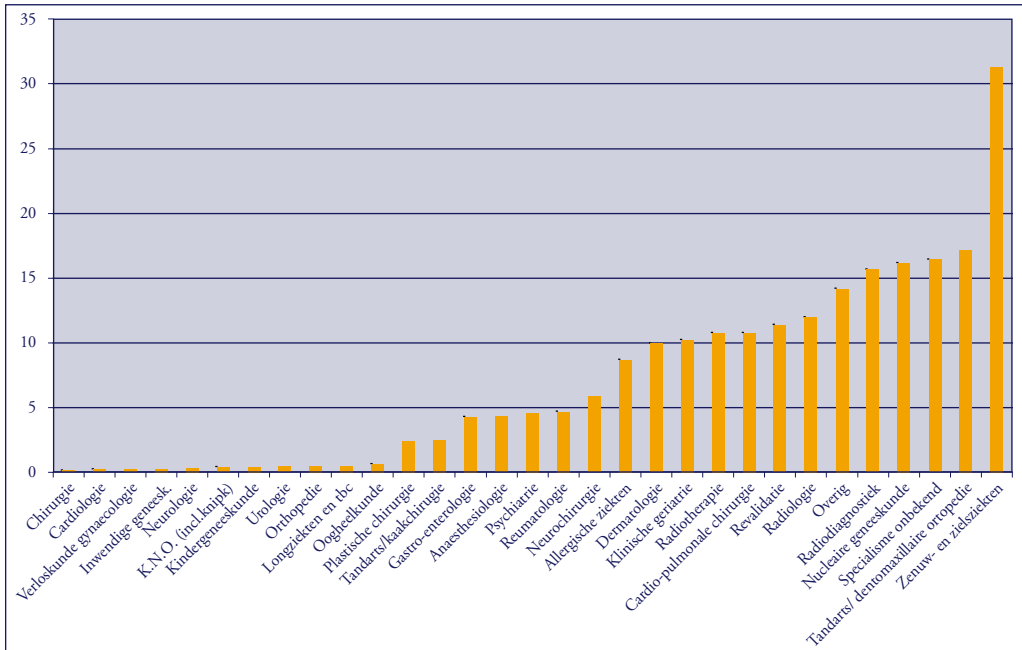
Om een indruk te krijgen van de vertekening die kan optreden door herschikking van functies tussen locaties van een instelling voeren we een bescheiden rekenexperiment uit. We onderscheiden twee situaties. In de ene situatie beschikken de locaties over alle dagelijkse ziekenhuiszorg en in de tweede situatie treedt er per ziekenhuis een volledige differentiatie van functies op binnen de locaties. Op basis van de rekenmethode uit paragraaf 2.6 volgt een gemiddelde reisafstand van 4 kilometer bij volledige beschikbaarheid in alle locaties en van 6 kilometer bij differentiatie per locatie. Dit betekent dat bij differentiatie de gemiddelde reisafstand met ongeveer 50% toeneemt.

Afgezien van de vertekening in bereikbaarheid die kan optreden door het verschil tussen locatie en ziekenhuis is het wel mogelijk om een beeld te krijgen van de verschillen in bereikbaarheid voor bepaalde specialismen op het niveau van ziekenhuizen. Het RIVM presenteert bijvoorbeeld de aanwezigheid van een aantal hoofdspecialismen met tevens een aanduiding voor de omvang van het betreffende specialisme in voltijdbanen.

Uit een eerder publicatie van ECORYS (2005c) blijkt dat bijna 90% van de opnamen betrekking heeft op de specialismen chirurgie, gynaecologie, interne geneeskunde, cardiologie, KNO, kindergeneeskunde, neurologie, orthopedie, urologie, longziekte en oogheelkunde. Deze specialismen zijn in (bijna) ieder algemeen of academisch ziekenhuis aanwezig.

Een andere manier om variatie in het aanbod te analyseren is via de theorie van de informatie-index (Blank en van Hulst 2005c). De informatie-index geeft informatie over de spreiding van specialismen. Indien een specialisme dikwijls helemaal niet of op sommige plekken juist dominant voorkomt dan is er sprake van een “gespecialiseerd” specialisme, bijvoorbeeld met een aantal subspecialismen. Dit wordt uitgedrukt in een hoge waarde van de informatie-index. Indien het aandeel van een specialisme (in het landelijke totaal) in ieder ziekenhuis spoort met de grootte van een ziekenhuis dan heeft de informatie-index de waarde nul. Dikwijls is de casemix van een ziekenhuis een afgeleide van de informatie-index. De gedachte hierachter is dat wanneer er (veel) specialismen met een hoge informatie-index voorkomen in een ziekenhuis dit duidt op de behandeling van “zware” gevallen (zie bijvoorbeeld Butler 1995: 76-82). Het volgende figuur geeft inzicht in de informatie-index per specialisme in 2002.

Figuur 4.4 Informatie-index per specialisme, 2002



Bron: Blank en van Hulst (2005c)

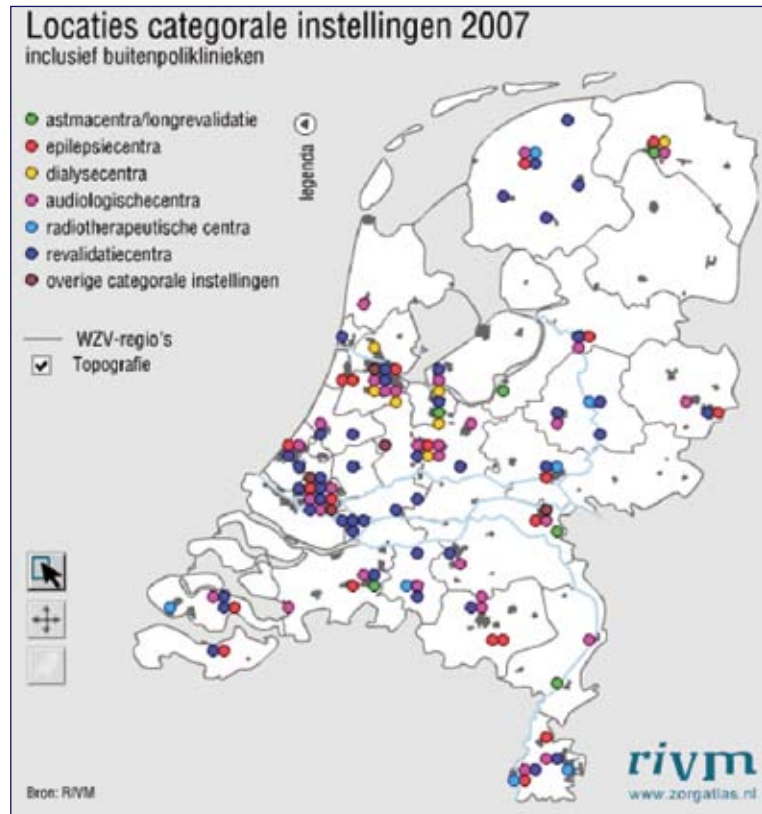
Uit figuur 4.4 blijkt dat de verschillen tussen de informatie-indices beperkt zijn. De specialismen chirurgie, cardiologie en verloskunde en andere basisspecialismen hebben een informatie-index in de buurt van nul. Met andere woorden, deze specialismen onderscheiden zich niet door sterke specialisaties in een beperkt aantal ziekenhuizen. Vanaf plastisch chirurgie neemt de specialisatie, gemeten aan de hand van de informatie-index, toe. Voor de volgende specialismen geldt bijvoorbeeld een hoge graad van specialisatie: radiologie, nucleaire geneeskunde en zenuw- en zieleziekten. Dit is vooral een gevolg van het geringe aantal ziekenhuizen dat deze specialismen aanbiedt en niet vanwege een grote spreiding (in productieaandelen) tussen ziekenhuizen met deze specialismen. Verder betreft het hier specialismen met een gering aantal ontslagen patiënten. Bij zenuw- en zieleziekten betreft het echter een substantieel specialisme. Bij dit specialisme is sprake van een hoge marktconcentratie.

Categorale ziekenhuizen

Categorale instellingen bieden medisch specialistische behandelingen en de daarbij noodzakelijke verpleging. Bijzonder is dat deze zorg gericht is op specifieke groepen ziekten of patiënten. De onderscheiden categorieën zijn revalidatiecentra (23), astmacentra (5), epilepsiecentra (2), dialysecentra (4), audiologische centra (20) en radiotherapeutische centra (6). Ook is er nog een categorie overig, waartoe bijvoorbeeld kankerklinieken behoren. Omdat categorale ziekenhuizen dikwijls behandelingen

aanbieden die ook in algemene en academische ziekenhuizen worden aangeboden, leidt de aanwezigheid van categorale ziekenhuizen tot een betere bereikbaarheid dan wat uit de locaties van algemene en academische ziekenhuizen blijkt.

Figuur 4.5 Aanbod categorale ziekenhuizen



Bron: RIVM

In 2007 zijn er in Nederland 98 categorale instellingen, die georganiseerd zijn in 63 organisaties (figuur 4.5). De kaart toont de locaties van de 98 categorale instellingen. Een aantal van deze instellingen beschikt ook over één of meerdere poliklinieken; ook deze zijn in de kaart weergegeven. In totaal zijn er 20 poliklinieken.

Instellingen voor medisch-specialistische zorg zonder verblijf

Instellingen voor medisch-specialistische zorg zonder verblijf verstrekken vooral planbare (niet-acute) zorg en zorg waarvoor de patiënt niet hoeft te worden opgenomen. Voorheen werden deze instellingen aangeduid als zelfstandige behandelcentra (ZBC's). Zij verzorgen onder meer oogoperaties, orthopedische en plastisch chirurgische verrichtingen en andere vormen van specialistische, planbare, relatief ongecompliceerde zorg

zonder noodzaak van verpleging. Het gaat om ongeveer 175 instellingen berekend op basis van vergunningen en toelatingen. De instellingen zijn vooral geconcentreerd in en rond de grote steden. Deze instellingen leveren in relatie tot algemene en academische ziekenhuizen nog maar een gering deel van de productie en kennen geen of slechts een beperkte diversiteit. Tevens bevinden zij zich veelal in de nabijheid van andere ziekenhuizen. Dit is ook lange tijd een wettelijk vereiste geweest. De facto hebben deze instellingen naar verwachtingen (nog) geen al te grote invloed op de bereikbaarheid.

4.3 GGZ instellingen en afdelingen

De geestelijke gezondheidszorg (GGZ) biedt behandeling, zorg en begeleiding aan mensen met psychische problemen en stoornissen³. Zij draagt bij aan de verbetering van de geestelijke gezondheid en kwaliteit van leven van deze mensen. De GGZ kan worden opgesplitst door te kijken naar de verschillende functies in de GGZ:

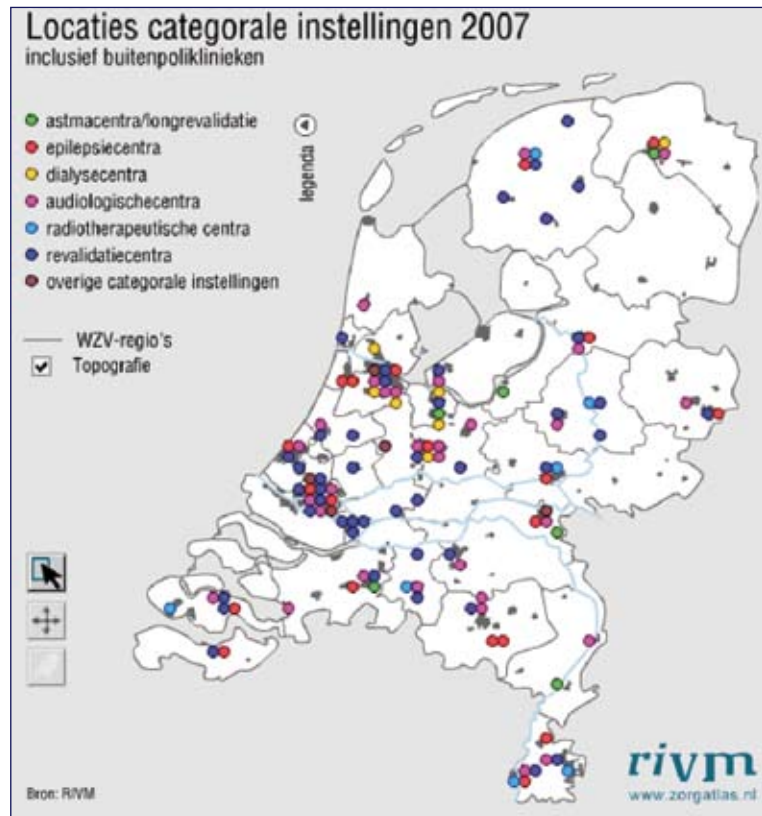
- (collectieve) preventie;
- behandeling;
- begeleiding;
- verpleging en verzorging;
- bescherming.

Waar het jarenlang gebruikelijk was om het aanbod van GGZ te onderscheiden naar intramurale, extramurale en semimurale zorg, is het tegenwoordig gebruikelijk een onderscheid te maken in zorgcircuits. De volgende zorgcircuits kunnen worden onderscheiden:

- eerstelijns GGZ;
- GGZ preventie;
- GGZ voor kinderen en jeugdigen;
- GGZ voor volwassenen;
- GGZ voor ouderen;
- forensische psychiatrie;
- verslavingszorg;
- openbare GGZ.

In totaal zijn er 110 GGZ-instellingen in 2006 (GGZ-Nederland 2007). Figuur 4.6 gaat in op het aanbod van GGZ-instellingen in 2006. De instellingen bestaan uit geïntegreerde instellingen (41), APZ (3), RIBW (20), KJP (10), geïntegreerde verslavingszorg (9), TBS (6), RIAGG (7) en ambulante verslavingszorg (4).

Figuur 4.6 Aanbod GGZ-instellingen in kaart, 2006



Bron: RIVM

Uit figuur 4.6 blijkt dat het aanbod van GGZ-instellingen zeer diffuus is. In elke provincie, Flevoland uitgezonderd, bevindt zich een GGZ-instelling van een bepaald type. Op de Waddeneilanden komen geen GGZ-instellingen voor en is er dus sprake van langere reisafstanden.

De geïntegreerde instellingen, waar een of meerdere typen van GGZ-zorg wordt aangeboden, komen vrijwel overal voor (figuur 4.6). De grootste reisafstanden doen zich voor in Friesland en Zeeland. In Friesland is de aanwezige geïntegreerde instelling de enige GGZ-instelling in de omgeving. Ook in Groningen, Drenthe en delen van Flevoland kan de reisafstand naar een geïntegreerde GGZ-instelling aardig oplopen. Zoals eerder in dit rapport aangegeven zijn geïntegreerde GGZ-instellingen eigenlijk niet één-op-één met elkaar te vergelijken omdat er verschillende typen GGZ-zorg kan worden aangeboden in een dergelijke instelling. De drie overgebleven specialistische APZ-instellingen in 2006 bevinden zich in Gelderland, Zuid-Holland en Brabant. De meeste voormalige APZ-instellingen zijn gefuseerd met andere typen instellingen tot geïnte-

greerde GGZ-instellingen en derhalve zegt deze spreiding op zichzelf niet veel.

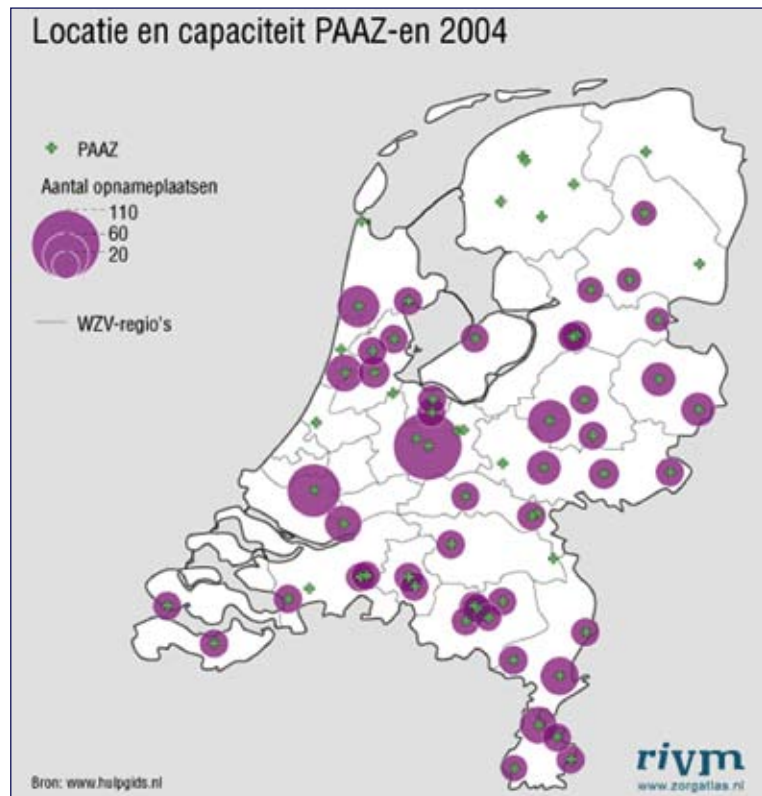
Het aantal regionale instellingen voor beschermd wonen (RIBW) is in 2006 gelijk aan 20 (tabel 4.1). Deze instellingen komen nauwelijks tot niet voor in de provincies Zeeland, Noord-Brabant en Flevoland. In Groningen, Drenthe en Friesland komt maar één instelling van dit type voor en kan de reistijd ook aanzienlijk oplopen.

Verder zijn er in Nederland 10 instellingen voor kinder- en jeugdpsychiatrie (KJP) in 2006. De grootste reisafstanden doen zich uitgaande van figuur 4.6 voor in Noord-Brabant, Flevoland, Overijssel en Zeeland, waar geen instellingen van dit type voorkomen. In Groningen, Friesland en Drenthe komt maar één instelling van dit type voor.

Verder zijn er zes TBS-klinieken in 2006. De reisafstanden zijn in het algemeen vrij groot. Met name in Zeeland, Noord-Brabant, Noord-Holland, delen van Limburg en Friesland kan de reisafstand naar een TBS-kliniek behoorlijk oplopen. Het is de auteurs niet bekend of er binnen de TBS klinieken nog een specialisatie bestaat van zorg; dit kan nog een extra factor zijn die bijdraagt aan een toename van de reisafstand.

Figuur 4.7 geeft vervolgens inzicht in de spreiding van psychiatrische afdelingen bij een algemeen ziekenhuis of een academisch ziekenhuis (beiden door het RIVM omschreven als PAAZ-afdelingen) in Nederland. Bovendien geeft de figuur inzicht in de capaciteit van dergelijke afdelingen. In totaal zijn er in 2004 65 algemene ziekenhuizen en academische ziekenhuizen met een dergelijke afdeling.

Figuur 4.7 Aanbod PAAZ-afdelingen*, 2004



* het gaat om de definitie van het RIVM, de figuur heeft zowel betrekking op PAAZ- als PAAC-afdelingen.

Bron: RIVM

Figuur 4.7 laat zien dat PAAZ-afdelingen vrijwel overal in Nederland voorkomen. Opvallend is het kleine aantal afdelingen in Zuid-Holland en het grote aantal instellingen in Zuid-Limburg. In Zuid-Holland is de dichtheid van andere GGZ-instellingen echter hoog, zo bleek reeds uit figuur 4.6.

Op de Waddeneilanden komen geen PAAZ-afdelingen voor en kan de reisafstand oplopen. Wel is er een PAAZ-afdeling in Den Helder. Ook in Groningen is er één PAAZ-afdeling en met name in het Noordoosten van deze provincie kan de reisafstand oplopen.

4.4 Instellingen voor verstandelijk gehandicapten

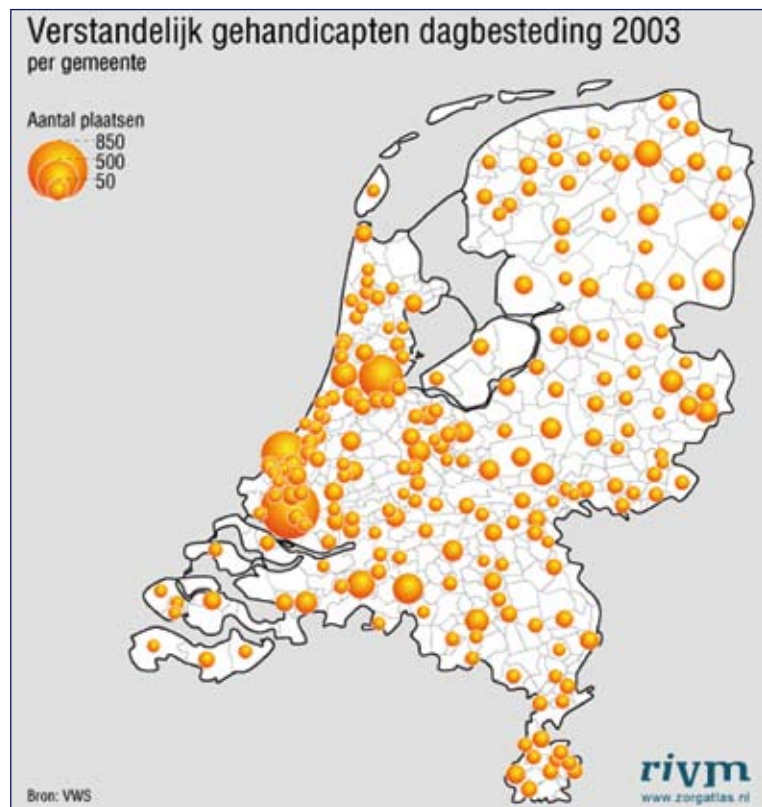
De gehandicaptenzorg in Nederland kan worden opgesplitst in drie deelsectoren:

- zorg voor mensen met een verstandelijke beperking;
- zorg voor mensen met een zintuiglijke beperking;
- zorg voor mensen met een lichamelijke beperking.

Deze paragraaf kijkt naar de eerste deelsector. Hierbij kan weer een onderscheid worden gemaakt tussen intramurale, semimurale en extramurale voorzieningen. Intramurale voorzieningen hebben een ondersteunende woon- en verblijfsfunctie. Semimurale voorzieningen hebben puur een ondersteunende woonfunctie. Extramurale voorzieningen hebben een ondersteunende dagbestedingsfunctie.

Figuur 4.8 gaat in op het aantal dagbestedingsplaatsen voor verstandelijk gehandicapten per gemeente in 2003.

Figuur 4.8 Aanbod instellingen dagbesteding verstandelijk gehandicapten, 2003

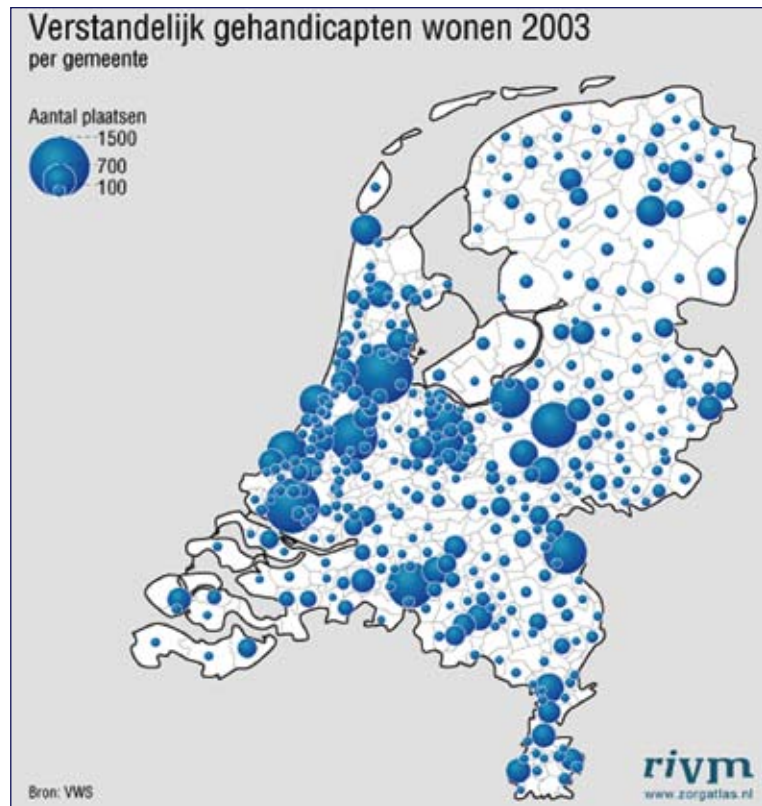


Bron: RIVM

Figuur 4.8 laat zien dat er in 2003 een goede spreiding lijkt te zijn in het aantal plaatsen voor dagbesteding per gemeente. Ook in Zeeland, op Texel en in delen van Flevoland zijn er plaatsen voor verstandelijk gehandicapten, zij het in beperkte mate. De overige regio's met op het oog een kleine dichtheid aan plaatsen voor dagbesteding zijn delen van Drenthe, Friesland en delen van Noord-Limburg/Oost-Brabant.

Figuur 4.9 gaat in op het aantal plaatsen voor wonen per gemeente voor verstandelijk gehandicapten in 2003.

Figuur 4.9 Aanbod instellingen wonen verstandelijk gehandicapten, 2003



Bron: RIVM

Figuur 4.9 geeft een beeld dat sterk lijkt op het beeld uit figuur 4.8. Er lijkt een goede spreiding te zijn in het aantal gemeenten met woonplekken voor verstandelijk gehandicapten. Ook in delen van Zeeland, Flevoland en Texel komen in beperkte mate instellingen van dit type voor. De laagste dichtheid doet zich voor in delen van Friesland, Drenthe en Overijssel.

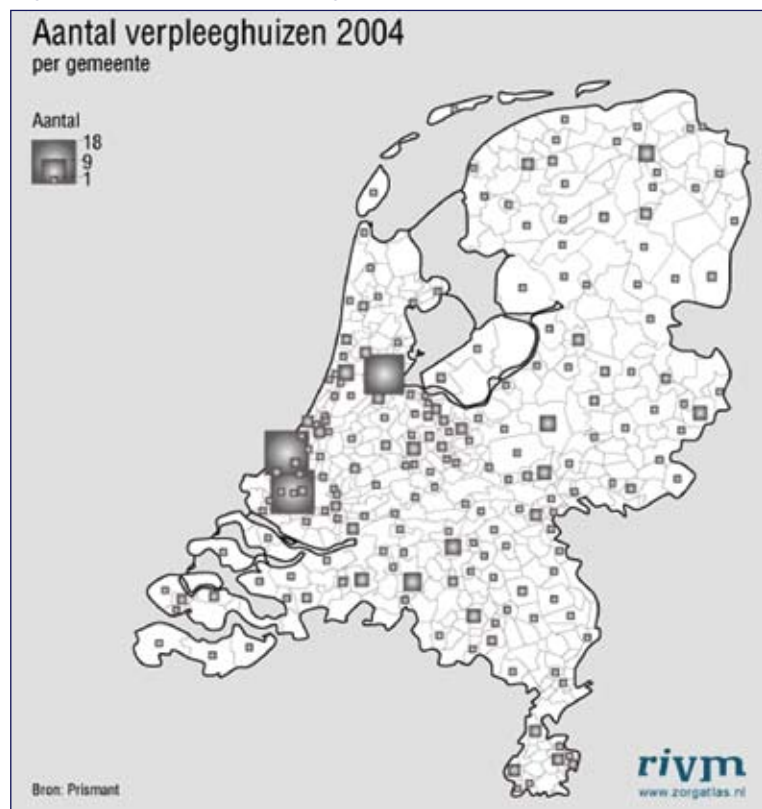
4.5 Verpleeghuizen

Verpleeghuiszorg omvat verblijf, verpleging, verzorging en geneeskundige behandeling door een verpleeghuisarts voor ouderen met functiestoornissen vanwege ouderdom (RIVM Zorgatlas). Als revalidatie en reactivering niet mogelijk is, vindt langdurige verzorging en verpleging plaats. Er wordt onderscheid gemaakt tussen zorg voor ouderen met ernstige lichamelijke aandoeningen met weinig uitzicht op herstel (somatisch) en zorg aan ouderen die lijden aan dementie (psychogeriatrisch).

Het RIVM spreekt in 2004 over 342 verpleeghuizen. Verder geeft het RIVM aan dat van de 483 gemeenten er 282 geen verpleeghuis hebben en 145 gemeenten 1 verpleeghuis.

Figuur 4.10 geeft een overzicht van het aanbod van verpleeghuizen per gemeente in Nederland.

Figuur 4.10 Aanbod verpleeghuizen, 2004



Bron: RIVM

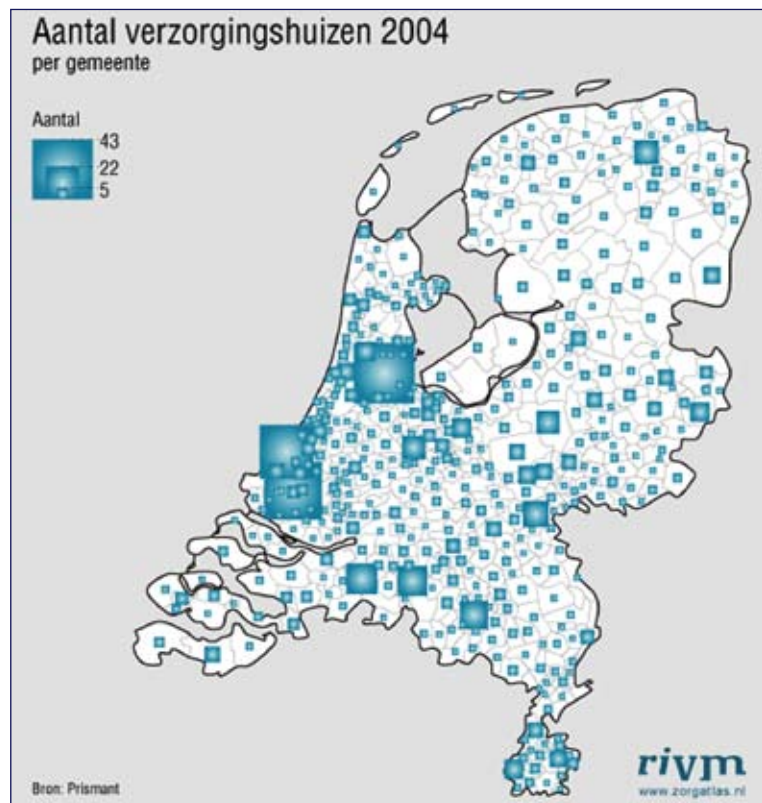
Figuur 4.10 laat zien dat de dichtheid van verpleeghuizen in Nederland het hoogst is in Noord- en Zuid-Holland en in Utrecht. De grootste reisafstanden naar een dichtstbijzijnd verpleeghuis doen zich voor in noord en oost Nederland. Het gaat dan om Flevoland, Groningen, Drenthe, Friesland en delen van Overijssel en Noord-Limburg. Verder is er een verpleeghuis aanwezig op twee van de vijf Waddeneilanden.

4.6 Verzorgingshuizen

Verzorgingshuizen bieden huisvesting met gehele of gedeeltelijke verzorging aan ouderen van 65 jaar en ouder (RIVM). De zorg bestaat uit verpleging en begeleiding vanwege lichamelijke problemen en psychische stoornissen die verband houden met ouderdom, zoals dementie. De zorg is in 2001 uitgebreid met algemene medische zorg (huisartsenzorg), farmaceutische hulp en hulpmiddelen.

Figuur 4.11 gaat in op het aanbod per gemeente van verzorgingshuizen in 2004.

Figuur 4.11 Aanbod verzorgingshuizen, 2004



Bron: RIVM

De hoogste dichtheid van verzorgingshuizen komt voor in Noord- en Zuid-Holland, zo laat figuur 4.11 zien. De kleinste dichtheid komt voor in Flevoland, Zeeuws-Vlaanderen en Drenthe. De reisafstand naar het dichtstbijzijnde verzorgingshuis is hier grootst. Op 4 van de 5 Waddeneilanden komt een verzorgingshuis voor. Van de 483 gemeenten in Nederland hebben 37 gemeenten geen verzorgingshuis en 159 gemeenten hebben 1 verzorgingshuis.

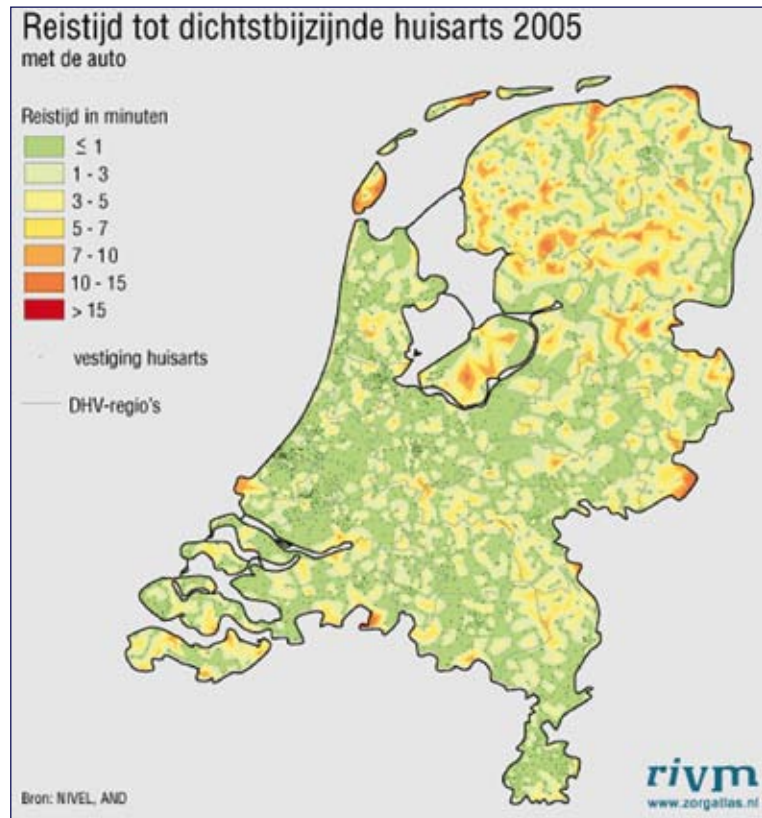
4.7 Huisartsenpraktijken

Aantal en schaal

In Nederland praktiseerden in 2007 ruim 8.600 huisartsen (NIVEL 2007). Bijna de helft hiervan werkt in een groepspraktijk, ongeveer een derde in een duopraktijk en minder dan een vijfde in een solopraktijk. Omgerekend naar voltijdbanen is het aantal gelijk aan bijna 6.500. In totaal gaat het om meer dan 4.300 praktijken. In een groepspraktijk van gemiddelde schaal werken 2 huisartsen. Het gaat dan ongeveer om 1,5 voltijdbanen.

In figuur 4.12 wordt de reistijd met de auto naar de dichtstbijzijnde huisarts vanaf het woonadres weergegeven.

Figuur 4.12 Reistijd tot dichtstbijzijnde huisarts, 2005



Bron: RIVM

Bijna iedereen in Nederland heeft een huisarts binnen 15 minuten van het woonadres. In de gebieden die niet voldoen aan de 15-minutengrens wonen 145 mensen. De kortste reistijden komen voor in de stedelijke gebieden, met name in het westen. De langste reistijden doen zich voor in de drie noordelijke provincies (Groningen, Friesland en Drenthe) en in Flevoland.

De bereikbaarheid van huisartsenpraktijken is dus zeer goed te noemen⁴. Ook de trend in schaalvergroting binnen huisartsenpraktijk hoeft op termijn geen grote problemen op te leveren. Indien het huidige aantal van 4.300 praktijken zou worden gereduceerd tot 3.000 dan neemt de gemiddelde reistijd bij benadering met ongeveer 20% toe (voor methode zie §2.6). Aangezien het grootste deel van de bevolking te maken heeft met een reistijd van minder dan vijf minuten, zal de toename minder dan een minuut bedragen.

5 Ontwikkelingen in de tijd

5.1 Inleiding

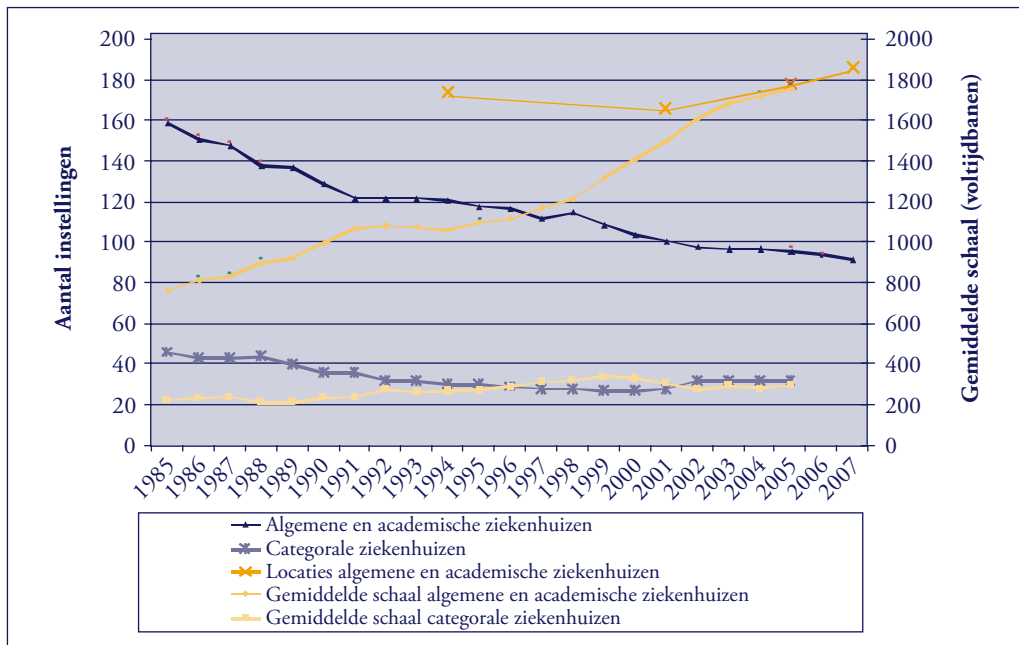
Dit hoofdstuk schetst een beeld van de ontwikkelingen in het aantal instellingen (en waar mogelijk locaties), de gemiddelde schaal en de bereikbaarheid van verschillende instellingen over de laatste 15 à 20 jaar.

5.2 Ziekenhuizen

Aantal en schaal

Figuur 5.1 geeft de ontwikkeling van het aantal ziekenhuizen weer. We maken hierbij een onderscheid tussen algemene en academische ziekenhuizen en categorale ziekenhuizen. Een ziekenhuis wordt door het CBS omschreven als een instelling waar gedurende dag en nacht tenminste hulp wordt geboden aan personen met een specifieke fysieke ziekte. Het gaat om één of meer vormen van medisch specialistische hulp en de daarmee verband houdende verpleging en verzorging. Voorbeelden van categorale ziekenhuizen zijn astmaklinieken, epilepsieklinieken, kankerklinieken, oogziekenhuizen, orthopedische inrichtingen en sanatoria. Een ziekenhuis kan verdeeld zijn over meerdere locaties. In de onderstaande figuur wordt ook gekeken naar het aantal ziekenhuislocaties op een aantal tijdstippen. Het gaat dan om locaties van algemene en academische ziekenhuizen, inclusief buitenpoliklinieken. Verder beschrijft figuur 5.1 de ontwikkeling van het gemiddeld aantal voltijdbanen per type ziekenhuis. Het gaat om het totale personeel zowel in loondienst als niet in loondienst, exclusief medici in vrije beroepen (vrijgevestigde specialisten). Tot en met 1997 zijn de personeelsgegevens exclusief de revalidatieinstellingen.

Figuur 5.1 Aantal ziekenhuizen, aantal ziekenhuislocaties en gemiddelde schaal (in voltijdbanen), 1985-2007



Bron: CBS Statline, CBZ (2002), NZI (1989; 1993; 1998), RVZ (1996), RIVM Zorgatlas. Bewerkingen IPSE Studies

Figuur 5.1 laat zien dat het aantal algemene en academische ziekenhuizen is afgenomen in de periode 1985-2007. Met name is het aantal algemene ziekenhuizen afgenomen. Het aantal academische ziekenhuizen bleef vrijwel gelijk in de gehele periode. Ook het aantal categorale ziekenhuizen is over de gehele periode bekeken afgenomen, al is er na 2000 een lichte toename te constateren.

De afname in het aantal instellingen heeft niet geleid tot een evenredige afname van het aantal ziekenhuislocaties. Figuur 5.1 gaat ook in op het aantal locaties in 1994, 2001, 2005 en 2007. Hieruit blijkt dat het aantal locaties in 2001 lager lag dan in 1994. In 2005 en 2007 ligt het aantal locaties hoger, met name door een toename in het aantal buitenpoliklinieken.

Nader onderzoek van de gegevens van de NVZ wijst uit dat er een verschuiving heeft plaatsgevonden na fusies van type zorg binnen de diverse locaties:

- hoogspecialistische zorg concentreert zich op de hoofdlocatie;
- nevenlocaties bieden poliklinische planbare zorg aan, al dan niet met verplegingsfaciliteiten voor dagbehandeling of short-stay;
- spoedeisende zorg kan niet meer geboden worden op alle locaties.

Voorbeelden hiervan zijn te vinden in de voormalige ziekenhuizen in Voorburg, Dordrecht, Doorn, Alphen en Middelburg. Hierdoor is de fysieke bereikbaarheid gewaarborgd voor chronische patiënten, maar moeten de patiënten die acute zorg nodig hebben voor levensbedreigende situaties of het voorkomen van gezondheidsschade verder reizen.

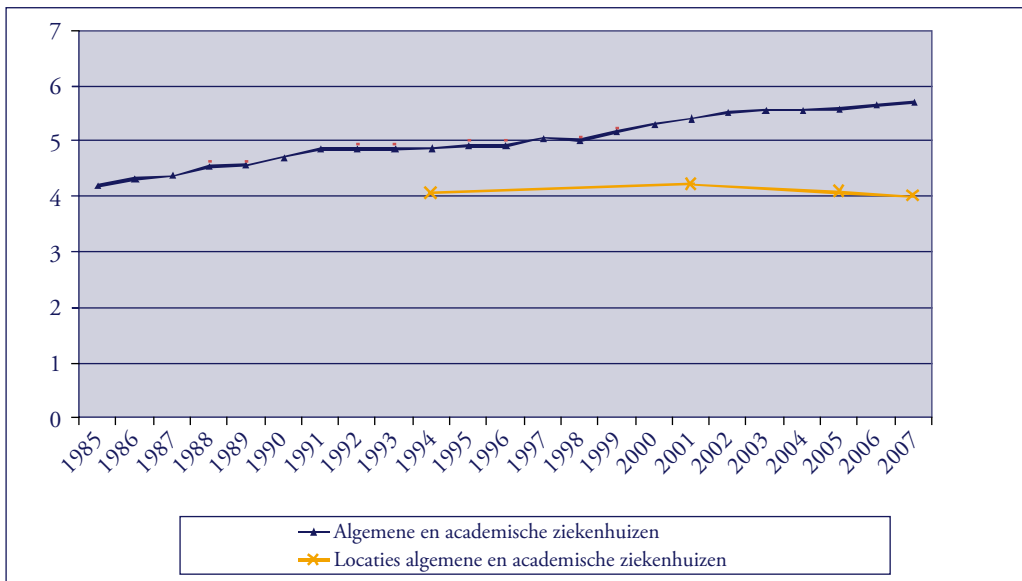
Figuur 5.1 laat tot slot zien dat de gemiddelde schaal in de loop der tijd fors is toegenomen. Telde een algemeen of academisch ziekenhuis in 1985 nog zo'n 800 voltijdbanen gemiddeld, in 2005 betreft het gemiddeld aantal voltijdbanen in een ziekenhuis bijna 1.800. Er heeft dus een forse schaalvergroting plaatsgehadt in de genoemde periode. Ook de gemiddelde schaal van categorale ziekenhuizen is over de gehele periode bekeken toegenomen, al is er vanaf 2000 een lichte afname te constateren.

Gemiddelde reisafstand

In deze paragraaf kijken we wat de gevolgen zijn van de schaalvergroting in de periode 1985-2007 voor de bereikbaarheid van ziekenhuizen in Nederland. Omdat gegevens hierover ontbreken in officiële statistieken benaderen we deze met de methode zoals beschreven in paragraaf 2.6. Dit resulteert in een indicatie van de feitelijke reisafstand.

Figuur 5.2 geeft inzicht in de benaderde gemiddelde reisafstand naar algemene en academische ziekenhuizen in Nederland. Ook geeft deze figuur inzicht in de benaderde gemiddelde reisafstand op basis van het aantal locaties op enkele tijdstippen.

Figuur 5.2 Afstandsindicator, ziekenhuizen en ziekenhuislocaties, 1985-2007



Bron: berekeningen IPSE Studies op basis van gegevens van CBS Statline over bodemgebruik

Figuur 5.2 laat zien dat de gemiddelde reisafstand naar algemene en academische ziekenhuizen volgens de afstandsindicator is toegenomen van 4,2 km in 1985 tot 5,7 km in 2005. De schaalvergroting bij academische ziekenhuizen verklaart een groot gedeelte van deze toename.

De reisafstand naar ziekenhuislocaties (inclusief buitenpoliklinieken) is nauwelijks toe- of afgenomen in de weergegeven jaren in figuur 5.2. De afstandsindicator geeft aan dat de gemiddelde reisafstand ongeveer 4 km bedraagt.

Als we rekening houden met een veronderstelde gemiddelde snelheid (binnen de bebouwde kom) van 36 kilometer per uur, dan resulteert in een gemiddelde reistijd van 6,3 minuten in 2007. Dit resultaat lijkt in lijn te zijn met de berekende reistijd door het RIVM in 2007 (zie ook figuur 4.2).

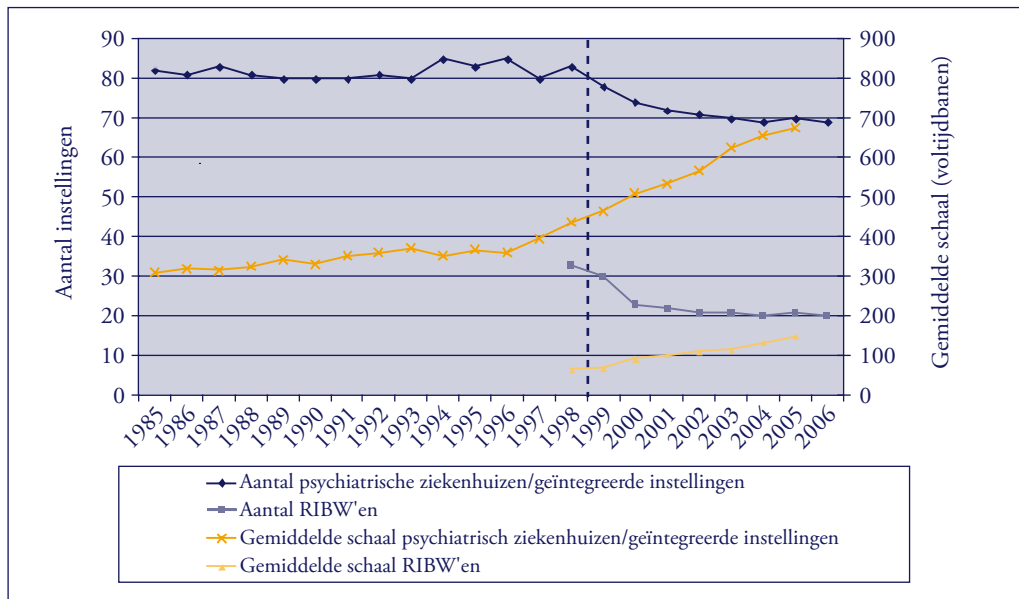
De toename van de reisafstand naar een instelling is niet alleszeggend over de bereikbaarheid van dit type zorg. Een deel kan afgevangen zijn door huisartsenzorg. In de slotparagraaf van dit hoofdstuk vergelijken we de resultaten voor de ziekenhuissector en de huisartsensector met elkaar.

5.3 Intramurale GGZ-instellingen

Aantal en schaal

Figuur 5.3 geeft de ontwikkeling weer van het aantal intramurale GGZ-instellingen en de gemiddelde schaal in voltijdbanen. We maken hier een onderscheid tussen psychiatrische ziekenhuizen (algemeen en categoriaal⁵) plus geïntegreerde instellingen⁶ en RIBW⁷en⁷. Omdat gegevens afkomstig zijn uit verschillende bronnen en de registraties in verschillende databronnen en ook binnen de databronnen zelf niet altijd eenduidig zijn, willen we eerst een aantal kantekeningen maken. Ten eerste geeft het CBS aan dat met ingang van 1998 een nieuwe sector geestelijke gezondheidszorg met nieuwe indelingen onderscheiden is, waardoor data voor en na 1998 lastig te vergelijken zijn. Voor 1998 registreerde het CBS het aantal psychiatrische ziekenhuizen. Na 1998 wordt er een onderscheid gemaakt in geïntegreerde instellingen en specifiek psychiatrische ziekenhuizen. Ten tweede zijn de gegevens over het aantal voltijdbanen afkomstig uit twee verschillende bronnen. Voor 1998 is er gebruik gemaakt van het CBS, na 1998 van de website AZWinfo.nl. We hebben daartoe de gegevens na 1998 iets moeten bewerken om tot vergelijkbare cijfers te komen. De bijlage bij dit hoofdstuk gaat hier dieper op in. Tot slot kunnen we alleen inzicht geven in de ontwikkelingen bij RIBW⁷en vanaf 1998. Figuur 5.3 gaat verder niet in op de zogenoemde PAAZ-afdelingen en PAAC-afdelingen⁸ bij ziekenhuizen.

Figuur 5.3 Aantal intramurale GGZ-instellingen en gemiddelde schaal (voltijdbanen), 1985-2006



Bron: CBS Statline, AZWinfo.nl, GGZ Nederland (2003; 2005; 2006; 2007)

Figuur 5.3 laat zien dat het aantal psychiatrische ziekenhuizen/geïntegreerde instellingen licht is afgenomen, met name na 1998. Veel algemene psychiatrische ziekenhuizen zijn gefuseerd met andere (intramurale of extramurale) instellingen voor psychiatrische zorg tot geïntegreerde instellingen voor zorg. De figuur laat zien dat met name vanaf 1997 de gemiddelde schaal is toegenomen tot iets meer dan 670 voltijdbanen in 2005. Deze toename hangt dus ten dele samen met het ontstaan van de geïntegreerde instellingen.

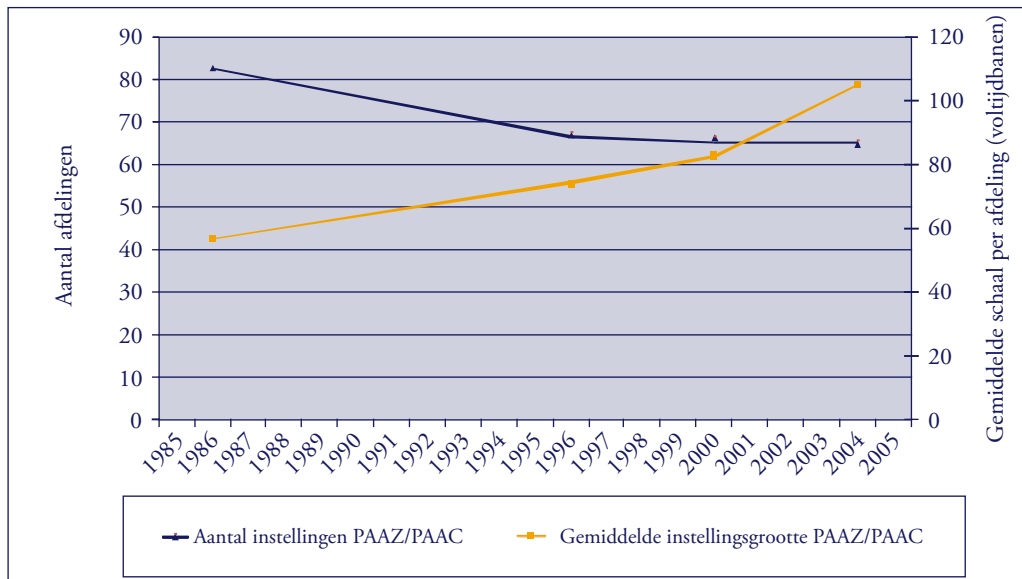
Figuur 5.3 laat verder zien dat het aantal RIBW'en sinds 1998 is afgenomen tot ongeveer 20 in 2006. De gemiddelde schaal is toegenomen in dezelfde periode tot ongeveer 150 voltijdbanen in 2005. Hierbij moet worden opgemerkt dat het hier vooral een bestuurlijke schaalvergroting betreft. Tegelijkertijd is sprake geweest van deconcentratie van de woonfunctie.

PAAZ en PAAC

Psychiatrische hulp wordt ook verstrekt in algemene en academische ziekenhuizen. Het betreft hier de zogenoemde PAAZ en PAAC-afdelingen. PAAZ en PAAC afdelingen richten zich over het algemeen op kortdurende hulp. Patiënten met chronische psychiatrische klachten worden in het algemeen in psychiatrische ziekenhuizen opgenomen. In termen van bereikbaarheid betekent dit dat voor (intramurale) patiënten met een

kortdurende hulpvraag de bereikbaarheid bepaald wordt door intramurale GGZ-instellingen en PAAZ/PAAC afdelingen. Voor chronische patiënten uitsluitend door intramurale GGZ-instellingen. Figuur 5.4 geeft inzicht in het aantal PAAZ- en PAAC-afdelingen bij ziekenhuizen. Het gaat om de jaren 1986, 1996, 2000 en 2004. Vanwege het ontbreken van gegevens over het aantal voltijdbanen bij dergelijke afdelingen hebben we een raming gemaakt op basis van het aantal toegelaten bedden. Hiervoor hebben we gebruik gemaakt van de verhouding tussen toegelaten bedden en voltijdbanen bij ziekenhuizen.

Figuur 5.4 Aantal PAAZ- en PAAC-afdelingen en gemiddeld aantal voltijdbanen per afdeling, 1986, 1996, 2000, 2004



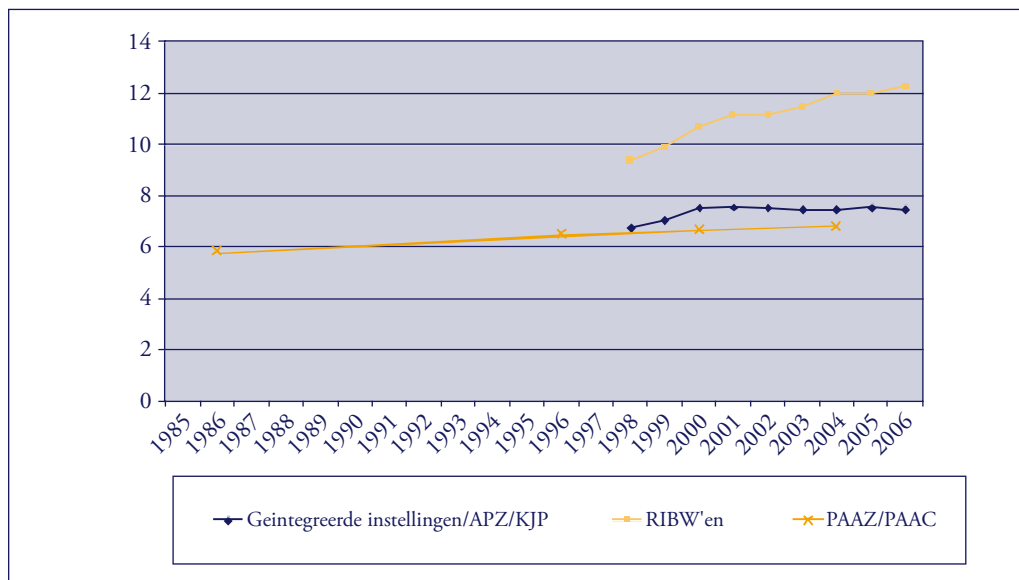
Bron: Kwekkeboom (2001), Poelijoe et al. (1994), RIVM Zorgatlas, Trimbos Instituut (2001; 2002; 2003). Bewerkingen en bijschattingen IPSE Studies.

Figuur 5.4 laat zien dat het aantal PAAZ- en PAAC-afdelingen is afgenomen van 83 in 1986 tot 65 in 2004. Het gemiddeld aantal fte's bij PAAZ- en PAAC-afdelingen is toegenomen in dezelfde periode van ongeveer 50 naar meer dan 100.

Gemiddelde reisafstand

In deze paragraaf kijken we wat de gevolgen zijn van bovengenoemde ontwikkelingen voor de bereikbaarheid van instellingen voor intramurale GGZ in Nederland. Zoals beschreven in paragraaf 2.6 berekenen we hiervoor een afstandsindicator.

Figuur 5.5 Afstandsindicator (km), intramurale GGZ, 1998-2006



Bron: berekeningen IPSE Studies op basis van gegevens van CBS Statline over bodemgebruik

Figuur 5.5 geeft inzicht in de benaderde gemiddelde reisafstand naar de verschillende typen instellingen in Nederland. We maken weer een onderscheid in psychiatrische ziekenhuizen plus geïntegreerde instellingen en RIBW'en. In de eerste categorie laten we ten opzichte van figuur 5.3 de geïntegreerde verslavingszorg en TBS-zorg buiten beschouwing. Verder kijken we naar de reisafstand naar PAAZ-/PAAC-afdelingen.

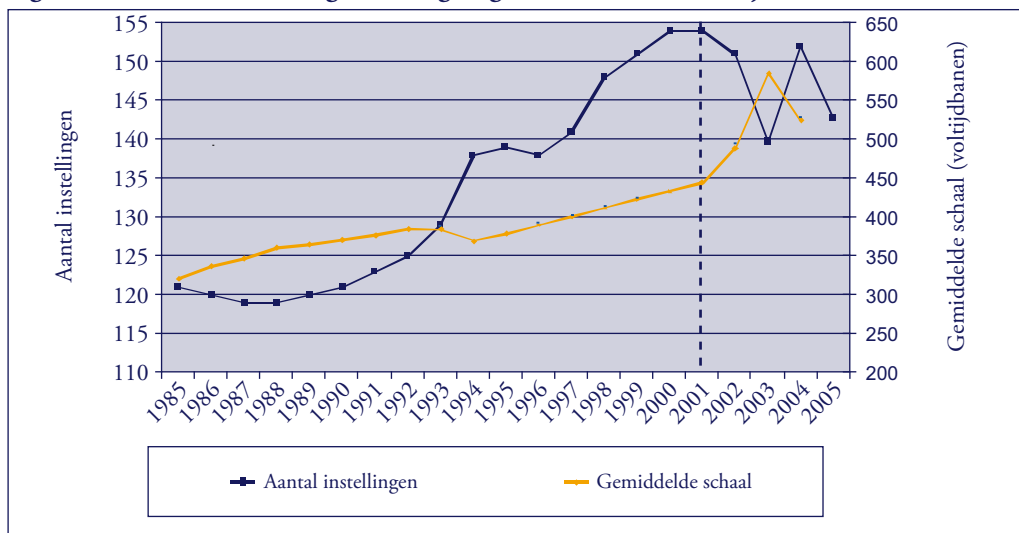
Figuur 5.5 laat zien dat volgens de afstandsindicator de gemiddelde reisafstand naar psychiatrische ziekenhuizen van het type APZ en KJP plus de geïntegreerde instellingen licht is toegenomen van iets meer dan 6 km in 1998 tot bijna 8 km in 2006. Ook de gemiddelde reisafstand naar RIBW'en is toegenomen in dezelfde periode, van zo'n 9,5 km tot iets meer dan 12 km. De reisafstand naar een PAAZ- of PAAC-afdeling is toegenomen van 5,8 km in 1986 naar 6,8 km in 2004.

5.4 Instellingen voor verstandelijk gehandicapten

Aantal en schaal

Figuur 5.6 geeft de ontwikkeling weer van het aantal instellingen voor verstandelijk gehandicapten in de periode 1985-2005. Bovendien gaat de figuur in op de gemiddelde schaal gemeten in voltijdbanen over dezelfde periode. De gegevens over de periode voor 2001 en na 2001 zijn niet één-op-één te vergelijken, hetgeen aangegeven is met de stippellijn. We hebben een aantal bewerkingen uitgevoerd, die in de bijlage bij hoofdstuk 5 zijn beschreven.

Figuur 5.6 Aantal instellingen voor vg en gemiddelde schaal (voltijdbanen), 1985-2005



Bron: CBS Statline, bewerkingen IPSE Studies

Figuur 5.6 laat zien dat in de periode 1985-1991 ongeveer 120 instellingen voor verstandelijk gehandicapten toegelaten zijn door het CVZ. Na 1991 neemt het aantal instellingen toe tot 154 in 2000. Vanaf 2001 neemt het aantal instellingen af tot iets meer dan 140 in 2005, de gecombineerde zorginstellingen voor vg/lg/zg meegerekend.

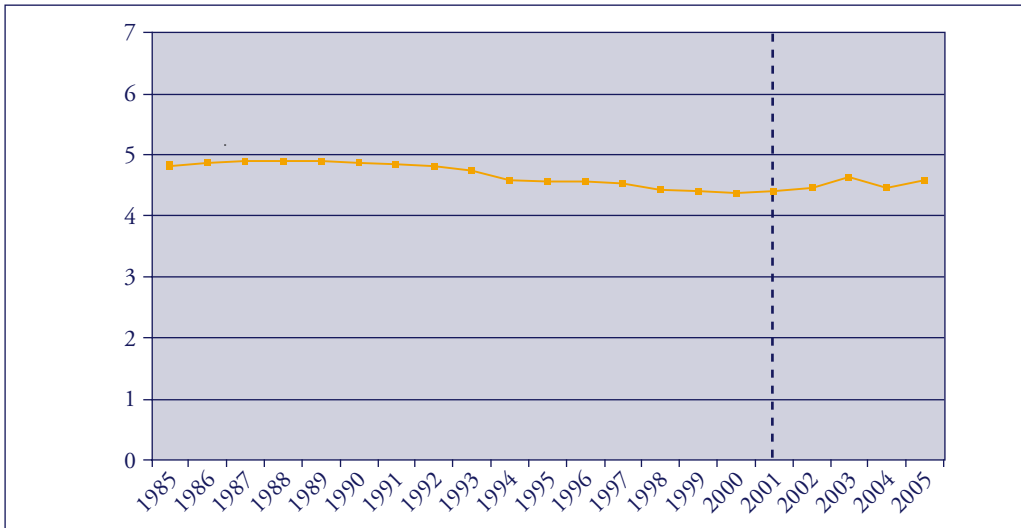
Figuur 5.6 laat verder zien dat de gemiddelde schaal van de intramurale instellingen voor verstandelijk gehandicapten tot 1995 licht is toegenomen naar ongeveer 350 voltijdbanen. Een aantal jaar later, in 2001, blijkt het gemiddeld aantal voltijdbanen toegenomen te zijn tot 440. In 2003 is de gemiddelde schaal nog verder toegenomen tot meer dan 580 voltijdbanen, waarna er in 2004 weer een daling plaatsvindt.

Gemiddelde reisafstand

In deze paragraaf kijken we wat de gevolgen zijn van bovengenoemde ontwikkelingen voor de bereikbaarheid van instellingen voor verstandelijk gehandicapten in Nederland. We maken hiervoor weer gebruik van de berekeningen zoals beschreven in paragraaf 2.6, resulterend in een indicatie voor de reisafstand.

Figuur 5.7 geeft inzicht in de benaderde gemiddelde reisafstand naar een instelling voor verstandelijk gehandicapten. Ook hier speelt weer het onderscheid in de instellingen voor en na 2001, zoals reeds aangegeven bij figuur 5.6.

Figuur 5.7 Afstandsindicator (in km), vg, 1985-2005



Bron: berekeningen IPSE Studies op basis van gegevens van CBS Statline over bodemgebruik

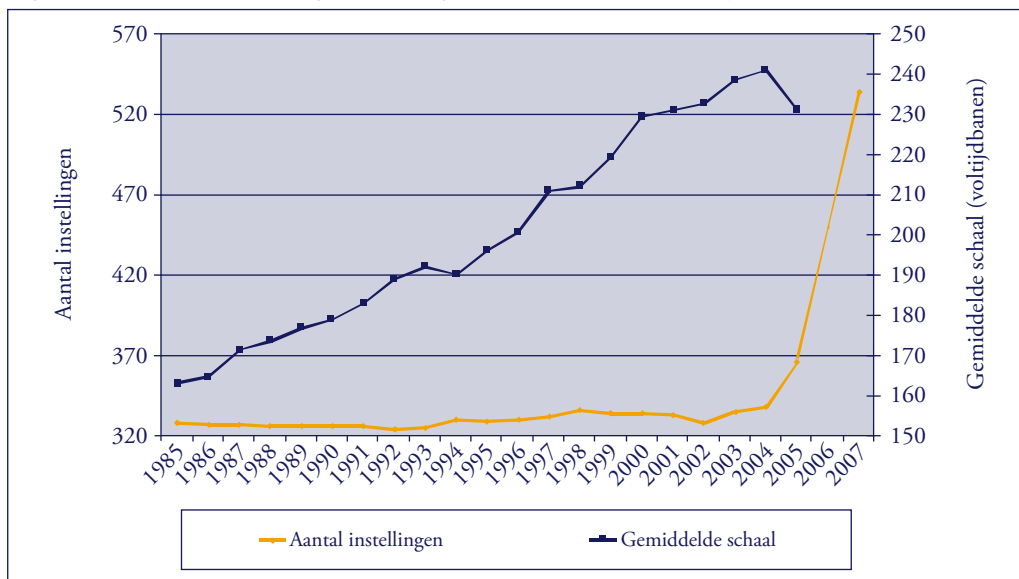
Figuur 5.7 laat zien dat de gemiddelde reisafstand volgens de afstand-indicator vrijwel constant is gebleven. In 1985 was de gemiddelde reisafstand gelijk aan 4,8 km. In 2005 is de gemiddelde reisafstand gelijk aan 4,6 km.

5.5 Verpleeghuizen

Aantal en schaal

Figuur 5.8 geeft de ontwikkeling van het aantal verpleeghuizen weer in de periode 1985-2005. Het gaat hier om het aantal instellingen zoals gedefinieerd door het CBS⁹. Verder beschrijft figuur 5.8 de ontwikkeling in het aantal werknemers (gemeten in voltijdbanen) bij verpleeghuizen. Het gaat om werknemers in dienst bij de instelling en overige werkzame personen.

Figuur 5.8 Aantal verpleeghuizen en gemiddelde schaal (in voltijdbanen), 1985-2007



Bron: CBS Statline, RIVM Zorgatlas

Figuur 5.8 laat zien dat het aantal verpleeghuizen in de periode 1985-2004 nagenoeg gelijk is gebleven. Tot aan 2004 schommelt het aantal verpleeghuizen rond de 330. In 2005 vindt er een stijging plaats naar 366 verpleeghuizen. In 2007 zijn er zelfs meer dan 500 instellingen met de functie verpleging. Veel verzorgingshuizen zijn dan ook verplegingszorg gaan aanbieden. Er zijn in 2007 zo'n 210 gecombineerde instellingen voor verpleging en verzorging (RIVM Zorgatlas). De opmerkelijke stijging na 2005 heeft zich in werkelijkheid waarschijnlijk anders gemanifesteerd dan weergegeven in figuur 5.8. Tot en met 2005 is er in de gegevensregistratie (en in figuur 5.8) namelijk geen rekening gehouden met gecombineerde instellingen. Deze instellingen ontstonden waarschijnlijk al een aantal jaren voor 2005 (in 2003 of 2004). De stijging van het aantal verpleeghuizen verliep in feite dus geleidelijker dan weergegeven in figuur 5.8.

De gemiddelde schaal van verpleeghuizen is toegenomen, zo blijkt uit figuur 3.9. In 1985 bedroeg de gemiddelde schaal van verpleeghuizen 163 voltijdbanen. In 2005 bedraagt de gemiddelde schaal zo'n 231 voltijdbanen. Deze schaalvergroting is dus niet het gevolg van een afnemend aanbod door bijvoorbeeld fusies.

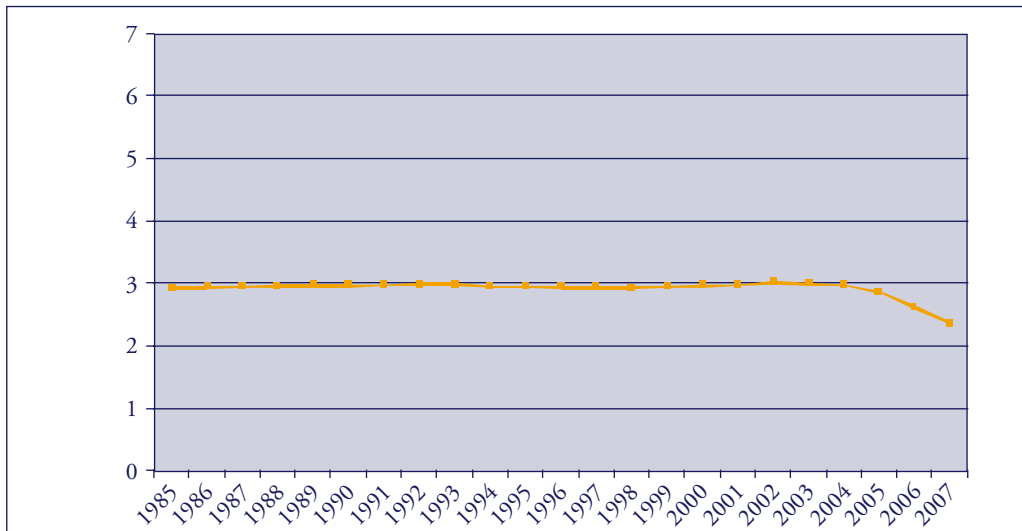
Gemiddelde reisafstand

In deze paragraaf kijken we wat de gevolgen zijn van bovengenoemde ontwikkelingen voor de bereikbaarheid van verpleeghuizen in Nederland.

Daarvoor passen we de berekeningsmethode in paragraaf 2.6 weer toe, resulterend in een indicatie voor de reisafstand.

Figuur 5.9 geeft inzicht in de benaderde gemiddelde reisafstand naar een verpleeghuis. Het gaat hier weer om het aantal instellingen zoals gedefinieerd door het CBS.

Figuur 5.9 Afstandsindicator (in km), verpleeghuizen, 1985-2007



Bron: berekeningen IPSE Studies op basis van gegevens van CBS Statline over bodemgebruik

Figuur 5.9 laat zien dat tot en met 2004 de gemiddelde reisafstand volgens de afstandsindicator nagenoeg gelijk is gebleven. De gemiddelde reisafstand schommelt dan rond de 3 km. Na 2004 neemt het aanbod van verpleging toe en daarmee ook de bereikbaarheid. De gemiddelde reisafstand bedraagt dan 2,4 km.

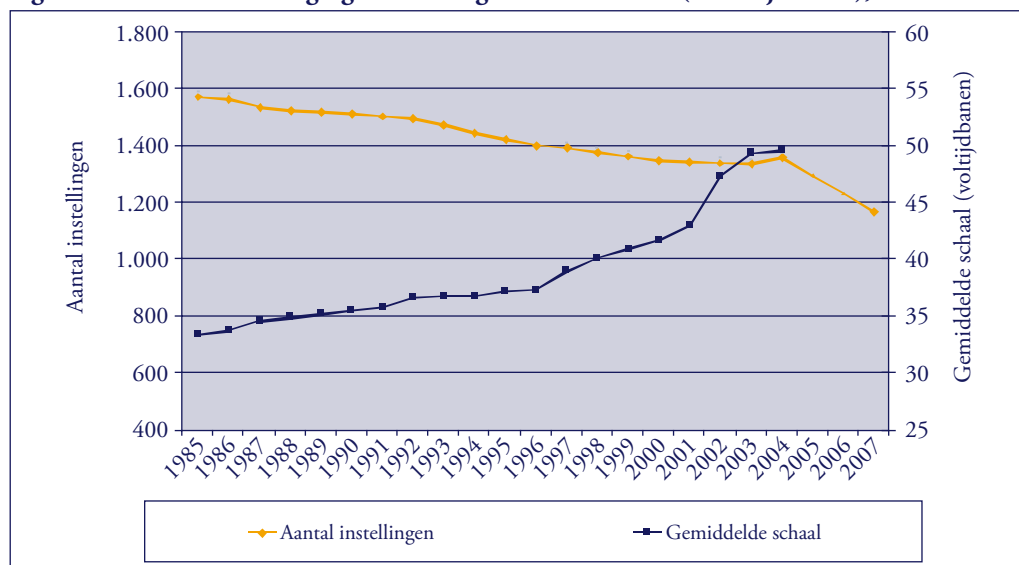
5.6 Verzorgingshuizen

Aantal en schaal

Figuur 5.10 gaat in op de ontwikkeling van het aantal verzorgingshuizen in Nederland. Het gaat om het aantal instellingen¹⁰ in de periode 1985-2007. De gegevens hebben betrekking op alle toegelaten verzorgingshuizen waarin aan tenminste vijf ouderen duurzaam verblijf en verzorging wordt verschaft.

Verder beschrijft figuur 5.10 de ontwikkeling van het gemiddeld aantal werknemers (gemeten in voltijdbanen) per instelling. Het gaat om het personeel op de eigen loonlijst inclusief oproepkrachten.

Figuur 5.10 Aantal verzorgingshuizen en gemiddelde schaal (in voltijdbanen), 1985-2007



Bron: CBS Statline, RIVM Zorgatlas

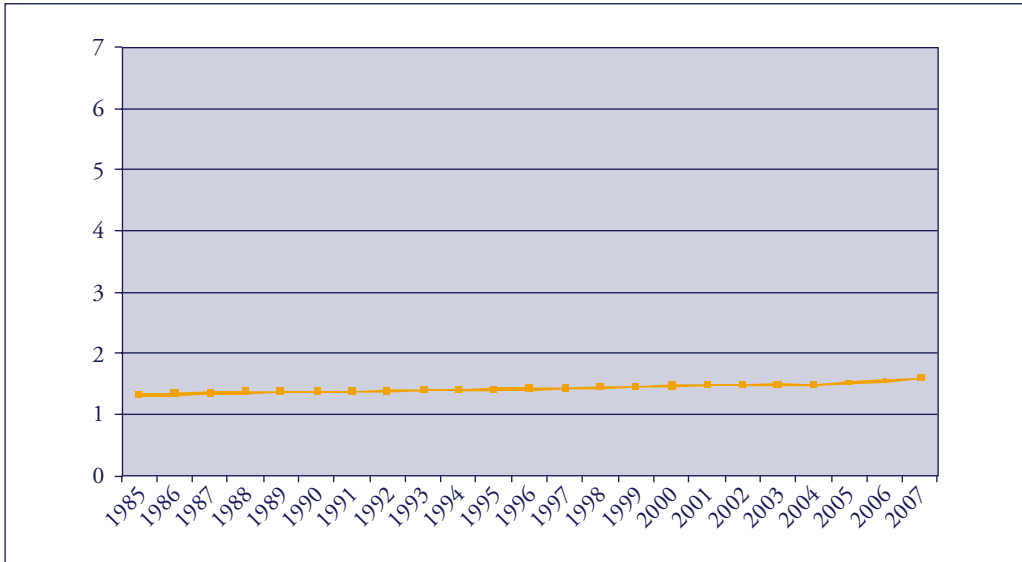
Het aantal instellingen in deze sector is in de periode 1985-2004 gedaald van bijna 1.600 naar bijna 1.400 (figuur 5.10). In 2004 is er een toename te zien in de cijfers. In 2007 spreekt het RIVM in de zorgatlas echter van 1170 locaties voor verzorgingshuizen. Tot slot laat figuur 5.10 zien dat de gemiddelde schaal in de gehele periode is toegenomen. De gemiddelde schaal bedraagt in 2004 bijna 50 voltijdbanen.

Gemiddelde reisafstand

In deze paragraaf kijken we wat de gevolgen zijn van bovengenoemde ontwikkelingen voor de bereikbaarheid van verzorgingshuizen in Nederland, gebruikmakend van de methoden zoals beschreven in paragraaf 2.6. Dit resulteert in een indicatie van de feitelijke reisafstand.

Figuur 5.11 geeft inzicht in de benaderde gemiddelde reisafstand naar verzorgingshuizen. We kijken hierbij naar het door het CBS gedefinieerde instellingsniveau.

Figuur 5.11 Afstandsindicator (in km), verzorgingshuizen, 1985-2007



Bron: berekeningen IPSE Studies op basis van gegevens van CBS Statline over bodemgebruik

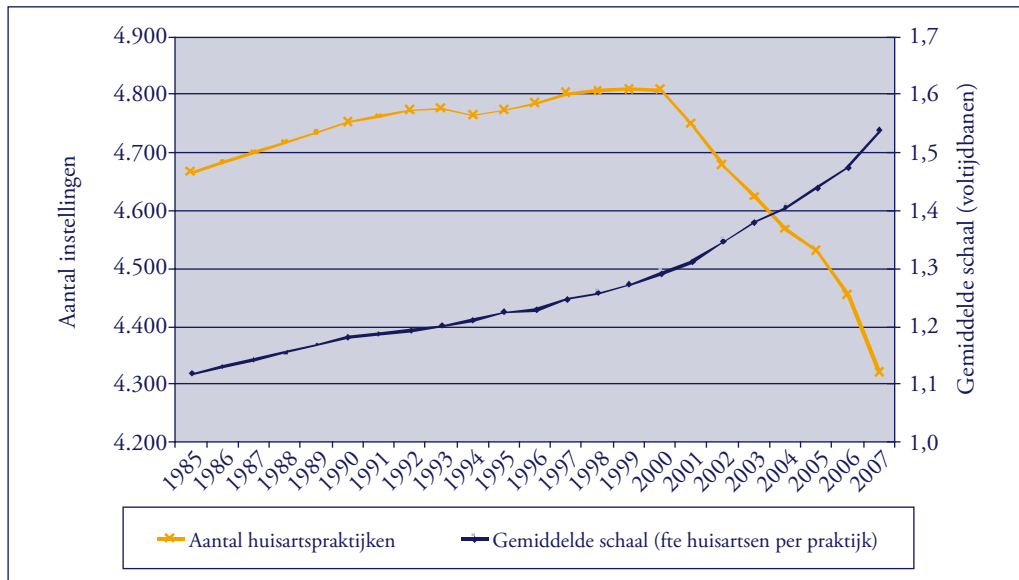
Figuur 5.11 laat zien dat de gemiddelde reisafstand naar instellingen nauwelijks is toe- of afgenomen in de periode 1985-2005. De gemiddelde reisafstand bedraagt ongeveer 1,6 kilometer in 2007.

5.7 Huisartsenpraktijken

Aantal en schaal

Figuur 5.12 geeft de ontwikkeling weer van het aantal huisartsenpraktijken vanaf 1985 tot en met 2007 en de gemiddelde grootte van de huisartsenpraktijk, uitgedrukt in voltijdbanen huisartsen per praktijk.

Figuur 5.12 Aantal huisartsenpraktijken en gemiddelde schaal (voltijdbanen huisartsen), 1985-2007



Bron: CBS Statline, NIVEL

Vanaf 1970 heeft een afname plaats in het aandeel solopraktijken ten gunste van duo- en groepspraktijken. Daarnaast is er sprake van een vermindering van het absolute aantal praktijken. Het totaal aantal huisartsen is toegenomen. Dit heeft betrekking op het aantal zelfstandige huisartsen en het aantal (gekwalficeerde) huisartsen dat in dienst is van een praktijk. Verder is ook het aantal voltijdbanen toegenomen (NIVEL 2007).

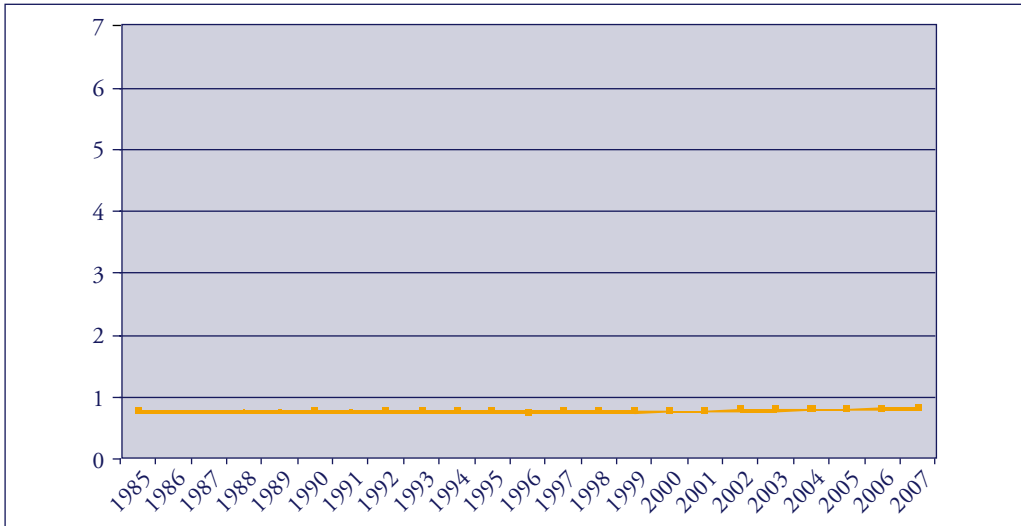
Door beide ontwikkelingen zien we een vergroting van het gemiddelde aantal voltijdbanen per praktijk in figuur 5.12. Deze schaalvergroting geeft weliswaar een vermindering van de fysieke toegankelijkheid van zorg, maar kan daarentegen ook bijdragen aan een kwaliteitsverhoging door een toenemende specialisatie binnen een huisartsenpraktijk.

Gemiddelde reisafstand

In deze paragraaf kijken we wat de gevolgen zijn van de schaalvergroting in de periode 1985-2005 voor de bereikbaarheid van huisartsen in Nederland.

Figuur 5.13 geeft inzicht in de benaderde gemiddelde reisafstand naar huisartsenpraktijken

Figuur 5.13 Afstandsindicator (in km), huisartsenpraktijken, 1985-2007



Bron: berekeningen IPSE Studies op basis van gegevens van CBS Statline over bodemgebruik

Figuur 5.13 laat zien dat de gemiddelde reisafstand naar huisartsenpraktijken nagenoeg gelijk is gebleven. De gemiddelde reisafstand bedraagt zo'n 800 meter volgens de afstandsindicator.

5.8 Bereikbaarheid ziekenhuizen en huisartsen vergeleken

Bij het waarborgen van de toegankelijkheid van zorg is substitutie van de tweede lijn naar de eerste lijn onder andere opgenomen in het Vogelaar akkoord (LHV et al. 2005). Uit internationaal onderzoek blijkt bovendien dat een sterke eerstelijnszorg samengaat met een effectieve(re) gezondheidszorg met lagere sterftecijfers (Gezondheidsraad 2004; NHG 2005).

Controles voor chronische patiënten in stabiele situaties kunnen daarom medisch gezien heel goed worden overgeheveld van ziekenhuis naar huisartsenpraktijken. DBC-coderingen voor een aantal typen van chronische zorg worden inmiddels gegeven voor zowel ziekenhuizen als voor huisartsen, bijvoorbeeld bij de controle van diabetes, hypertensie of stoornissen in de vetstofwisseling.

Bij een beschouwing van de bereikbaarheid van ziekenhuizen zou dus ook de bereikbaarheid van huisartsenpraktijken in ogenschouw genomen moeten worden. Daarom relateren we de eerder gevonden bereikbaarheid van ziekenhuizen aan de bereikbaarheid van huisartsenpraktijken in deze paragraaf.

In paragraaf 5.1 constateerden we dat de reisafstand naar instellingen van ziekenhuizen met ongeveer twee kilometer is toegenomen naar ongeveer zes kilometer in 2005. De reisafstand naar locaties is in de loop der tijd nagenoeg gelijk gebleven, namelijk vier kilometer.

Hoewel het aantal huisartsen in personen en voltijdbanen is toegenomen, is het aantal huisartsenpraktijken juist afgenomen, zo blijkt uit de vorige paragraaf. Voor de reisafstand naar een huisartsenpraktijk heeft dit echter nauwelijks gevolgen. De reisafstand bedraagt zo'n 800 meter.

Per saldo lijkt er voor patiënten dus niet veel veranderd te zijn. Mocht op termijn de bereikbaarheid van ziekenhuizen door fusies of sluiting van locaties toch verminderen, dan zal een deel van de ziekenhuiszorg wellicht bij huisartsen terechtkomen. De zorgzwaarte van de patiënten bij huisartsen neemt naar verwachting dan toe. Deze grotere en zwaardere vraag zal wellicht beter kunnen worden geleverd in wat grotere huisartsenpraktijken. De bereikbaarheid van huisartsen zal door deze schaalvergroting niet onder druk komen te staan.

6 Conclusies

Dit rapport tracht een inzicht te geven in de relatie tussen schaal, doelmatigheid, kwaliteit en bereikbaarheid van een aantal zorginstellingen in Nederland. Op basis van een conceptueel kader, resultaten uit internationaal onderzoek en actuele en historische gegevens over zorginstellingen komt het rapport tot een voorlopige beoordeling van de Nederlandse situatie. In het rapport is voornamelijk vanuit een economisch perspectief gekeken.

6.1 Beschouwingen over schaal

In de discussies over schaal ontstaat nogal eens enige verwarring over het begrip schaal. Het hanteren van verschillende aggregatieniveaus is hier debet aan. Zo zullen juridische en economische beschouwingen, bijvoorbeeld over doelmatigheid, dikwijls aangrijpen bij de organisatie of de instelling. Het betreft hier het niveau waarop de financiering geënt is en waarop economische en strategische beslissingen worden genomen. In discussies over bereikbaarheid richt de aandacht zich op locaties en het aanbod aldaar van functies en/of zorgproducten. In discussies over kwaliteit gaat het dikwijls om de schaal van maatschappen of afdelingen. Als kwaliteitscriteria voor medisch specialistische hulp worden dikwijls de intercollegiale toetsing en de beschikbaarheid van subspecialismen genoemd. Het is duidelijk dat tussen de verschillende aggregatieniveaus een samenhang bestaat, maar dit is geen noodzakelijkheid. De wens voor maatschappen van een bepaalde schaal betekent niet automatisch een gewenste schaal van het ziekenhuis of een gewenst aantal locaties. Een ander kwaliteitscriterium is dat een bepaalde behandeling minimaal een bepaald aantal malen per jaar moet worden uitgevoerd. Dat veronderstelt een bepaalde patiëntentooestroom en dus een bepaalde schaal, hoewel deze niet persé door middel van fusies gerealiseerd hoeft te worden. Ook andere samenwerkingsverbanden kunnen de gewenste schaal genereren. Dat is in de praktijk bijvoorbeeld het geval met de bijzondere medische verrichtingen.

Bij de beoordeling van bereikbaarheid is niet alleen het aantal locaties van belang, maar ook het aanbod van functies/zorgproducten op locaties en de vraag naar de verschillende functies/zorgproducten. Indien het zorgaanbod op locaties zich steeds verder specialiseert dan neemt de bereikbaarheid af. De omvang van het totale bereikbaarheidseffect hiervan wordt in belangrijke mate bepaald door de vraag naar bepaalde functies. Indien een functie in een locatie niet meer beschikbaar is en de vraag hiernaar beperkt is, dan is het bereikbaarheidseffect toch gering. Bereikbaarheid dient daarom dus te worden beoordeeld langs de dimensies van

locaties, functies en vraag naar functies. Ook deze aspecten lijken in de discussies nogal eens te worden veronachtzaamd.

De schaal van instellingen (en/of andere niveaus) heeft directe gevolgen voor de doelmatigheid, de bereikbaarheid en de kwaliteit van de dienstverlening. Er zijn ook indirecte gevolgen in termen van het ontstaan van meer marktmacht (met name bij schaalvergroting door fusies) of het beïnvloeden van de innovatieve kracht van instellingen. Instellingen zullen nadrukkelijk rekening houden met de directe en indirecte gevolgen in hun bedrijfsvoering of strategieontwikkeling. Ook indirecte of dynamische effecten moeten in de beoordeling worden verwerkt. Zo is het bijvoorbeeld denkbaar dat ziekenhuizen fuseren met het oog op meer marktmacht en gedwongen worden om schaalvoordelen te materialiseren via sluiting van locaties of specialisaties op locaties.

6.2 Empirische kennis over schaal en bereikbaarheid

De optimale schaal van een ziekenhuis ligt, uit het oogpunt van doelmatigheid, volgens internationaal onderzoek ergens tussen de 200 en 300 bedden. Dit sluit goed aan bij eerdere bevindingen over Nederlandse ziekenhuizen. Bijna alle Nederlandse ziekenhuizen opereren boven deze optimale schaal. De conclusie is gewettigd dat uit doelmatigheidsoverwegingen de schaalvergroting van Nederlandse ziekenhuizen al te ver is doorgeschoten en dat er geen doelmatigheidsargumenten kunnen worden gebruikt om nog meer fusies te onderbouwen.

Volgens verschillende onderzoeken heeft de bereikbaarheid van ziekenhuizen gevolgen voor de vraag naar ziekenhuiszorg. Over het algemeen neemt de bereidheid om naar een ziekenhuis te gaan af naarmate de afstand tot een ziekenhuis toeneemt. Vooral bij mensen uit lage sociaaleconomische klassen is dit effect waar te nemen. Het niet bezitten van een auto of de hoge vervoerskosten spelen hierin waarschijnlijk een belangrijke rol. In sommige situaties blijkt de eerstelijnszorg als een substituuut te dienen voor het ontbreken van een ziekenhuis op een redelijke afstand.

De optimale schaal van verpleeghuizen ligt, volgens internationaal onderzoek, rond de 100 bedden. Eerder onderzoek in Nederland wees ook al uit dat voor de meeste verpleeghuizen geen schaalvoordelen meer zijn te realiseren. Vergelijkbaar aan de situatie met ziekenhuizen geldt ook hier dat er geen doelmatigheidsargumenten zijn om te fuseren of om andere vormen van schaalvergroting na te streven.

Voor de overige voorzieningen, zoals GGZ en intramurale zorg voor verstandelijk gehandicapten, is weinig onderzoeksliteratuur beschikbaar. Het is te verwachten dat de resultaten voor intramurale zorg met een sterke woon- en zorgcomponent niet veel zullen afwijken van de resultaten voor

verpleeghuizen. Literatuur over huisartsenpraktijken is ook zeer beperkt en heeft dikwijls betrekking op landen die een volstrekt andere organisatie van de eerstelijnszorg kennen waarin huisartsen in een praktijk een onderdeel vormen in het aanbod van verschillen soorten zorg. In Nederland is weinig empirische kennis over de doelmatigheid van huisartsenpraktijken beschikbaar.

Buitenlandse onderzoeken geven aan dat patiënten reageren op de bereikbaarheid van zorginstellingen. Bij een toenemende afstand tot ziekenhuizen neemt de vraag naar ziekenhuiszorg af. Ook wordt de vraag naar ziekenhuiszorg beïnvloed door de bereikbaarheid van eerstelijnszorg. Zo is er dus ook sprake van enige substitutie tussen de vraag naar ziekenhuiszorg en eerstelijnszorg.

De empirische kennis over de relatie tussen schaal en kwaliteit van zorg is zeer beperkt. Uit sommige verpleeghuisstudies blijkt wel enig verband. Zo zouden gemeten schaalnadelen deels teniet worden gedaan door kwaliteitsverbetering bij schaalvergroting.

6.3 Actueel zorgaanbod

In 2007 zijn er 186 locaties (inclusief buitenpoliklinieken) van algemene en academische ziekenhuizen, behorende bij 92 instellingen. De bereikbaarheid is overwegend goed te noemen in Nederland. Op een paar kleine dunbevolkte gebieden na is bijna overal een ziekenhuis binnen 30 autominuten te bereiken. Alle ziekenhuizen in Nederland bieden de belangrijkste specialismen aan. Het cijfermateriaal geeft geen indicatie over de beschikbaarheid van specialismen binnen locaties van ziekenhuizen. Verdergaande differentiatie van specialismen binnen ziekenhuislocaties is mogelijk een tendens. Daar staat tegenover de tendens dat het aantal buitenpoliklinieken de laatste jaren iets toeneemt. Aangezien het aantal polikliniekbezoeken het aantal klinische en dagopnamen ver overstijgt is uit oogpunt van bereikbaarheid het aantal locaties met een polikliniek van grote betekenis. Indien op de verschillende poliklinische locaties een breed aanbod van specialismen aanwezig is, dan staat de bereikbaarheid niet onder druk.

Naast de algemene en academische ziekenhuizen zijn er ook nog categorale ziekenhuizen, waar gespecialiseerde zorg wordt aangeboden. Omdat het in een aantal gevallen om zorg gaat die ook in andere ziekenhuizen wordt aangeboden leidt dit aanbod ook nog tot een (bescheiden) verbetering van de bereikbaarheid.

Een andere tendens die tot een verbetering van de bereikbaarheid kan bijdragen is de groei van het aantal instellingen voor medisch-specialistische zorg zonder verblijf. Vooralsnog nemen deze instellingen geen al te groot

deel van de zorgproductie voor hun rekening en zijn zij vooral geconcentreerd in de grote steden, waar de bereikbaarheid van ziekenhuiszorg al goed is. Een verdere groei kan op termijn wel effect hebben.

De bereikbaarheid van instellingen voor intramurale GGZ laat zich moeilijk kwantificeren, onder meer vanwege de heterogeniteit van het aanbod. De beschikbare gegevens geven een indicatie dat het in de provincies Friesland, Zeeland en Flevoland matig gesteld is met het aanbod. Omdat in deze sector geen gegevens beschikbaar zijn over locaties is enige terughoudendheid op zijn plaats. Overigens kan een deel van de patiënten ook nog terecht op een PAAZ- of PAAC-afdeling van een ziekenhuis. In totaal beschikken 65 ziekenhuizen over een dergelijke afdeling. De eerder genoemde geografische lacunes worden hier voor een deel mee gecompenseerd.

Het aantal instellingen voor verstandelijk gehandicapten bedraagt 140 in 2005. Het gaat hier louter om instellingen die intramurale zorg leveren.

Het aantal verpleeghuizen in 2004 bedraagt 342. In 282 gemeenten is dan geen verpleeghuis aanwezig. In 2007 zijn er 324 verpleeghuizen en 210 gecombineerde instellingen voor verpleging en verzorging. Met name vanaf 2005 is de bereikbaarheid toegenomen door het ontstaan van deze gecombineerde instellingen..

Naast de eerdergenoemde 210 gecombineerde instellingen voor verpleging en verzorging zijn er in 2007 960 verzorgingshuizen (in totaal dus nog 1.170 instellingen). In 2004 waren er nog bijna 1.400 verzorgingshuizen. In 2004 is in 37 gemeenten geen verzorgingshuis aanwezig en in 159 gemeenten één. De bereikbaarheid van verzorgingshuizen is ondanks de afname in het aantal instellingen goed.

In 2007 zijn er 4.300 huisartsenpraktijken. De reistijd naar de dichtstbijzijnde huisartsenpraktijk bedraagt slechts enkele minuten. Er zijn maar 145 mensen die verder dan 15 autominuten van een huisarts wonen.

6.4 Ontwikkelingen in de tijd

Tabel 6.1 geeft de belangrijkste ontwikkelingen per zorgvoorziening weer tussen 1985 en 2007. Met uitzonderingen van de algemene en academische ziekenhuizen is het niet mogelijk een onderscheid te maken tussen instellingen en locaties. In de andere voorzieningen is het aantal instellingen als uitgangspunt gehanteerd. Dit betekent dat de reisafstand in sommige gevallen is overschat.

In een enkel geval is het niet mogelijk een bepaalde ontwikkeling vanaf 1985 in kaart te brengen. In de noten bij tabel 6.1 geven we het oudste

jaar weer waarvoor wel gegevens beschikbaar zijn. Ook is het in een aantal gevallen niet mogelijk een bepaalde ontwikkeling tot en met 2007 weer te geven. We kijken in dit geval naar de ontwikkeling tot het meest recente jaar (2006, 2005 of 2004). Het meest recente jaar voor de gemiddelde schaal is altijd 2005.

Tabel 6.1 Schaal en bereikbaarheid zorgvoorzieningen, 1985-2005/2007

Voorziening	Aantal		Gemiddelde schaal		Afstandsindicator	
	1985	2004-2007	1985	2005	1985	2004-2007
Alg. en acad. Ziekenhuizen (inst.) ⁴	159	92	767	1.762	4,2	5,7
Alg. en acad. Ziekenhuizen (loc.) ⁵	174 ¹	186	740 ¹	950	4,1 ¹	4,0
Inst. voor intramurale GGZ ⁶	82	69	310	675	6,7 ³	7,5
RIBW'en	33 ³	20	66 ³	149	9,4 ³	12,3
PAAZ-/PAAC-afdelingen ⁷	83 ²	65	57 ²	105	5,8 ²	6,8
Inst. voor intramurale GHZ	121	143	322	525	4,8	4,6
Verpleeghuizen	328	534	163	231	2,9	2,4
Verzorgingshuizen	1.575	1.170	33	50	1,3	1,6
Huisartsenpraktijken ⁸	4.667	4.321	1,1	1,5	0,8	0,8

1 1994

2 1986

3 1998

4 Ziekenhuizen: exclusief vrijgevestigde specialisten

5 Ziekenhuislocaties: inclusief buitenpoliklinieken

6 Intramurale GGZ: bij de berekening van de afstandsindicator zijn Tbs-klinieken en instellingen voor geïntegreerde verslavingszorg buiten beschouwing gelaten

7 PAAZ/PAAC: gemiddelde schaal geraamd op basis van toegelaten bedden

8 Huisartsen: geen ondersteunend personeel

Het aantal ziekenhuizen is tussen 1985 en 2007 fors gedaald van bijna 160 naar ruim 90. De schaal groeide tot 2005, in termen van voltijdbanen, met ongeveer 125%. Het aantal locaties blijkt zelfs licht toegenomen te zijn, vooral vanwege de recente groei in buitenpoliklinieken. Dit is een zeer interessante constatering. Het aantal polikliniekbezoeken is immers 16 keer zo groot als het aantal opnamen. Bij de vaststelling van de gemiddelde bereikbaarheid van ziekenhuizen is dus het aantal locaties met een polikliniek een dominante factor. Op basis van het aantal locaties is de afstandsindicator in de loop der tijd niet gewijzigd. Kanttekening hierbij is dat in dit geval alleen vanuit het perspectief van de patiënt wordt gerekend. Indien ook de reizen voor ziekenbezoek worden verdisconteerd, dan ontstaat een minder scherp beeld. Iedere verpleegdag in een ziekenhuis leidt dan tot een aantal reizen naar het ziekenhuis door familie en vrienden. Aangezien er in 2006 ruim 11 miljoen verpleegdagen werden gerealiseerd komt er een aantal ziekenhuisbezoeken bij in de grootteorde van 10 tot 20 miljoen, uitgaande van gemiddeld één à twee bezoeken per dag. De verzamelde gegevens geven geen indicatie over verschuivingen van functies tussen ziekenhuislocaties. Om enig inzicht

in de gevolgen hiervan te kijken passen we het volgende eenvoudige experiment toe. Als in ieder ziekenhuis alle beschikbare functies zouden worden verdeeld tussen de locaties van het ziekenhuis dan zou de gehanteerde afstandindicator tussen 1985 en 2005 zijn gegroeid van 4,2 naar 5,6 kilometer.

De ontwikkelingen in de bereikbaarheid van GGZ zijn zeer lastig in kaart te brengen. Voor de ambulante zorg zijn in het geheel geen locatiegegevens. Voor de verschillende typen intramurale GGZ-voorzieningen is het aantal instellingen tussen 1985 en 2005 gedaald van ruim 80 naar iets minder dan 70. Het aantal RIBW'en daalde tussen 1998 en 2005 van 33 naar 20. De schaal in de intramurale GGZ steeg met meer dan 100%; ook bij de RIBW'en was sprake van een verdubbeling van de schaal. Verder is het aantal PAAZ-en PAAC-afdelingen bij ziekenhuizen afgenomen van ruim 80 in 1986 tot 65 in 2004.

Waarschijnlijk zijn de gevolgen voor de bereikbaarheid in de intramurale GGZ beperkt te noemen. Het effect voor de RIBW'en lijkt wel substantieel geweest. Hierbij moet worden bedacht dat vooral de bestuurlijke schaal is toegenomen, terwijl er juist sprake is geweest van deconcentratie (bijvoorbeeld via zelfstandig wonen) De reistijd naar een PAAZ- of PAAC-afdeling nam met één kilometer toe.

Het aantal instellingen voor verstandelijk gehandicapten is tussen 1985 en 2005 gegroeid van ongeveer 120 tot meer dan 140. In 2000 is het aantal op zijn top (154). De laatste jaren is dus weer sprake van enige consolidatie. Ondanks de toename van het aantal instellingen is ook de schaal van de instellingen toegenomen. De vraag naar dit type zorg is dus sneller gegroeid dan het aantal instellingen.

Het aantal verpleeghuizen is tussen 1985 en 2007 gegroeid van ongeveer 310 tot meer dan 534. Deze groei heeft met name in de periode na 2005 plaats gehad. In 2007 zijn er 210 verzorgingshuizen die ook verpleging zijn gaan aanbieden. Tegelijkertijd is door de sterke groei van de vraag naar verpleeghuiszorg ook de schaal van verpleeghuizen toegenomen. Reisaftanden blijven nagenoeg constant door de tijd, 2007 uitgezonderd. De reisafstand neemt in dit jaar 0,5 kilometer af in vergelijking met 2005.

Het aantal verzorgingshuizen is tussen 1985 en 2007 gedaald van bijna 1.600 tot iets minder dan 1.170. Met name na 2005 is er een afname te zien.

Het aantal huisartsenpraktijken is tussen 1985 en 2007 licht gedaald van 4.700 naar 4.300. Voor de afstandsindicator heeft dit echter nauwelijks gevolgen. De gemiddelde schaal groeide in die periode van 1,1 voltijd-baan huisartsen in een praktijk naar 1,5.

6.5 Nader onderzoek

Dit rapport is in zes weken tot stand gekomen. Binnen een dergelijk korte periode is het alleen mogelijk om een beschrijving te geven van bestaand onderzoek. Het al aanwezige onderzoek geeft een aardige inkijk in een aantal aspecten van doelmatigheid, kwaliteit en bereikbaarheid van zorg. In het bijzonder geven de kaarten van het RIVM een goede indruk over de bereikbaarheid van zorg in Nederland. In het verleden is ook een aantal keren uitgebreid onderzoek gedaan naar de doelmatigheid van Nederlandse zorgvoorzieningen. Het verdient aanbeveling dit type onderzoek te herhalen en op een aantal punten een bredere insteek te geven. Zo is het voor de beoordeling belangrijk om een verdere uitsplitsing te maken naar verschillende functies (producten) en locaties. Bij de beoordeling van de bereikbaarheid spelen deze dimensies bij uitstek een rol. Instellingen, in de betekenis van bekostigseenheid of rechtsvorm, schieten hier te kort. Instellingen zijn uiteraard wel van betekenis bij de beoordeling van marktmacht. Door functies los te koppelen van instellingen ontstaat ook automatisch de mogelijkheid van zorgvervanging in de beoordeling mee te nemen. Denk bijvoorbeeld aan sommige behandelingen die door huisartsen worden uitgevoerd in plaats van door specialisten in ziekenhuizen.

Uit het onderzoek blijkt verder dat over de relatie tussen schaal en kwaliteit niet veel bekend is. In het kader van meer transparantie komen wel steeds meer gegevens beschikbaar over de kwaliteit van de zorg in instellingen. Dit biedt een interessante mogelijkheid om deze gegevens te koppelen met gegevens over de bedrijfsvoering (kosten en personeel). Ook de relatie tussen marktmacht en kwaliteit van zorg dient een centrale plaats in het onderzoek te krijgen. Ook hier geldt dat, in het kader van het toezicht, al interessante gegevens worden verzameld over de productie en de marktpositie van instellingen. Een ander belangrijk nog ontbrekend element in het bestaande onderzoek heeft betrekking op innovatiekracht. Er is nog weinig zicht op wat de drijvers zijn van innovatie en wat de gevolgen zijn van innovaties voor de doelmatigheid.

6.6 Slotconclusies

Voor een groot deel van de Nederlandse zorg kunnen doelmatigheids-overwegingen geen rol spelen bij schaalvergroting. De meeste zorginstellingen in Nederland, in het bijzonder algemene en academische ziekenhuizen, hebben een schaal waar geen schaalvoordelen meer zijn te realiseren. Dit geldt niet voor huisartsenpraktijken. Deze zijn overwegend klein (nog veel solo- en duopraktijken). Overigens is door het ontbreken van empirisch onderzoek niet duidelijk of er schaalvoordelen voor huisartsen te realiseren zijn.

Verdere schaalvergroting van ziekenhuizen zal overwegend worden ingegeven door de behoefte om meer marktaandeel en meer marktmacht te creëren. De vraag of dit al dan niet wenselijk is, is moeilijk te beantwoorden. Indien er vanuit de verzekeringskant van de markt een duidelijke machtconcentratie optreedt, is die bij de zorgaanbieders ook te prefereren. Indien dit niet het geval is, dan gaat uit het oogpunt van concurrentie de voorkeur uit naar een groter aantal instellingen.

Kwaliteitsargumenten voor schaalvergroting zullen dikwijls ook niet geldig blijken. Zij hebben veelal betrekking op een ander aggregatieniveau. Grotere maatschappen (met subspecialismen) kunnen bijvoorbeeld gerealiseerd worden zonder grotere ziekenhuizen te creëren. In de literatuur zijn ook geen harde bewijzen te vinden voor een relatie tussen schaal en kwaliteit.

De bereikbaarheid van zorg is in principe niet gediend met schaalvergroting. De gevolgen van schaalvergroting voor bereikbaarheid zijn echter niet eenduidig. Belangrijk is de bestaande Ausgangssituatie. Schaalvergroting heeft bij een zeer dicht aanbod van instellingen weinig effect op de bereikbaarheid. Huisartsenpraktijken zijn hier een voorbeeld van. Als daarentegen de dichtheid van het aanbod gering is dan heeft een verdere daling van het aanbod veel substantiëlere gevolgen. Een tweede kanttekening betreft ook hier het onderscheid tussen aggregatieniveaus. Schaalvergroting, bijvoorbeeld door fusies, leidt niet noodzakelijkerwijs tot een vermindering van het aantal locaties en dus tot een vermindering van de bereikbaarheid. Aan de andere kant hoeft het voortbestaan van locaties ook niet automatisch te betekenen dat de bereikbaarheid ongemoeid blijft. Specialisatie tussen locaties heeft wel degelijk gevolgen voor de bereikbaarheid. Een volledige opdeling van functies over locaties heeft de facto hetzelfde effect als het sluiten van een locatie. Vooralsnog lijkt daar bij ziekenhuizen nog geen sprake van te zijn. De derde kanttekening heeft betrekking op de macht van het getal. Als de vraag naar een bepaalde functie of zorgproduct gering is dan is bereikbaarheid beleidsmatig ook minder relevant. Zo geldt voor ziekenhuizen dat de polikliniek qua aantal patiënten de belangrijkste functie is. Ziekenhuizen zijn zich hier blijkbaar van bewust, omdat de gegevens laten zien dat het aantal locaties met een poliklinische functie door de jaren heen zelfs enigszins is gegroeid. De vierde kanttekening betreft de impact van een verminderde bereikbaarheid. In sommige gevallen is alleen maar sprake van een toegenomen ongemak of een verhoging van de vervoerskosten, in acute gevallen kan de bereikbaarheid letterlijk een kwestie van leven of dood zijn. In gevolg van acute zorg speelt overigens de overige infrastructuur, zoals de aanrijtijden van ambulances of de beschikbaarheid van traumateams, een minstens even belangrijke rol.

De verspreiding van innovaties hangt voor een deel samen met schaal. Het beperkte beschikbare onderzoek hierover geeft aan dat grote instel-

lingen waarschijnlijk over wat meer financiële armslag beschikken en over een betere informatiepositie zodat zij eerder tot innovaties besluiten.

Als we bovenstaande afwegingen afzetten tegen ontwikkelingen in de Nederlandse zorg dan dient zich het volgende beeld aan. De afgelopen 20 jaar is het aantal algemene en academische ziekenhuizen fors afgenomen door de vele fusies. Het aantal locaties, in het bijzonder waar poliklinische hulp wordt geleverd, is echter nauwelijks aangetast. De gevolgen voor de bereikbaarheid zullen daardoor beperkt zijn geweest. Wel moet worden gevreesd dat door de schaalvergroting de schaaldoelmatigheid verminderd is. Als gevolg van technische ontwikkelingen zal de kwaliteit van de geleverde zorg zijn verbeterd, het is evenwel onduidelijk welke rol de schaalontwikkelingen hierin hebben gespeeld. Evenmin is duidelijk of de schaalvergroting heeft bijgedragen aan meer innovaties in de zorg.

In de intramurale GGZ is het aantal psychiatrische ziekenhuizen en geïntegreerde instellingen met ongeveer 15% afgenomen. De schaal is hierdoor substantieel toegenomen. Gegeven de (oorspronkelijke kleine) schaal van psychiatrische ziekenhuizen is het niet uit te sluiten dat deze ziekenhuizen wel hebben geprofiteerd van schaalvoordelen en de schaaldoelmatigheid is toegenomen. Het aantal PAAZ-/PAAC-afdelingen is met meer dan 20% afgenomen.

Het aantal instellingen voor intramurale zorg voor verstandelijk gehandicapten is toegenomen in de loop der tijd. Vanwege het ontbreken van onderzoeksgegevens is het effect op de doelmatigheid niet in te schatten. De bereikbaarheid is in ieder geval wel verbeterd.

Door de vergrijzing is de vraag naar verpleeghuishulp sterk gegroeid. Het aantal instellingen met verpleeghuishulp is daardoor gegroeid evenals de schaal van de instellingen. Aangezien veel verpleeghuizen groter zijn dan de optimale schaal heeft de verdergaande schaalvergroting geen of wellicht zelfs een negatief effect gehad op de schaaldoelmatigheid. Aangezien het aantal instellingen is toegenomen, is de bereikbaarheid enigszins verbeterd.

Het aantal verzorgingshuizen in Nederland is tussen 1985 en 2007 gedaald, maar is nog steeds substantieel (bijna 1.200). De gemiddelde schaal is in die tijd toegenomen. Gezien de relatief kleine schaal van verzorgingshuizen (in 1985 gemiddeld 33 voltijdbanen) heeft een deel van de schaalvergroting mogelijk bijgedragen aan een hogere schaaldoelmatigheid. Door het grote aantal verzorgingshuizen heeft de bereikbaarheid nauwelijks geleden onder het afgenomen aantal instellingen.

Het aantal huisartsenpraktijken is door de jaren heen enigszins afgenomen en de gemiddelde schaal toegenomen. Gezien de zeer kleine omvang van de huisartsenpraktijken zijn er waarschijnlijk wel schaalvoordelen

te realiseren (onderzoek hierna ontbreekt). De huisartsendichtheid is zo groot dat van een bereikbaarheidsprobleem geen sprake kan zijn, ook lokaal niet.

Bijlage bij hoofdstuk 2

Afstandsindicator

Blank (1993)¹¹ presenteert een formule om de gemiddelde reisafstand naar scholen te berekenen op basis van de oppervlakte van een gebied, het aantal instellingen en de zogenoemde crow fly correction factor (bochtenfactor). De berekening gaat uit van een aantal sterke veronderstellingen, zoals de homogene verdeling van leerlingen over een gebied en een centrale locatie van de betreffende voorziening. Ondanks de globale benadering blijkt de formule in de praktijk toch een redelijke indicatie te geven en zeker bij vergelijking van afstanden onderling een aardig beeld te schetsen. Uiteraard houdt de maat geen rekening met allerlei fysieke obstakels, zoals waterwegen, spoorlijnen en snelwegen. Deze zijn verwerkt in de eerdergenoemde crow fly correction factor, die de verhouding weergeeft tussen de feitelijke afstand en de hemelsbrede afstand.

De gemiddelde afstand bedraagt:

$$D_g = \frac{2}{3} cc_g \phi r_g$$

Met:

D_g = gemiddelde afstand

cc_g = 'crow fly correction factor' in gebied g;

r_g = straal in g.

$$r_g = \sqrt{\frac{Opp_g}{\left\{ \frac{n_g}{\pi} \right\}}}$$

Met:

Opp_g = oppervlakte gebied g;

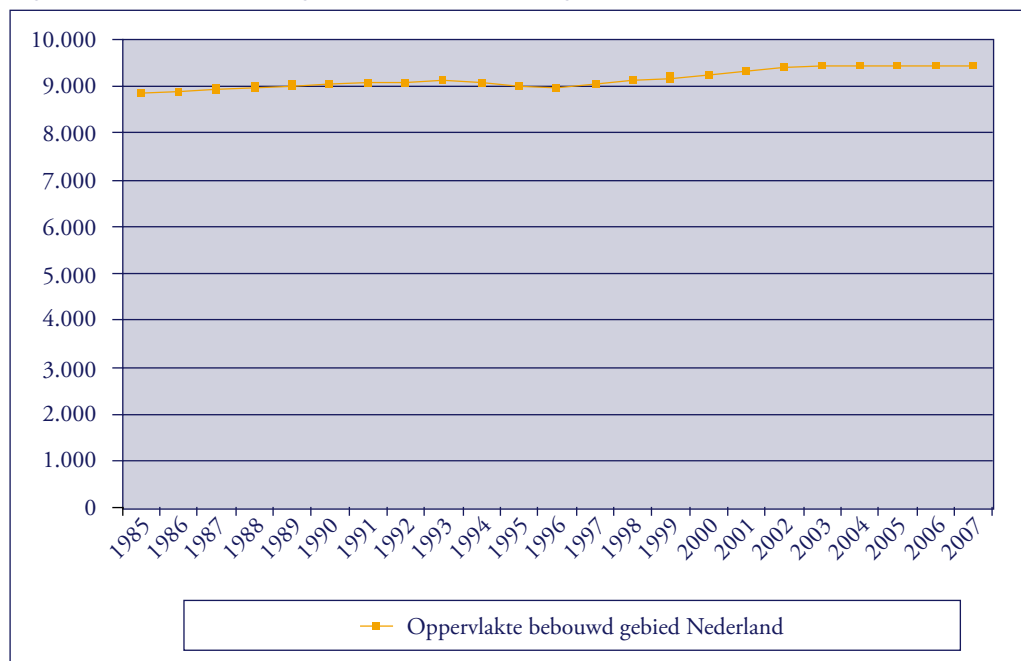
n_g = aantal instellingen van een bepaald type in gebied g

Bij de berekening speelt de oppervlakte van het gebied een rol. Hiervoor is in eerste instantie de oppervlakte van het bebouwde gebied genomen. Echter naarmate er minder instellingen zijn zal de verplaatsing voor een steeds groter deel plaats hebben door of langs niet bebouwde oppervlakte (buitengebied, zoals bossen en weilanden). De berekende afstand neemt dan nog verder toe.

Figuur b2.1 geeft inzicht in de ontwikkeling van het bebouwde gebied in Nederland. Het gaat om de totale oppervlakte van Nederland minus de oppervlakte van agrarisch terrein en de oppervlakte van bosgebieden. Bovendien zijn de cijfers gecorrigeerd voor toenames in het wateroppervlakte door toerekeningen van de Waddenzee aan gemeentes vanaf 1985.

Het CBS publiceert deze gegevens om de vier à vijf jaar. Ontbrekende jaren zijn door IPSE Studies geïnterpolleerd.

Figuur b2.1 Ontwikkeling oppervlakte bebouwd gebied in Nederland, 1985-2007



Verder is voor de crow fly correction factor de waarde 1,5 gehanteerd. Deze is op eerder empirisch materiaal gebaseerd (Chalasanani et al. 2005).

Bijlage bij hoofdstuk 5

Deze bijlage geeft een overzicht van de verzameling van de gegevens voor de ontwikkeling van het aanbod in de loop der tijd. We maken hierbij een onderscheid in gehanteerde bronnen en de verschillende bewerkingen op de gegevens.

Ziekenhuizen

Tabel b5.1 gaat in op de gegevensverzameling in de ziekenhuissector.

Tabel b5.1 Overzicht gegevens Ziekenhuizen

Soort gegevens	Bronnen	Opmerking/Bewerking
Aantal instellingen	NZi (1989, 1993, 1998), CBS Statline	Geen
Aantal voltijdbanen tot 1997	NZi (1989, 1993, 1998), CBS Statline	1) CBS bevat geen gegevens per type ziekenhuis. 2) Som voltijdbanen in algemene en academische ziekenhuizen 1985-1997 volgens het NZi komt niet overeen met totaal aantal voltijdbanen volgens het CBS. Daarom zijn de cijfers van het NZi iets gecorrigeerd.
Aantal voltijdbanen vanaf 1998	CBS Statline	-
Aantal locaties	RVZ (1996), CBZ (2002), RIVM Zorg-atlas (2001, 2005, 2007)	Inclusief buitenpoliklinieken

Voor het aantal locaties zijn geen gegevensbronnen beschikbaar. Daarom is er gebruik gemaakt van cijfers van het RIVM en van de RVZ. De verzameling van de overige gegevens leverde geen problemen op.

Instellingen voor intramurale GGZ

Tabel b5.2 geeft een overzicht van de gegevensverzameling in de intramurale GGZ exclusief PAAZ/PAAC.

Tabel b5.2 Overzicht gegevens intramurale GGZ (excl PAAZ/PAAC)

Soort gegevens	Bronnen	Opmerking/Bewerking
Aantal instellingen voor 1998	CBS Statline	-
Aantal instellingen na 1998	CBS Statline/ GGZ Nederland (2003, 2005, 2007)	1) Gegevens voor en na 1998 lastig vergelijkbaar. Er wordt een nieuwe indeling gehanteerd. Opgelost door alle instellingen te aggregeren (exl. RIBW'en). Reeks voor en na 1998 sluit zodoende aan. 2) Geen gegevens over RIBW'en voor 1998
Aantal voltijdbanen voor 1998	CBS Statline	-
Aantal voltijdbanen na 1998	AZWinfo.nl	Fte's verslavingszorg opgesplitst in ambulante en geïntegreerde verslavingszorg op basis van de verhouding tussen het aantal instellingen van beide types

Het blijkt lastig om consistente reeksen te construeren voor de GGZ. Er zijn veel gegevens en gegevensbronnen beschikbaar, maar in en binnen de verschillende bronnen worden vaak verschillende definities gehanteerd. Ook fusies tussen intramurale en extramurale GGZ-instellingen maakt een vergelijking van gegevens lastig. Daarom hebben we ervoor gekozen de instellingsgegevens niet te veel uit te splitsen naar type instelling.

De gegevensverzameling over PAAZ- en PAAC-afdelingen wordt weergegeven in tabel b5.3.

Tabel b5.3 Overzicht gegevens PAAZ-/PAAC-afdeling

Soort gegevens	Bronnen	Opmerking/Bewerking
Aantal instellingen	Poelijoe et al. (1994), Kwekkeboom (2001), RIVM Zorgatlas	-
Aantal toegelaten bedden	Poelijoe et al. (1994), Trimbos-instituut (2001, 2002, 2003), Kwekkeboom (2001), RIVM Zorgatlas	
Aantal voltijdbanen	IPSE Studies	Omrekening van toegelaten bedden naar voltijdbanen bij PAAZ-/PAAC-afdelingen via de verhouding tussen toegelaten bedden en voltijdbanen bij ziekenhuizen.

We hebben geen gegevens verzameld over het aantal werkzame personen of voltijdbanen bij PAAZ-/PAAC-afdelingen. Om toch iets over de schaal te zeggen rekenen we het gemiddeld aantal toegelaten bedden per afdeling om naar voltijdbanen per PAAZ-/PAAC-afdeling via de verhouding tussen toegelaten bedden en voltijdbanen bij ziekenhuizen.

Instellingen voor verstandelijk gehandicapten zorg

Tabel b5.4 geeft een overzicht van de gegevensverzameling in de intramurale zorg voor verstandelijk gehandicapten.

Tabel b5.4 Overzicht gegevens intramurale zorg voor verstandelijk gehandicapten

Soort gegevens	Bronnen	Opmerking/Bewerking
Aantal instellingen	CBS Statline	Vanaf 2001 gaat het CBS over op een andere definitie van instellingen. Derhalve is de reeks na 2001 gecorrigeerd zodat deze aansluit op de reeks voor 1998. Dit geschiedt op basis van het overlappende jaar 2001, waar er een klein verschil in instellingen is.
Aantal voltijdbanen	CBS Statline	Ook hier speelt het definitieverschil in instellingen voor en na 2001. Om hier voor te corrigeren is voor 2001 het aantal voltijdbanen van dag- en woonvoorzieningen opgeteld bij het aantal voltijdbanen van de intramurale instellingen.

Tabel b5.4 laat zien dat de zorg voor verstandelijk gehandicapten lastig in kaart te brengen is. Evenals voor de intramurale GGZ geldt dat het CBS op een gegeven moment overgestapt is op een andere definitie. Met een enkele aanname en bewerking is er een reeks voor de periode 1985-2005 geconstrueerd. Tot en met 2001 gaat het om de instellingen die van het CVZ¹² een toelating hebben gekregen. Vanaf 2001 gaat het om instellingen op het niveau van rechtspersonen, zoals stichtingen. De data over de periode voor 2001 en na 2001 zijn zonder bewerkingen dus niet één-op-één te vergelijken. We hebben dus twee bewerkingen uitgevoerd:

- Op het aantal instellingen. De aantallen voor het overlappende jaar 2001 komen nagenoeg overeen. Het kleine verschil wordt in de reeks gecorrigeerd.
- Op het aantal voltijdbanen tot 2001. Tot 2001 hebben de gegevens betrekking op toegelaten instellingen en vanaf 2001 op rechtspersonen. Hierdoor treedt er een breuk op in het aantal voltijdbanen. Waar semimurale instellingen voorheen aparte instellingen waren, vallen ze na 2001 onder dezelfde rechtspersoon als de intramurale instellingen. Voor 2001 hebben we daarom het personeel in semimurale instellingen opgeteld bij personeel in intramurale instellingen. Zodoende hebben de voltijdbanen voor 2001 ook betrekking op instellingen volgens de definitie van rechtspersonen.

Tot slot worden vanaf 2001 de gegevens over gecombineerde zorginstellingen vg/lg/zg¹³ meegerekend.

Verpleeghuizen

Tabel b5.5 gaat in op de gegevensverzameling voor de verplegingszorg. Via de verschillende gegevensbronnen zijn er vrij eenvoudig consistente reeksen te construeren.

Tabel b5.5 Overzicht gegevens verpleeghuizen

Soort gegevens	Bronnen	Opmerking/Bewerking
Aantal instellingen	CBS Statline, RIVM Zorgatlas	1) Tot en met 2005 consistente reeks via het CBS. 2) Vanaf 2005 ontstaan ook gecombineerde verpleeg- en verzorgingshuizen. Deze worden ook in het aanbod meegerekend, door gebruik te maken van de gegevens van het RIVM.
Aantal voltijdbanen	CBS Statline	-

Verzorgingshuizen

Tabel b5.6 beschrijft de gegevensverzameling voor de verzorgingssector. Via de verschillende gegevensbronnen zijn ook in deze sector vrij eenvoudig consistente reeksen te construeren.

Tabel b5.6 Overzicht gegevens verzorgingshuizen

Soort gegevens	Bronnen	Opmerking/Bewerking
Aantal instellingen	CBS Statline, RIVM Zorgatlas	1) Inclusief gecombineerde verpleeg- en verzorgingshuizen 2) Gegevens tot en met 2003 afkomstig van het CBS. Hierna gegevens verzameld via het RIVM.
Aantal voltijdbanen	CBS Statline	-

Huisartsenpraktijken

Tabel b5.7 gaat ten slotte in op de gegevens over de huisartsenpraktijken. De tabel laat zien dat er een omrekening nodig was, namelijk van aantal huisartsen naar huisartsen gemeten in voltijdbanen. Daartoe is gebruik gemaakt van de verhouding tussen beide grootheden in 2007.

Tabel b5.7 Overzicht gegevens huisartsenpraktijken

Soort gegevens	Bronnen	Opmerking/Bewerking
Aantal praktijken	Nivel	-
Aantal voltijdbanen	Nivel	Omrekening aantal huisartsen naar voltijdbanen via verhouding op 1 januari 2007.

Begrippenlijst

Afstandsindicator

Een indicatie voor de gemiddelde reisafstand naar een instelling van een bepaald type. Het gaat hier dus niet om een exacte berekening, maar om een benadering.

Algemeen ziekenhuis

Een instelling, waarin gedurende dag en nacht alle vormen van medisch-specialistische hulp kunnen plaatsvinden (CBS) en die niet verboden is aan een universiteit.

Academisch ziekenhuis

Een instelling, waarin gedurende dag en nacht alle vormen van medisch-specialistische hulp kunnen plaatsvinden, doch verbonden aan een universiteit en erkend in de zin van de “Wet op het wetenschappelijk onderwijs” (CBS).

Bereikbaarheid

In dit rapport gedefinieerd als de gemiddelde reisafstand tot een bepaalde instelling. Het aantal instellingen in Nederland is bepalend voor deze definitie (zie de definitie van gemiddelde reisafstand). Hoe groter het aantal instellingen (het aanbod) des te beter de bereikbaarheid.

Categoriaal ziekenhuis

Een categoriaal ziekenhuis is een instelling waar medische en verpleegkundige zorg voor een bepaalde ziekte, ziektegroep of aandoening of aan personen in een bepaalde leeftijdsklasse wordt verleend. Voorbeelden zijn: astmaklinieken, epilepsieklinieken, kankerlinieken, oogziekenhuizen, orthopedische inrichtingen en sanatoria (CBS).

Constante schaalvoordelen

Situatie waarin een procentuele toename van de productie leidt tot een gelijke procentuele toename van de kosten.

Diseconomies of scale

Zie schaalnadelen.

Diseconomies of scope

De situatie waarin een procentuele toename in de productie van een bepaald goed A leidt tot een stijging van de marginale kosten van een ander goed B.

Diversificatie

De verscheidenheid aan aangeboden producten en diensten door een instelling.

Doelmatigheid

De mate waarin de verhouding tussen ingezette middelen (of de bijbehorende kosten) en productie optimaal is.

Dwarsdoorsnede beschrijving

In dit rapport doelen we op een actuele en regionale beschrijving van het zorgaanbod in Nederland.

Economies of scale

Zie schaalvoordelen.

Economies of scope

De situatie waarin een procentuele toename in de productie van een bepaald goed A leidt tot een daling van de marginale kosten van een ander goed B.

Extramurale zorg

Zorg buiten de muren van een (intramurale) zorginstelling. Bijvoorbeeld in een dagopvang of in een woonvoorziening voor verstandelijk gehandicapten of zorg aan huis voor ouderen.

Fusie

Het samengaan van instellingen.

Geïntegreerde zorginstelling

Een zorginstelling waar twee of meerdere types zorg wordt aangeboden. Bijvoorbeeld een geïntegreerde GGZ-instelling, die zowel intramurale als extramurale GGZ-zorg aanbiedt.

Gemiddelde kosten

De som van de kosten gedeeld door de som van productie.

Gemiddelde reisafstand

Het gemiddelde van de afstanden die cliënten moeten afleggen om bij een zorginstelling van een bepaald type te komen. In dit rapport geven wij een indicatie voor deze afstand (zie afstandsindicator).

Huisartsenpraktijk

Een instelling waar een of meerdere huisartsen praktijk houden.

Innovatiekracht

De mate waarin nieuwe ideeën, goederen, diensten en processen worden ingevoerd.

Instelling

Een organisatie voor dienstverlening. Het gaat hier om een juridische entiteit. Een zorginstelling wordt door het CBS op meerdere manieren gedefinieerd. Soms definieert het CBS een instelling als een entiteit met een toelating in een bepaalde zorgsector. Andere definities spreken van een rechtspersoon, zoals stichtingen. Een instelling kan meerdere locaties hebben.

Intramurale zorg

Zorg binnen de muren van een zorginstelling, waarbij de cliënt/patiënt opgenomen wordt.

Inzet van personeel

Het aantal medewerkers dat wordt ingezet rekening houdend met het aantal uren dat een medewerker werkt. Wordt vaak uitgedrukt in voltijd-banen (zie voltijd baan).

Kinder- en Jeugdpsychiatrie (KJP)

Instellingen waar psychiatrische hulp wordt geboden aan kinderen en jeugdigen.

Kosten

Zie totale kosten.

Kwaliteit

Hier wordt verwezen naar de kwaliteit van de geleverde zorg. De kwaliteit van zorg kan aan verschillende zaken afgemeten worden, zoals de uitkomst van een medisch proces, de bejegening of wachttijden.

Locatie

Een onderdeel van een zorginstelling. Het betreft de plaats waar de zorg plaats vindt. Een zorginstelling kan gevestigd zijn in meerdere locaties.

Longitudinale beschrijving

Een beschrijving van de ontwikkelingen in een voorziening door de tijd heen.

Marginale kosten

De extra kosten die gemoeid zijn met de productie van de eerstvolgende eenheid.

PAAC

Psychiatrische afdeling academisch ziekenhuis.

PAAZ

Psychiatrische afdeling algemeen ziekenhuis.

Productie

De totale toegevoegde waarde voortgebracht door een instelling.

Psychiatrisch ziekenhuis

Erkende instelling, waar gedurende dag en nacht aan personen met een ziektebeeld van psychische aard hoofdzakelijk geboden wordt: één of meer vormen van psychiatrische hulp en de daarmee verband houdende verpleging en verzorging.

PUK

Zie PAAC.

Regionale instelling voor beschermd wonen (RIBW)

In een RIBW (regionale instelling voor beschermd wonen) wonen GGZ-patiënten beschermd. Het gaat om mensen die zich in de maatschappij niet staande kunnen houden. Bewoners kunnen te allen tijde terecht bij een begeleider.

Schaaleffect

Het effect van de schaal van productie op de kosten per productie-eenheid.

Schaalelasticiteit

De procentuele verandering van de productie bij een verandering van de ingezette middelen met 1%.

Schaalnadeel

Een minder dan proportionele verandering van de geleverde productie die optreedt bij een verandering van de ingezette middelen.

Schaalvoordeel

Een minder dan proportionele verandering van de kosten die optreedt door een verandering van de productie.

Semimurale zorg

Dit is zorg wat betreft dagbesteding, huisvesting en/of opvang voor mensen die een minder intensieve begeleiding nodig hebben dan in de 24-uurszorg.

Totale kosten

Som van alle kosten verbonden aan de inzet van middelen in het productieproces. Hieronder vallen dus personeelskosten, materiaalkosten, afschrijvingen en andere kapitaalskosten.

Verpleeghuis

Een instelling met als hoofd- of nevenactiviteit verpleeghuiszorg.

Verzorgingshuis

Een instelling met als hoofd- of nevenactiviteit verzorgingshuiszorg.

Voltijdbaan

Een arbeidsplaats die voltijds bezet is.

Voorziening

Middel om in iets te voorzien. In dit rapport heeft dit betrekking op het type zorg dat instellingen aanbieden. Een voorbeeld van een voorziening is de ziekenhuiszorg.

Ziekenhuis

Zie algemeen ziekenhuis, academisch ziekenhuis en categoriaal ziekenhuis.

Referenties

- Aletras, V.H. (1999). "A Comparison of Hospital Scale Effects in Short-Run and Long-Run Cost Functions." *Health Economics* 8(6): 521-30.
- Arcare (2004). *Benchmark verpleeg- en verzorgingshuizen 2003: Prestaties van zorgaanbieders gemeten*. Utrecht, Arcare.
- Arocena, P. en A. Garcia-Prado (2007). "Accounting for Quality in the Measurement of Hospital Performance: Evidence from Costa Rica." *Health Economics* 16(7): 667-85.
- Bazzoli, G.J. (2008). Hospital consolidation and integration activity in the United States. Evaluating hospital policy and performance: contributions from hospital policy and productivity research. Blank, J. L. T. en V. G. Valdmanis: 45-61.
- Bilodeau, D., P.-Y. Cremieux, B. Jaumard, P. Ouellette en T. Vovor (2004). "Measuring Hospital Performance in the Presence of Quasi-fixed Inputs: An Analysis of Quebec Hospitals." *Journal of Productivity Analysis* 21(2): 183-99.
- Blank, J.L.T. (1993). *Kosten van Kennis: een empirisch onderzoek naar de productiestructuur van het M75762 in Nederland*. Sociale en Culturele Studie. Rijswijk/Den Haag, SCP/VUGA.
- Blank, J.L.T., E. Eggink en A.I. Graaf de (1996). *Zuinig op zorg: een empirisch onderzoek naar de productiestructuur van verpleeghuizen in Nederland*. SCP. Den Haag, Social and Cultural Planning Office.
- Blank, J.L.T., E. Eggink en A.H.Q.M. Merckies (1998). *Tussen Bed en Budget*. Rijswijk, Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Blank, J.L.T. (2001). "Gezonde bereikbaarheid." *Economisch Statistische Berichten* 86(4310): 432-433.
- Blank, J.L.T. en E. Eggink (2001). "A quality-adjusted cost function in a regulated industry: the case of Dutch nursing homes." *Health Care Management Science* 4(3): 201-211.
- Blank, J.L.T. en B.L. van Hulst (2005a). *Verspreiding van Vernieuwing. Weten wat we doen - Verspreiding van innovaties in de zorg*. RVZ. Zoetermeer, Raad voor de Volksgezondheid en Zorg.

Blank, J.L.T. en B.L. Van Hulst (2005b). Doelmatige diversificatie: Een verkennend onderzoek naar economies of scope in ziekenhuizen. Ecorys research Ecorys.

Blank, J.L.T. en B.L. van Hulst (2005c). Productafbakening in ziekenhuizen als fusiecriteria: een empirisch onderzoek naar productsubstitutie - Relevant product markets in hospital industry as a test on mergers: an empirical research on output substitution. Rotterdam, ECORYS-NEI.

Blank, J.L.T. en V.G. Valdmanis (2008). Evaluating hospital policy and performance: contributions from hospital policy and productivity research, Elsevier JAI.

Braspenning, J.C.C., F.G. Schellevis en R.P.T.M. Grol (2004). Tweede Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. Kwaliteit huisartsenzorg belicht. Utrecht/Nijmegen, NIVEL/WOK.

Brown, H.S. en J.A. Pagan (2006). "Managed Care and the Scale Efficiency of US Hospitals." *International Journal of Health Care Finance and Economics* 6(4): 278-89.

Buchmueller, T.C., M. Jacobson en C. Wold (2006). "How Far to the Hospital?" *Journal of Health Economics* 25(4): 740-61.

Butler, J.R.G. (1995). *Hospital Cost Analysis*. Dordrecht, Kluwer Academic Publishers.

Carlsen, F., J. Grytten, J. Kjølvik en I. Skau (2007). "Better Primary Physician Services Lead to Fewer Hospital Admissions." *European Journal of Health Economics* 8(1): 17-24.

CBZ (2002). *Uitvoeringstoets Spreiding ziekenhuiszorg, deel II, tranche I*. Utrecht, College Bouw Ziekenhuisvoorzieningen.

Chalasani, V.S., J.M. Denstadli, Ø. Engebretsen en K.W. Axhausen (2005). "Precision of Geocoded Locations and Network Distance Estimates" *Journal of Transportation and Statistics* 8(2): 1-16.

Chattopadhyay, S. en S.C. Ray (1996). "Technical, Scale, and Size Efficiency in Nursing Home Care: A Nonparametric Analysis of Connecticut Homes." *Health Economics* 5(4): 363-73.

Christensen, E.W. (2004). "Scale and Scope Economies in Nursing Homes: A Quantile Regression Approach." *Health Economics* 13(4): 363-77.

Currie, J. en P.B. Reagan (2003). "Distance to Hospital and Children's Use of Preventive Care: Is Being Closer Better, and for Whom?" *Economic Inquiry* 41(3): 378-91.

Dalmau-Matarrodona, E. en J. Puig-Junoy (1998). "Market Structure and Hospital Efficiency: Evaluating Potential Effects of Deregulation in a National Health Service." *Review of Industrial Organization* 13: 447-466.

Dervaux, B., G.D. Ferrier, H. Leleu en V.G. Valdmanis (2004). "Comparing French and US Hospital Technologies: A Directional Input Distance Function Approach." *Applied Economics* 36(10): 1065-81.

Farsi, M. en M. Filippini (2006). "An Analysis of Efficiency and Productivity in Swiss Hospitals." *Schweizerische Zeitschrift für Volkswirtschaft und Statistik/Swiss Journal of Economics and Statistics* 142(1): 1-37.

Filippini, M. (2001). "Economies of Scale in the Swiss Nursing Home Industry." *Applied Economics Letters* 8(1): 43-46.

Fortney, J.C., D.E. Steffick, J.F. Burgess, M.L. Maciejewski en L.A. Petersen (2005). "Are Primary Care Services a Substitute or Complement for Specialty and Inpatient Services?" *Health Services Research* 40(5): 1422-42.

Gertler, P.J. en D.M. Waldman (1992). "Quality-Adjusted Cost Functions and Policy Evaluation in the Nursing Home Industry." *Journal of Political Economy* 100(6): 1232-56.

Gezondheidsraad (2004). *European Primary Care*. Gezondheidsraad. The Hague, the Netherlands, Health Council.

GGZ-Nederland (2003). *Kerncijfers uit de GGZ 2000-2002*. Amersfoort.

GGZ-Nederland (2005). *Kerncijfers uit de GGZ 2001 t/m 2003*. Amersfoort.

GGZ-Nederland (2006). *Toenemende zorg. Sectorrapport GGZ 2003-2005*. Amersfoort.

GGZ-Nederland (2007). *Toenemende zorg update. Sectorrapport GGZ 2004-2006*. Amersfoort.

Giessen, P. en H. Janssens (2004). *Feedbackrapport huisartsenpost IJsselland ziekenhuis, Capelle aan den IJssel*. Kenniscentrum

Huisartsenposten en spoedeisende zorg afdeling Kwaliteit van Zorg
UMC St Radboud. Nijmegen, UMC Nijmegen.

Giuffrida, A. (1999). "Productivity and Efficiency Changes in Primary Care: A Malmquist Index Approach." *Health Care Management Science* 2(1): 11-26.

Giuffrida, A. en H. Gravelle (2001). "Measuring Performance in Primary Care: Econometric Analysis and DEA." *Applied Economics* 33(2): 163-75.

Groot, W. (2008). "Kwaliteit door marktwerking." *Economisch Statistische Berichten* 93(4528): 79.

Gupta, A.M. (2007). *The Odyssey - Study of Dutch hospitals 2006*, Gupta Strategists.

Ho, V. en B. Hamilton (2000). "Hospital Mergers and Acquisitions: Does Market Consolidation Harm Patients?" *Journal of Health Economics* 19(5): 767-791.

Jian, W. (2001). *Estimation of Hospital Cost Functions and Efficiency Measurement: An Overview*, China Center for Economic Research Working Paper Series.

Kessler, D.P. en M.B. McClellan (2000). "Is hospital competition socially wasteful?" *Quarterly Journal of Economics* 115(2): 577-615.

Knol, F. (2006). *Voorzieningen. Thuis op het platteland: de levenssituatie van platteland en stad vergeleken*. Steenbekkers, A. et al. Den Haag, Sociaal en Cultureel Planbureau: 243-261.

Knox, K.J., E.C. Blankmeyer en J.R. Stutzman (2007). "Technical efficiency in Texas nursing facilities: a stochastic production frontier approach." *Journal of Economics and Finance* 31(1): 75-86.

Kojima, Y. (2004). *Estimating the Cost Function of Japanese Public Hospitals - an Evaluation of Health Care Provision in Japan*. Osaka, Japan, Graduate School of Economics, Osaka University.

KPMG (2003). *Marktconcentraties in de ziekenhuissector. Achtergrondstudie*. RVZ.

Kwekkeboom, M.H. (2001). *Zo gewoon mogelijk*. Sociaal en Cultureel Planbureau. Den Haag.

LHV, VWS en ZN (2005). Het Vogelaarakkoord voor 2006 en 2007; Voorstel van Ella Vogelaar, onafhankelijk voorzitter van het overleg tussen LHV, VWS en ZN aan genoemde partijen voor een Beleidsagenda en bekostigingssystematiek huisartsenzorg voor 2006 en 2007.

Linna, M. en U. Häkkinen (1999). Determinants of Cost efficiency and Finnish Hospitals: A Comparison of DEA and SFA. Helsinki/Edmonton, National Research and Development Centre for Welfare and Health.

Linna, M., U. Hakkinen en J. Magnussen (2006). "Comparing hospital cost efficiency between Norway and Finland." *Health Policy* 77(3): 268-278.

Medilex (2001). Fusie en spreiding van ziekenhuiszorg. Amersfoort, Medilex.

Meloen, J.D., P.P. Groenewegen en L. Hingstman (2000). De toekomst van het algemene ziekenhuis: een achtergrondstudie naar de criteria voor spreiding van het ziekenhuisaanbod. Utrecht, Nivel.

NHG (2005). Sterke eerstelijnszorg bevordert gezonde samenleving; ontmoeting met Barbara Starfield. *Huisarts en Wetenschap*. 48.

NIVEL (2007). Registratie van beroepen in de Gezondheidszorg, NIVEL.

NZi (1989). Intramurale gezondheidszorg in cijfers 1984-1988. Utrecht, Nederlands Ziekenhuisinstituut.

NZi (1993). Intramurale gezondheidszorg in cijfers 1988-1992. Utrecht, Nederlands Ziekenhuisinstituut.

NZi (1998). Intramurale gezondheidszorg in cijfers 1993-1997. Utrecht, Nederlands Ziekenhuisinstituut

Ozcan, Y.A. (2005). *Quantitative Methods in Health Care Management: Techniques and Applications*. San Francisco, Jossey-Bass.

Ozcan, Y.A. (2008). *Health care benchmarking and performance evaluation*. New York, Springer.

Picone, G.A., F.A. Sloan, S.Y. Chou en D.H. Taylor jr (2003). "Does higher hospital cost imply higher quality of care?" *The Review of Economics and Statistics* 2003(85): 51-62.

Poelijoe, N.W., A.H. Schene, B.v. Wijngaarden en B.P.R. Gersons (1994). "Opnamevervangende dagbehandeling op open psychiatrische afdelingen van algemene ziekenhuizen." *Tijdschrift voor Psychiatrie* 36 (4).

Post, J., J. de Haan en K.H. Groenier (2004). Veranderingen van huisartsenzorg van kleinschalige naar grootschalige zorg in de avond-, nacht- en weekenddiensten.

Propper, C., S. Burgess en K. Green (2004). "Does competition between hospitals improve the quality of care?: Hospital death rates and the NHS internal market." *Journal of Public Economics* 88(7-8): 1247-1272.

Propper, C., M. Damiani, G. Leckie en J. Dixon (2006). Distance Travelled in the NHS in England for Inpatient Treatment. CMPO Working Paper, CMPO

RIVM. "Zorgatlas " Retrieved februari 2008, 2008, from <http://www.rivm.nl/preventie/gezondheidszorg/>.

Roland Berger Consultants (2007). Trends in European health care. Exploring new territories: Dutch hospitals 2007 - key developments and trends.

RVZ (1996). Het ziekenhuis als maatschappelijke onderneming. Zoetermeer, Raad voor de Volksgezondheid en Zorg.

RVZ (2003). Marktconcentraties in de ziekenhuiszorg. Advies. RVZ.

Sari, N. (2008). Competition and market concentration. Evaluating hospital policy and performance: contributions from hospital policy and productivity research. Blank, J. L. T. en V. G. Valdmanis, Elsevier. 18: 139-156.

Scuffham, P.A., N.J. Devlin en M. Jaforullah (1996). "The structure of costs and production in New Zealand public hospitals: an application of the transcendental logarithmic variable cost function." *Applied Economics* 28: 75-85.

Sinay, U.A. en C.R. Campbell (1995). "Scope and Scale Economies in Merging Hospitals Prior to Merger." *Journal of Economics and Finance* 19(2): 107-123.

Smet, M. (2004). "Multi-product Costs and Standby Capacity Derived from Queuing Theory: The Case of Belgian Hospitals." *Applied Economics* 36(13): 1475-87.

Spetz, J. en L. Baker (1999). *Has Managed Care Affected the Availability of Medical Technology?* San Francisco, Public Policy Institute of California.

Staat, M. (2006). "Efficiency of Hospitals in Germany: A DEA-Bootstrap Approach." *Applied Economics* 38(19): 2255-63.

Steinmann, L., G. Dittrich, A. Karmann en P. Zweifel (2004). "Measuring and Comparing the (In)Efficiency of German and Swiss Hospitals." *European Journal of Health Economics* 5(3): 216-26.

Tay, A. (2003). "Assessing Competition in Hospital Care Markets: The Importance of Accounting for Quality Differentiation." *RAND Journal of Economics* 34(4): 786-814.

Trimbos-Instituut (2001). *Brancherapport Volksgezondheid. Deelrapport Geestelijke Gezondheidszorg en Maatschappelijke Zorg*. Ministerie van VWS. Den Haag.

Trimbos-Instituut (2002). *Brancherapport GGZ-MZ '98-'01*. Ministerie van VWS. Den Haag.

Trimbos-Instituut (2003). *Brancherapport GGZ-MZ 2000-2003*. Utrecht, Trimbos-Instituut.

Tweede Kamer (2003). *Motie Buijs inzake afschaffing fusiebonus ziekenhuizen*. Tweede Kamer, SDU.

Tweede Kamer (2007a). *Motie Kant (nr. 39 31200-XVI)*.

Tweede Kamer (2007b). "Motie De Vries (nr. 45 31200-XVI)."

van der Kwartel, A., P. Paardekoper, F. van der Velde en W. van der Windt (2007). *Arbeid in zorg en welzijn*, Prismant.

van der Schee, E. en D. Delnoij (2002). *Weinig consumenten ervaren voordelen van fusies van ziekenhuizen*, NIVEL.

Vita, M.G. (1990). "Exploring hospital production relationships with flexible functional forms." *Journal of Health Economics* 9: 1-21.

Windmeijer, F., H. Gravelle en P. Hoonhout (2005). "Waiting Lists, Waiting Times and Admissions: An Empirical Analysis at Hospital and General Practice Level." *Health Economics* 14(9): 971-85.

Fusietoets in de zorg:

Hoe past een dergelijke toets in het Europese en nationale economische recht?

Prof. mr. J.W. van de Gronden en mevr. mr. H.M. Stergiou MA¹

Radboud Universiteit Nijmegen



Inhoudsopgave

1	Inleiding en probleemstelling	145
2	Europees mededingingsrecht en de zorgfusietoets	146
2.1	Onderneming	146
2.2	Concentratieverordening	147
3	De EG-verdragsrechtelijke bepalingen van het vrije verkeer en de zorgfusietoets	151
3.1	Welke bepaling van het vrije verkeer van toepassing en grensoverschrijdende karakter	151
3.2	Beperking van het vrije verkeer	154
3.3	Rechtvaardiging van een beperking van het vrije verkeer	156
4	Mededingingswet: Huidige rol van de NMa in het fusietoets	160
4.1	Korte beschrijving procedure	160
4.2	Ziekenhuisfusiebesluiten	162
4.5	Ontheffingsbevoegdheid minister EZ	175
4.6	Evaluatie	176
5	Wet Marktordening Gezondheidszorg en de NZa	178
5.1	Het markttoezicht in de zorg door NZa	178
5.2	De rol van de NZa bij de beoordeling van zorgfusies door de NMa	181
6	Conclusies	184
	Noten	188
	Literatuurlijst	198

1 Inleiding en probleemstelling

De aanleiding van onderhavige notitie is dat in de Tweede Kamer de vrees geuit is dat door de vele fusies in de zorgsector de bereikbaarheid en de beschikbaarheid van zorg onder druk zou komen te staan. De minister van VWS is gevraagd om te bezien of maatregelen ter zake genomen moeten worden. Onder andere wordt overwogen een speciale fusietoets in de zorg in te voeren.

In deze toets worden fusies in de zorg beoordeeld aan de hand van de criteria van bereikbaarheid en beschikbaarheid van de zorg. Hieronder wordt deze toets ook ‘zorgfusietoets’ genoemd. Komen de bereikbaarheid en beschikbaarheid van de zorg in een bepaald gebied in gevaar, indien een fusie van zorginstellingen in dat gebied wordt geëffectueerd? In dit verband worden de belangen van bereikbaarheid en beschikbaarheid gezien als twee concrete aspecten die onderdeel uitmaken van het algemene belang van de zorgkwaliteit.

In deze notitie wordt uitgegaan van de introductie van een fusietoets, die alleen betrekking zal hebben op zorginstellingen die actief zijn in het eerste compartiment (AWBZ, care) en het tweede compartiment (Zorgverzekeringswet “Zvw”, cure). De doelstelling is om op deze wijze het publieke belang te borgen. Voorts is de veronderstelling dat zorginstellingen voorafgaand aan een fusie van een overheidsorgaan toestemming (bijvoorbeeld in de vorm van een vergunning) dienen te verkrijgen. Daarnaast is het niet de bedoeling dat de fusietoets zal gelden voor zorgverzekeraars. Hun positie wordt daarom niet betrokken in het onderzoek.

De context van het Europese en Nederlandse economische recht voor een aparte fusietoets in de zorg staat centraal in deze notitie. In de eerste plaats wordt onderzocht wat de Europeesrechtelijke houdbaarheid is van deze toets. De Europeesrechtelijke regels waaraan getoetst wordt zijn de Europese mededingingsregels (m.n. de Concentratieverordening) en de Europese regels voor het vrije verkeer (m.n. kapitaal en vestiging). In paragraaf 2 wordt ingegaan op het Europese mededingingsrecht en in paragraaf 3 op de Europese regels voor het vrije verkeer.

In de tweede plaats wordt de noodzakelijkheid van deze toets beoordeeld in het licht van het Nederlands economisch recht. Relevant in dit verband zijn de Nederlandse Mededingingswet (“Mw”) en Wet Marktordening Gezondheidszorg (“WMG”). Aan de orde komt de vraag in hoeverre de Nederlandse mededingingsautoriteit (“NMa”) bij de toepassing van de Mw en de Nederlandse Zorgautoriteit (“NZa”) bij de uitvoering van de WMG al rekening kunnen houden met de belangen van bereikbaarheid en beschikbaarheid van de zorg. Welke rol spelen deze belangen in het bestaande wettelijke kader dat van toepassing is op het concurrentieproces in de zorg? In paragraaf 4 wordt de toepassing van de Mw op zorgfusies door de NMa besproken en in paragraaf 5 komt de rol van de WMG en NZa aan de orde. Deze notitie zal worden afgesloten met enkele conclusies in paragraaf 6.

2 Europees mededingingsrecht en de zorgfusietoets

De Europese regels inzake het mededingingsrecht zijn van toepassing op ondernemingen. Onderzocht dient daarom te worden of instellingen die in het kader van de AWBZ of de Zvw zorg aanbieden, ondernemingen in de zin van het Europese mededingingsrecht zijn. Indien dit het geval is, moet nagegaan worden of een nationale zorgfusietoets de Europese mededingingsregels doorkruist. Dit betekent dat onderzocht moet worden wat de verhouding is tussen deze nationale toets en de Concentratieverordening.²

2.1 Onderneming

Uit vaste rechtspraak van het Hof van Justitie EG (“het Hof”) blijkt dat elke entiteit die economische activiteiten verricht, een onderneming is in de zin van het Europese mededingingsrecht.³ Ingeval van het aanbieden van goederen en diensten op de markt is sprake van economische activiteiten.⁴

Met het oog op de zorgverzekeringstaak heeft het Hof een aparte lijn in de rechtspraak ontwikkeld, die erop neerkomt dat nagegaan moet worden welke rol solidariteit in het aan de orde zijnde stelsel speelt.⁵ Indien het stelsel van de zorgverzekeringen (vrijwel) volledig is gebaseerd op solidariteit, zijn de uitvoerders ervan geen ondernemingen.⁶ Indien daarentegen sprake is van een mix van solidariteit en marktwerking, zijn de Europese mededingingsregels wel van toepassing.⁷ Eén en ander brengt met zich dat het Hof nauwkeurig onderzoekt hoeveel ruimte het toepasselijke wettelijke kader voor concurrentie laat.

Een dergelijke genuanceerde benadering hanteert het Hof evenwel niet ten aanzien van zorgaanbieders. Het Hof neemt betrekkelijk eenvoudig aan dat zorgaanbieders ondernemingen zijn. In zijn rechtspraak wordt de nadruk gelegd op het feit dat zij diensten tegen betaling aanbieden, hetgeen de toepasselijkheid van het mededingingsrecht met zich brengt. In het arrest Pavlov⁸ kwam het Hof dan ook tot de conclusie dat medisch specialisten ondernemingen waren in de zin van artikel 81 EG, aangezien zij voor hun diensten betaald werden. Illustratief is eveneens de zaak *Ambulanz Glöckner*.⁹ Ook hier werd benadrukt dat, ondanks de publiekrechtelijke inkadering van ambulancediensten, sprake was van een economische activiteit, daar deze diensten gewoonlijk tegen vergoeding werden aangeboden. Verder oordeelde het Hof dat uit het dossier bleek dat de ambulancediensten in kwestie in het verleden niet door publieke instellingen maar private partijen waren aangeboden. De mogelijkheid dat de aan de orde zijnde activiteiten via de markt konden worden verschaft, was blijkbaar voldoende om aan te nemen dat deze activiteiten economisch van karakter zijn.

Uit deze rechtspraak moet naar onze mening worden afgeleid dat instellingen die zorg in de zin van de AWBZ en de Zvw aanbieden, ondernemingen zijn. Deze zorg wordt immers tegen betaling verricht. Ook in zijn besluitpraktijk heeft de NMa aangegeven dat zowel instellingen die in de *cure* actief zijn,¹⁰ als instellingen die in de *care* opereren ondernemingen zijn. Op deze instellingen is derhalve het Europese mededingingsrecht van toepassing.

2.2 Concentratieverordening

Een zorgfusietoets is een regime voor de beoordeling van concentraties. Een lidstaat die overweegt een dergelijke toets in te voeren, moet voorkomen dat de Europese regels voor concentraties doorkruist worden. In deze paragraaf wordt daarom nagegaan wanneer de Europese Concentratieverordening van toepassing is. Aansluitend komt de relatie tussen deze verordening en de eventueel in te voeren zorgfusietoets aan de orde. In dit verband moet evenwel eerst het volgende worden opgemerkt. Bij de huidige stand van zaken is onduidelijk in hoeverre joint ventures (gemeenschappelijke ondernemingen) ook onder de reikwijdte van de zorgfusietoets te vallen. In het Europese (en Nederlandse) mededingingsrecht worden concentratieve joint ventures, die betrekking hebben op gemeenschappelijke ondernemingen die duurzaam alle functies van een zelfstandige economische eenheid vervullen, beoordeeld in het kader van het concentratietoezicht (voor zover zij voldoen aan de hieronder te bespreken eisen betreffende de omzet).¹² Andere joint ventures worden coöperatieve joint ventures genoemd en leiden tot coördinatie tussen de oprichtende bedrijven op een bepaalde markt. Deze worden getoetst aan artikel 81 EG. Voorkomen moet worden dat een nationale zorgfusie zo wordt vormgegeven dat joint ventures die onder de reikwijdte van artikel 81 EG vallen, verboden worden, terwijl zij volgens de criteria van artikel 81 lid 1 en lid 3 goedgekeurd zijn. Op grond van artikel 3 lid 2 Verordening 1/2003¹³ mag namelijk nationale mededingingswetgeving geen overeenkomsten verbieden die toegestaan zijn krachtens artikel 81 lid 1 en lid 3 EG.

Toepasselijkheid van het Europese concentratietoezicht

De Concentratieverordening regelt welke fusies dienen te worden aangemeld bij de Europese Commissie. Voor de toepasselijkheid van deze verordening moet in de eerste plaats sprake zijn van een concentratie. Artikel 3 van de verordening onderscheidt drie typen concentraties: 1) een fusie tussen twee onafhankelijke ondernemingen, 2) de overname van een onderneming door een andere onderneming (waarbij de zeggenschap overgaat) en 3) de oprichting van een gemeenschappelijke onderneming (joint venture) die duurzaam alle functies van een zelfstandige economische eenheid vervult. In de tweede plaats moet de omzet van de concentratie een communautaire dimensie hebben. Dit betekent dat de

omzet van een concentratie één van de twee in artikel 1 van de Concentratieverordening vastgelegde drempelwaarden, die zijn gebaseerd op de omzet gerealiseerd door de betrokken ondernemingen, moet overschrijden. Krachtens lid 2 van artikel 1 van de Concentratieverordening is de drempel overschreden, indien de totale omzet die over de gehele wereld door de betrokken partijen is behaald meer dan 5 miljard euro bedraagt en minstens twee van de betrokken ondernemingen in de EU elk afzonderlijk een totale omzet hebben behaald van meer dan 250 miljoen euro. Op grond van artikel 1 lid 3 van de Concentratieverordening is de drempel ook overschreden, indien de gezamenlijke omzet van de betrokken bedrijven hoger is dan 2,5 miljard euro en de totale omzet die door al deze bedrijven in elk van ten minste drie lidstaten behaald, meer dan 100 miljoen euro bedraagt. In dat geval dienen minstens twee van de betrokken partijen in elk van die drie lidstaten elk afzonderlijk een totale omzet te hebben behaald hoger dan 25 miljoen euro, waarbij ten minste twee van de betrokken ondernemingen elk afzonderlijk een totale omzet hebben behaald die meer dan 100 miljoen euro bedraagt.

Het hoeft geen betoog dat het hier om ingewikkelde omzetsdrempels gaat en alleen tamelijk grote fusies onder het Europese concentratietoezicht vallen. Een en ander wordt overigens nog gecompliceerd door het volgende. Een concentratie wordt niet geacht een communautaire dimensie te hebben, indien elk van de betrokken ondernemingen meer dan tweederde van haar totale omzet binnen de EU in één en dezelfde lidstaat realiseert. Deze uitzondering staat ook wel bekend als de 2/3-regel. Indien een fusie binnen de reikwijdte van het Europese concentratietoezicht valt dient deze te worden aangemeld bij de Commissie.¹⁴ De Commissie weigert een vergunning te verlenen, indien naar haar oordeel door de concentratie de mededinging op significante wijze zou worden belemmerd, met name omdat deze concentratie aanleiding zou geven tot het in leven roepen of versterken van een machtspositie.¹⁵

Het Europese concentratietoezicht en de zorgfusietoets

Van groot belang met het oog op de bevoegdheden van de lidstaten is het beginsel van *one stop shop*. Krachtens dit beginsel is alleen de Commissie bevoegd om concentraties met een communautaire dimensie te beoordelen.¹⁶ Artikel 21 lid 3 Concentratieverordening bepaalt daarenboven expliciet dat de lidstaten hun nationale mededingingswetgeving niet mogen toepassen op concentraties met een communautaire dimensie. Dit betekent dat een lidstaat in beginsel geen fusies mag beoordelen die onder de reikwijdte van de Concentratieverordening vallen. Hoewel de omzetsdrempels van deze verordening tamelijk hoog zijn, betekent het voorgaande dat de toepassing van een zorgfusietoets op grote fusies in de zorg –dat wil zeggen fusies met een communautaire dimensie– op problemen stuit. Dit is alleen anders indien de 2/3-regel op zou gaan, omdat de betrokken ondernemingen hoofdzakelijk in Nederland actief zijn en zij meer dan 2/3 van hun omzet in Nederland realiseren.

Er bestaat echter een belangrijke uitzondering op het beginsel van one stop shop. Artikel 21 lid 4 Concentratieverordening bepaalt dat de lidstaten in het kader van het fusietoezicht maatregelen mogen treffen om andere gewettigde belangen dan de mededingingsbelangen van de verordening te beschermen.¹⁷ In de literatuur wordt er van uitgegaan dat artikel 21 lid 4 lidstaten alleen een bevoegdheid geeft die defensief van karakter is. Lidstaten kunnen dus wel een fusie die volgens de Commissie zou zijn toegestaan omdat er geen ernstige effecten voor de mededinging zijn, verbieden, maar geen fusie die de Commissie verboden heeft uit mededingingsoverwegingen krachtens de Concentratieverordening, goedkeuren met het oog op gewettigde belangen.¹⁸ De nationale fusie maatregelen moeten in overeenstemming zijn met de algemene beginselen en overige bepalingen van het Gemeenschapsrecht. Als gewettigde belangen worden uitdrukkelijk openbare veiligheid, pluraliteit van de media en toezichtregels erkend. Met het oog op andere belangen is apart nationaal fusietoezicht mogelijk. Hiervoor moet echter eerst toestemming van de Commissie worden verkregen.¹⁹ Deze moet binnen 25 werkdagen na notificatie hiertoe, beslissen. Bij haar beoordeling zal de Commissie onderzoeken of het voorgestelde nationale fusietoezicht in overeenstemming is met de beginselen van proportionaliteit en non-discriminatie.²⁰

Het belang van de zorg behoort thans niet tot een van de uitdrukkelijk erkende belangen van artikel 21 lid 4 Concentratieverordening. Ons inziens kan wel betoogd worden dat in potentie het zorgbelang als gewettigd belang in de zin van dit artikel kan gelden. Artikel 152 lid 1 EG bepaalt immers dat de EU bij de bepaling en uitvoering van haar beleid uitgaat van een hoog niveau van bescherming van de menselijke gezondheid. Verder stelt artikel 3 lid 1 sub p EG dat het optreden van de EU mede een bijdrage tot het verwezenlijken van een hoog niveau van bescherming van de gezondheid omvat.

Voor de invoering van een zorgfusietoets betekent het bovenstaande het volgende. Nagegaan zal moeten worden of de zorgfusietoets in beginsel ook betrekking zal hebben op zorgfusies met een communautaire dimensie. Ons inziens is dit zeer zeker niet uitgesloten, omdat dergelijke grote fusies aanzienlijke effecten op de bereikbaarheid en beschikbaarheid van de zorg kunnen hebben.

Een nationale zorgfusietoets die ook geldt voor concentraties met een communautaire dimensie moet dus worden aangemeld bij de Commissie. Overigens is de Commissie van mening dat ingeval van twijfel of een nationale fusie maatregel effect kan hebben op concentraties met een communautaire dimensie, het beginsel van nuttig effect van het EG-recht en het beginsel van gemeenschapstrouw (artikel 10 EG) de lidstaat in kwestie verplichten deze maatregel aan te melden.²¹

Zoals gezegd, zal de Commissie binnen afzienbare tijd (25 werkdagen) moeten beslissen krachtens de verordening. Om een positief besluit van de Commissie te kunnen krijgen is van groot belang dat de toets proportioneel en non-discriminatoire wordt vormgegeven. De lasten, waarmee zorginstellingen worden geconfronteerd ten gevolge van de zorgfusietoets

moeten beperkt blijven tot een minimum. Er dient in dat verband gekozen te worden voor de minst beperkende maatregel.

In de beschikkingen die de Commissie genomen heeft op grond van artikel 21 lid 4 Concentratieverordening wordt vaak gesteld dat de aan de orde zijnde nationale fusiemaatregelen niet alleen aan de Europese regels voor concentratiecontrole getoetst moeten worden, maar ook aan de bepalingen van het EG-verdrag inzake het vrije verkeer. Hieruit blijkt dus dat de problematiek van de geoorloofdheid van nationaal fusietoezicht in het licht van de Concentratieverordening nauw samenhangt met de toetsing van dit nationale toezicht aan het Europese regime voor het vrije verkeer. Daarom wordt onderstaand ingegaan op het vrije verkeer.

3 De EG-verdragsrechtelijke bepalingen van het vrije verkeer en de zorgfusietoets

In het verleden heeft het Hof belangwekkende uitspraken gedaan over het vrije verkeer en de zorg.²² De regels inzake het vrije verkeer die vastgelegd zijn in het EG-verdrag kunnen grote gevolgen hebben voor de nationale zorgstelsels. De houdbaarheid van de fusietoets toetsen wij onderstaand daarom tevens aan deze regels.

3.1 Welke bepaling van het vrije verkeer van toepassing en grensoverschrijdende karakter

De eventueel in de zorg in te voeren fusietoets zal, zoals reeds naar voren is gebracht, zowel betrekking hebben op instellingen uit de *care*-sector als de *cure*-sector. Hierboven is bij de mededingingsrechtelijke analyse gebleken dat instellingen uit beide compartimenten geacht worden ondernemingen te zijn in de zin van het Europese (en Nederlandse) mededingingsrecht, omdat zij economische activiteiten verrichten. Ook in zijn rechtspraak over het vrije verkeer en zorg neemt het Hof eenvoudig aan dat zorgentiteiten diensten aanbieden of anderszins betrokken zijn bij economische activiteiten. Medische behandelingen verricht in de Nederlandse sector van de *cure* werden reeds beoordeeld in de context van het vrije dienstenverkeer.²³ Daarnaast werd de vrijheid van vestiging toepasselijk geacht op de oprichting van een instelling voor bejaardenzorg door een Luxemburgse vennootschap in Italië.²⁴ In deze rechtspraak wordt voor de toepasselijkheid van het vrije verkeer geen belang gehecht aan de nationaal wettelijke verankering van de activiteiten van de betrokken zorginstellingen en de eventuele ruimte die er voor concurrentie bestaat. Een en ander betekent ons inziens dat zorgverlening in zowel de *care* als de *cure*-sectoren, net zoals het geval is in het mededingingsrecht, niet principieel zijn uitgezonderd van de reikwijdte van het vrije verkeer. De bepalingen inzake het vrije verkeer zijn van toepassing op grensoverschrijdend verkeer tussen de lidstaten. Volgens vaste rechtspraak vallen zogenoemde interne situaties niet onder het vrije verkeer.²⁵ Een in Nederlandse wetgeving vastgelegde fusietoets kan dus alleen met een beroep op het vrije verkeer worden aangevochten door in andere lidstaten gevestigde (rechts)personen. In dit verband moet er echter op worden gewezen dat een onderneming ervoor kan kiezen een rechtspersoon naar het recht van een andere lidstaat dan Nederland op te richten, om vervolgens met deze rechtspersoon hoofdzakelijk actief te worden in Nederland. Dit staat de onderneming vrij en lidstaten mogen deze keuze niet doorkruisen door op dergelijke 'quasi-buitenlandse rechtspersonen' het eigen rechtspersonenrecht toe te passen.²⁶

De toepasselijkheid van de vrijheid van vestiging

Het EG-verdrag bevat voor verschillende ‘vrije verkeersbewegingen’ een apart regime. In het kader van de fusietoets moet in de eerste plaats worden worden op de vrijheid van vestiging, zoals vastgelegd in de artikelen 43-48 EG. De fusietoets voor de zorg heeft betrekking op de overname van een zorginstelling door een rechtspersoon. Door deze overname kan een in een andere lidstaat gevestigde organisatie duurzaam actief worden op de Nederlandse markt. Indien diensten op permanente (en niet op tijdelijke basis) worden aangeboden, is het regime inzake de vrijheid van vestiging van toepassing (en niet de regels inzake het vrije dienstenverkeer van de artikelen 49-55 EG).²⁷ Een zorginstelling of andere onderneming die in een andere lidstaat is gevestigd (bijvoorbeeld Duitsland of België) kan besluiten actief te worden op de Nederlandse markt door een zorginstelling die gevestigd is in Nederland over te nemen. Uit vaste rechtspraak blijkt dat de oprichting van vennootschappen of filialen in andere lidstaten onder de vrijheid van vestiging valt.²⁸ Verder blijkt dat het nationale vereiste dat een onderneming een voorafgaande vergunning dient aan te vragen alvorens deze actief kan worden op een bepaalde markt in een lidstaat, ook getoetst dient te worden aan het Europese regime inzake de vrijheid van vestiging.²⁹ Ons inziens is het daarom mogelijk dat een fusievergunning die neerkomt op voorafgaande toestemming voor het verkrijgen van de eigendom van een rechtspersoon of de activa van deze rechtspersoon door bijvoorbeeld de aankoop van aandelen, onder de vrijheid van vestiging valt.

De toepasselijkheid van het vrije verkeer van kapitaal

De bepalingen inzake het vrije verkeer van kapitaal (artikelen 56-60 EG) kunnen echter ook relevant zijn. Uit vaste rechtspraak van het Hof blijkt dat de verkrijging van deelnemingen in ondernemingen om door middel van aandeelhouderschap invloed te hebben op het bestuur van vennootschappen onder het vrije verkeer van kapitaal valt.³⁰ Echter, zorginstellingen zullen vaak geen vennootschappen zijn (maar bijvoorbeeld stichtingen), omdat zij geen winstoogmerk mogen hebben. Uit rechtspraak van het Hof volgt evenwel dat de rechtsvorm in dat opzicht niet doorslaggevend is.³¹ Het Hof verwijst bij de interpretatie van het begrip kapitaal naar Richtlijn 88/36,³² een belangrijke rol in deze jurisprudentie speelt het begrip ‘directe investeringen’ uit deze richtlijn. Dit begrip wordt als volgt omschreven: “Deelneming in nieuwe of bestaande ondernemingen ten einde duurzame economische betrekkingen te vestigen of te handhaven”. Niet de aanwezigheid van een vennootschap, maar de aanwezigheid van een onderneming wordt in deze omschrijving als doorslaggevend beschouwd. Aangezien zorginstellingen vanuit Europeesrechtelijk perspectief als ondernemingen worden gezien, is het zeer wel mogelijk dat het Hof de verkrijging van eigendom van zorginstellingen als onderdeel van het vrije verkeer van kapitaal ziet, ongeacht of deze instellingen vennootschappen, stichtingen of andere rechtspersonen zijn.

In de zogenoemde golden share-zaken stelde de Advocaat-Generaal³³ voor om nationale regelingen die een voorafgaande toestemming voor verwerving van aandelen in een onderneming verplicht stelden, te toetsen aan de vrijheid van vestiging. Het Hof heeft uiteindelijk besloten dergelijke nationale wetgeving te beoordelen in het licht van het vrije kapitaalverkeer.³⁴ Het Hof hechte er veel waarde aan dat het verkrijgen van aandelen in vennootschappen te beschouwen is als directe investering in de vorm van deelneming in een onderneming door aandeelhouderschap. Het Hof wees erop dat de directe investering gekenmerkt wordt door de mogelijkheid om daadwerkelijk deel te hebben in het bestuur van of de controle over een vennootschap.

Het is aldus zeer wel mogelijk dat nationale regels voor het verkrijgen van eigendom van zorginstellingen, ongeacht hun rechtsvorm, uiteindelijk ook getoetst zullen worden aan het vrije kapitaalverkeer, omdat het vrij verkeer van kapitaal al van toepassing is wanneer er sprake is van het aangaan van duurzame economische betrekkingen in een onderneming. Alles overziend, kan de volgende lijn worden afgeleid uit de rechtspraak van het Hof. Het oprichten van een nieuwe vennootschap, andere rechtspersoon of filiaal moet getoetst worden aan de regels inzake de vrijheid van vestiging. Het verwerven van eigendom in een vennootschap of andere rechtspersoon gevestigd in een andere lidstaat is daarentegen vooral een zaak van het vrije kapitaalverkeer. Geheel zeker is dit echter niet. In zijn arrest van 5 november 2002 in de zaak *Überseering*³⁵ heeft het Hof namelijk aangegeven dat, indien een vennootschap gevestigd in een bepaalde lidstaat alle aandelen van een vennootschap met statutaire zetel in een andere lidstaat verwerft, waarbij een zodanige invloed op de besluiten van de overgenomen vennootschap wordt verkregen dat de overnemende vennootschap de activiteiten van de overgenomen vennootschap kan bepalen, de verdragsbepalingen inzake de vrijheid van vestiging van toepassing zijn. Naar onze mening is dit arrest moeilijk in overeenstemming te brengen met de golden share-arresten. Omdat een aantal arresten van de laatstgenoemde rechtspraak van latere datum is dan *Überseering*, lijkt het meest aangewezen om uit te gaan van lijn die af te leiden is uit de rechtspraak over de golden share.

In ieder geval moet de conclusie luiden dat de zorgfusietoets getoetst moet worden aan een vrij-verkeerregime. Omdat de wijze waarop het Hof toetst aan het vrije verkeer convergeert, zal het vaak niet uitmaken of een nationale maatregel beoordeeld wordt in het licht van de vrijheid van vestiging of het vrije kapitaalverkeer.³⁶ Er moet evenwel op gewezen worden dat in tegenstelling tot het regime van de vrijheid van vestiging, de regels voor het vrije kapitaal verkeer ook betrekking kunnen hebben op handelingen van in derde landen gevestigde (rechts)personen. Artikel 56 EG bepaalt namelijk uitdrukkelijk dat niet alleen alle beperkingen van het kapitaalverkeer tussen de lidstaten, maar ook alle beperkingen van het kapitaalverkeer tussen de lidstaten en derde landen verboden zijn.³⁷

Harmonisatie: Is de Dienstenrichtlijn toepasselijk?

Voorts moet worden opgemerkt dat volgens vaste rechtspraak nationale wetgeving die door de EU geharmoniseerde aangelegenheden regelt, niet aan het vrije verkeer, maar aan de desbetreffende harmonisatiemaatregelen getoetst moet worden.³⁸ Aangezien artikel 152 lid 5 EG de organisatie van de zorg voorbehoudt aan de lidstaten, bestaat er thans geen Europese regelgeving die specifieke regels stelt aan de organisatie van zorginstellingen. Echter, nagegaan moet worden of de Dienstenrichtlijn,³⁹ die een algemene regeling voor zowel het vrije dienstenverkeer als de vrijheid van vestiging bevat, betrekking heeft op een fusietoets in de zorg. Artikel 2 lid 2 sub f Dienstenrichtlijn zondert in vrij algemene bewoordingen de volgende zorgdiensten van haar toepassingsbereik uit: “diensten van de gezondheidszorg, al dan niet verleend door gezondheidszorgfaciliteiten en ongeacht de wijze waarop zij op nationaal niveau zijn georganiseerd en worden gefinancierd en ongeacht de vraag of de diensten openbaar of particulier van aard zijn”. Volgens het Handboek voor de implementatie van de Dienstenrichtlijn van de Commissie,⁴⁰ vallen onder deze uitzondering niet de niet aan patiënten verleende medische diensten, zoals “boekhoud-, schoonmaak-, secretariële en administratieve diensten, levering en onderhoud van medische apparatuur alsook de diensten van medische onderzoekscentra”. Betekent dit nu dat een fusietoets in de zorg, welke betrekking heeft op het verkrijgen van eigendom/zeggenschap van de ene instelling door een andere instelling, wel onder de Dienstenrichtlijn valt? Ons inziens moet deze vraag ontkennend worden beantwoord. De fusietoets heeft uiteindelijk betrekking op het bundelen van gezondheidsdiensten die in instellingen zoals ziekenhuizen worden verleend. Centraal staan dus aan patiënten aangeboden diensten. Uit de voorbeelden die de Commissie geeft, volgt dat diensten die niet alleen aan ziekenhuizen of andere zorginstellingen, maar ook aan andere ondernemingen kunnen worden aangeboden, zoals boekhouddiensten en secretariële ondersteuning, wel onder de Dienstenrichtlijn vallen. Nog daargelaten dat het Handboek van de Commissie soft law is (en geen bindende Europese wetgeving), moet geconcludeerd worden dat ook volgens de systematiek van dit Handboek de fusietoets in de zorg niet onder de Dienstenrichtlijn valt. Daaraan moet nog worden toegevoegd dat gezien de systematiek van de rechtspraak van het Hof de zorgfusietoets een zaak van het vrije kapitaalverkeer lijkt te zijn. De Dienstenrichtlijn heeft op dit type vrije verkeer geen betrekking.

3.2 Beperking van het vrije verkeer

Nu is vastgesteld dat de nationale fusietoets onder de regels voor het vrije kapitaalverkeer of de vrijheid van vestiging⁴¹ kan vallen, moet nagegaan worden of een dergelijke toets aanleiding kan geven tot een beperking. Zowel met betrekking tot de vrijheid van vestiging als het vrije kapitaalverkeer⁴² gaat het Hof uit van een ruime interpretatie van het verbod.

Niet alleen de nationale regels die onderscheid maken, maar ook zogenoemde zonderonderscheidmaatregelen kunnen onder dit verbod vallen. Het komt erop neer dat onderzocht wordt of een nationale maatregel de toegang tot de markt voor ondernemingen, personen en kapitaalinvesteerders uit andere lidstaten beperkt.

De eventueel in te voeren fusietoets verbindt aan de verkrijging van (een bepaald percentage van) eigendom/zeggenschap in een rechtspersoon die een zorginstelling exploiteert, toestemming. Deze moet bij een bestuurlijke instantie, een orgaan van de lidstaat Nederland, voorafgaand worden aangevraagd. Zoals reeds is opgemerkt, bestaat gereede kans dat het Hof een dergelijke nationale praktijk met name zal toetsen aan de regels voor het vrije kapitaalverkeer. In de reeds aangehaalde golden share-arresten heeft het Hof aangegeven dat nationale vereisten betreffende voorafgaande toestemming voor participatie in vennootschappen beschouwd dienen te worden als beperkingen van het vrije kapitaalverkeer. Dergelijke nationale maatregelen beperken het verwerven van eigendom in deze rechtspersonen en kunnen buitenlandse investeerders ervan weerhouden in ondernemingen te investeren.

De vraag rijst hoe overnames van andere typen rechtspersonen, zoals stichtingen, moeten worden gezien. In dit verband moet worden opgemerkt dat het Hof een voorafgaand vergunningvereiste voor het verkrijgen van eigendom in zijn rechtspraak altijd heeft beschouwd als een beperking van het vrije verkeer.⁴³ In de zaak *Ospelt* werd bijvoorbeeld een procedure betreffende voorafgaande vergunningverlening voor de transactie van landbouwgronden als beperking aangemerkt.⁴⁴ Naar onze mening betekent dit dat de zorgfusietoets ook een beperking zou kunnen opleveren, daar deze toets neerkomt op een voorafgaande toestemmingsprocedure voor het verkrijgen van eigendom in zorginstellingen. Buitenlandse ondernemingen wordt zo bemoeilijkt om deze investering te doen, aangezien eerst een nationale administratieve procedure dient te worden doorlopen. Daarbij bestaat de kans dat de vergunning wordt afgewezen, namelijk wanneer de overname op gespannen voet staat met de criteria betreffende bereikbaarheid en beschikbaarheid van zorg.

Indien het Hof besluit een zorgfusietoets niet onder het vrije verkeer van kapitaal te beoordelen maar onder de vrijheid van vestiging, wil dit nog niet zeggen dat er geen sprake is van een beperking. Zoals reeds opgemerkt bestaat een vergaande convergentie met betrekking tot de interpretatie van de verschillende verboden van het vrije verkeer. Tevens moet erop gewezen worden dat ten gevolge van de introductie van een zorgfusietoets een in een andere lidstaat gevestigde onderneming een belemmering ondervindt, wanneer deze zich door middel van een overname van een rechtspersoon wil vestigen in Nederland. Ook voor de vestigingsregels geldt dat een nationale eis van voorafgaande toestemming een beperking oplevert.⁴⁵

Al met al is de kans dus groot dat het vereiste dat een voorafgaande vergunning moet worden verkregen voor overnames van zorginstellingen het vrije verkeer van kapitaal dan wel de vrijheid van vestiging beperkt. De

brede interpretatie die het Hof in toenemende mate geeft aan de in deze regels neergelegde verboden heeft grote invloed op de bevoegdheden van de lidstaten om vergunningstelsels voor de overnames van vennootschappen en andere rechtspersonen in te voeren.

3.3 Rechtvaardiging van een beperking van het vrije verkeer

Een lidstaat kan een beperking van het vrije verkeer rechtvaardigen door in de eerste plaats een beroep op een EG-verdragsrechtelijke exceptie te doen. Voor de zorgsector is artikel 46 EG relevant, daar deze bepaling de volksgezondheid als rechtvaardiging voor de beperking van de vrijheid van vestiging opvoert. Deze verdragsexceptie heeft echter geen betrekking op het vrije verkeer van kapitaal. Aangezien, zoals reeds aangehaald is, de kans het grootst is dat de zorgfusietoets onder het vrije kapitaalverkeer valt, verdient het geen aanbeveling om de argumentatie dat deze toets gerechtvaardigd kan worden, te baseren op artikel 46 EG.

Daarnaast heeft het Hof in zijn rechtspraak de zogenoemde dwingende vereisten van algemeen belang (*Rule of Reason*) ontwikkeld. Deze vereisten vormen een jurisprudentiële uitzondering op het verbod om het vrije verkeer te beperken en zijn van toepassing op alle vrije verkeer-verboden (inclusief die op het terrein van het kapitaal). Verder is het van belang om op te merken dat er geen beroep op een exceptie gedaan kan worden ter rechtvaardiging van een zuivere economische doelstelling.⁴⁶ Daarnaast moet voor een geslaagd beroep op een vrij-verkeer-exceptie worden aangetoond dat voldaan is aan het proportionaliteitsvereiste. Onderzocht moet worden of de beperkende nationale maatregel noodzakelijk is om een bepaald algemeen belang te realiseren. In de meeste gevallen wordt dan nagegaan of het belang in kwestie ook met een minder beperkend middel kan worden bereikt.⁴⁷

Voor de zorg zijn met name de arresten van het Hof, waarin het financiële evenwicht van socialezekerheidsstelsels als exceptie is erkend, van belang.⁴⁸ In deze arresten aanvaardde het Hof dat de planning van ziekenhuiszorg (intramurale zorg) voor de lidstaten een reden kan zijn om het vrije verkeer te beperken.⁴⁹ Naar onze mening heeft het Hof hier vergaande beperkingen van het vrije verkeer van ziekenhuisdiensten geaccepteerd, daar de aan de orde zijnde nationale stelsels patiënten beletten deze diensten in andere lidstaten te ontvangen, indien zij op tijd konden worden behandeld in een ziekenhuis van hun eigen lidstaat. Het belang van de zorg wordt dus hoog aangeslagen in de rechtspraak van het Hof.⁵⁰ De lidstaten wordt de nodige ruimte gegund om hun zorgstelsels in te richten, hetgeen ook geen verwondering wekt in het licht van artikel 152 lid 5 EG, dat bepaalt dat de organisatie van de zorg een bevoegdheid van de lidstaten is.

Het Hof heeft wel grenzen aan het nationale zorgbeleid gesteld. Het vrije verkeer van extramurale diensten (vrije beroepen) mag niet beperkt worden. Daarnaast is een beperking van intramurale diensten (ziekenhuis-

diensten) alleen geoorloofd, indien de patiënt in kwestie tijdig behandeld kan worden, waarbij de gebruikelijkheid van de behandeling beoordeeld moet worden aan de hand van internationale (en niet nationale) maatstaven. Ook heeft het Hof overwogen dat de nationale procedurevoorschriften die gelden in een nationaal stelsel, gebaseerd moeten worden op objectieve, vooraf kenbare en non-discriminatoire criteria.⁵¹ Het is voor een lidstaat van groot belang om deze randvoorwaarden in acht te nemen. Op deze wijze wordt de kans dat een beperking als niet proportioneel wordt beschouwd, verkleind.

Wat betekent deze rechtspraak voor de zorgfusietoets? Naar onze mening is het zeer zeker niet uitgesloten dat een dergelijke toets kan profiteren van de exceptie van de dwingende vereisten van algemeen belang, mits bij wettelijke vormgeving terdege rekening wordt gehouden met de eisen uit de rechtspraak.

In de eerste plaats moet de nationale wettelijke maatregel die de fusietoets invoert, een niet-economisch belang nastreven. Bij de vormgeving moet de nadruk gelegd worden op de zorgaspecten van bereikbaarheid, beschikbaarheid en kwaliteit van de diensten verleend door zorginstellingen. Vermeden moet derhalve worden dat de zorgfusietoets volledig en alleen wordt opgezet en ingericht vanuit de gedachte dat de economische rentabiliteit van zorginstellingen dient te worden beschermd.

In de tweede plaats verdient het aanbeveling om aan te knopen bij het door het Hof erkende belang van de planning van ziekenhuiszorg (intramurale zorg). Het is de bedoeling dat de zorgfusietoets betrekking zal hebben op zorginstellingen die zowel zorg in de zin van de AWBZ als de Zvw aanbieden. Het gaat hier om intramurale zorg. Betoogd kan worden dat om een netwerk van zorginstellingen in de care en de cure in Nederland in stand te kunnen houden, planning noodzakelijk is. In dit verband doet zich echter een probleem voor. De laatste jaren is door onder andere de invoering van de Zvw de Wet Toelating Zorginstellingen ("WTZi") en de WMG de mate van planning in het Nederlandse zorgstelsel afgenomen. De wetgever dient dus nauwkeurig na te gaan in hoeverre de planning die nog in stand is gebleven, voldoende argumenten verschaft om een zorgfusietoets in het leven te roepen. Hierbij is het denkbaar dat een onderscheid gemaakt wordt tussen de cure- en de care-sectoren, daar de markwerking in de cure verder is voortgeschreden dan in de care. Het planningsargument bij het eerstgenoemde zorgtype lijkt minder snel op te gaan dan bij het laatstgenoemde zorgtype. In dit verband moet erop gewezen worden dat er voornemens bestaan om op termijn het risico voor de bouw en exploitatie van zorginstellingen geheel bij de instellingen neer te leggen.⁵² Indien deze voornemens daadwerkelijk worden uitgevoerd, is het niet uitgesloten dat de validiteit van het planningsargument meer erodeert. Het verdient daarom aanbeveling om te onderzoeken of bij de invoering van meer marktwerking de overheid toch in bepaalde mate de planning van de zorg ter hand moet nemen. Onderzocht kan ook worden of er naast het planningsargument nog een ander aan de zorg gerelateerd belang kan worden ingeroepen ter recht-

vaardiging van de zorgfusietoets. Naar onze mening lijkt evenwel een argumentatie die alleen op de kwaliteit van de zorgdiensten is gebaseerd weinig kansrijk. Het verbieden van een fusie kan zowel bezwaarlijk als noodzakelijk worden geacht om de kwaliteit van in de betrokken instellingen aangeboden diensten, te waarborgen. Minder beperkende maatregelen, zoals kwaliteitsvoorschriften en inspectie van de naleving van kwaliteitsvoorschriften, lijken minstens even effectief. In dit verband moet eraan herinnerd worden dat de EU zelf ook wetgeving die kwaliteitseisen voor artsen bevat, heeft uitgevaardigd, hetgeen voor het Hof in een aantal zaken een reden was om het kwaliteitsargument af te wijzen.⁵³ In de derde plaats moet de zorgfusietoets zo worden vormgegeven dat de kans, dat voldaan is aan het proportionaliteitsbeginsel, toeneemt. Aangezien de zorgfusietoets waarschijnlijk aan artikel 56 EG (vrije verkeer van kapitaal) zal worden getoetst, is het van belang te bezien hoe het proportionaliteitsbeginsel in het kader van dit vrij verkeer wordt toegepast. In de zaken Konle en Reisch (beide reeds aangehaald) besliste het Hof dat voorafgaande vergunningvereisten al snel aanleiding geven tot disproportionele beperkingen. In de zaak Ospelt (reeds aangehaald) heeft het Hof een voorafgaande vergunning voor de verwerving van landbouwgronden ten einde de bestemming ten bate van de landbouw van deze grond te garanderen, proportioneel geacht. Indien de bestemming van een dergelijke grond is veranderd, kan dat moeilijk worden teruggedraaid. Een ex post-instrumentarium leidde derhalve niet tot hetzelfde resultaat als een ex ante-toezicht. Naar onze mening kan betoogd worden dat een fusie tussen twee zorginstellingen ook moeilijk ongedaan gemaakt kan worden, indien achteraf blijkt dat de bereikbaarheid en de beschikbaarheid van de zorg hierdoor is aangetast. Van belang is evenwel dat de procedure van de zorgfusietoets wordt ingericht volgens objectieve, vooraf kenbaar en non-discriminatoire criteria. Met name in zaken, waarin nationaal zorgbeleid en de bepalingen inzake het vrije verkeer centraal stonden, heeft het Hof de waarde van deugdelijke procedures benadrukt.⁵⁴

Tot slot moet in dit verband er nog op gewezen worden dat artikel 86 lid 2 EG eventueel ook een rechtvaardiging van een beperking van het vrije verkeer kan opleveren. Deze verdragsbepaling heeft betrekking op ondernemingen die door lidstaten belast zijn met de uitvoering van een dienst van algemeen economisch belang. Het handelen van deze ondernemingen of maatregelen getroffen door de lidstaten valt niet onder de bepalingen van het EG-verdrag voorzover hierdoor de uitvoering van deze speciale taak wordt beperkt. Artikel 86 lid 2 EG verwijst met name naar de mededingingsregels, maar uit de systematiek van dit artikel vloeit voort dat de uitvoering van een dienst van algemeen economisch belang ook een exceptie voor het vrije verkeer kan zijn. Voor het vrije goederenverkeer heeft het Hof dit al meerdere malen geaccepteerd.⁵⁵ Thans is er een prejudiciële procedure over Nederlandse woningbouwcorporaties aanhangig, waarin aan het Hof gevraagd wordt of artikel 86 lid 2 EG ook kan gelden als exceptie voor een beperking van het vrije kapitaalverkeer.⁵⁶ Daarnaast wordt het Hof verzocht in te gaan op het proportionaliteits-

vereiste. Gevraagd wordt of de invulling van dit beginsel minder strikt is dan bij de 'klassieke vrij verkeer excepties' zoals de dwingende vereisten van algemeen belang (*Rule of Reason*).

Indien zorginstellingen uitdrukkelijk door de overheid worden belast met een dienst van algemeen economisch belang, zou daarmee een extra argument voor de Europeesrechtelijke houdbaarheid van de zorgfusietoets worden gecreëerd. Hoe krachtig dit argument is, zal mede afhangen van de uitkomst bij het Hof van de zaak over de Nederlandse woningbouwcorporatie. Tevens gelden diensten van algemeen economisch belang ook als rechtvaardigingsgrond in het Europese en Nederlandse mededingingsrecht. Indien de Nederlandse overheid zorginstellingen uitdrukkelijk met dergelijke diensten belast, dan worden het Hof, nationale rechterlijke instanties en organen als de Commissie en de NMa gestimuleerd om rekening te houden met de specifieke zorgtaken van deze instellingen.

4 Mededingingswet: Huidige rol van de NMa in het fusietoezicht

Dit hoofdstuk behandelt de huidige rol van de NMa in het fusietoezicht op ziekenhuizen. De volgende onderwerpen zullen aan bod komen: (i) de procedurele aspecten van het concentratietoezicht, (ii) de besluiten betreffende ziekenhuisfusies en fusies in de AWBZ-sector, (iii) diensten van algemeen economisch belang en (iv) de ontheffingsbevoegdheid van de minister van EZ in het kader van het concentratietoezicht.

4.1 Korte beschrijving procedure

Op basis van artikel 34 van de Mededingingswet ("Mw") voert de NMa preventief toezicht uit op concentraties (fusies, overnames en de totstandkoming van bepaalde joint ventures) in Nederland. Zo bezien is een fusie dus een onderdeel van het ruimere begrip concentratie. In deze studie worden deze begrippen echter als synoniem gebruikt.

Een concentratie is een vorm van samengaan van ondernemingen (zie voor het ondernemingsbegrip paragraaf 2.1 van dit advies) die leidt tot een duurzame verandering in de structuur van de betrokken ondernemingen en de marktstructuur (artikel 27 Mw). Als gezegd worden ziekenhuizen en AWBZ-instellingen aangemerkt als ondernemingen in de zin van de Mededingingswet. Sinds de inwerkingtreding van de Mededingingswet in 1997 dienen voorgenomen concentraties tussen ziekenhuizen derhalve ter toetsing aan de NMa te worden gemeld.

De procedure voor toetsing van concentraties door de NMa bestaat uit een meldingsfase en eventueel een vergunningsfase. Concentraties die bepaalde omzeldrempels overschrijden, dienen bij de NMa te worden gemeld voordat zij tot stand mogen worden gebracht. Voor concentraties in de zorgsector geldt dat indien de ondernemingen gezamenlijk in het kalenderjaar voorafgaand aan de concentratie in totaal meer dan € 55.000.000,-- wereldwijd omzetten en minstens twee van hen binnen Nederland elk een jaaromzet van minimaal € 10.000.000,-- realiseren, de concentratie dient te worden gemeld.⁵⁷ Deze concentratiedrempels gelden echter uitsluitend voor concentraties waarbij ten minste twee van de betrokken ondernemingen in het voorafgaande kalenderjaar met het verlenen van zorg, ieder afzonderlijk een omzet hebben behaald van meer dan € 5.500.000,--.⁵⁸ Met het verlenen van zorg wordt volgens de wetgever bedoeld het verlenen van AWBZ-zorg, het verlenen van gezondheidszorg, zoals in ziekenhuizen, door huisartsen en apothekers en het verlenen van huishoudelijke hulp gefinancierd uit de Wet Maatschappelijke Ondersteuning, zoals door thuiszorgorganisaties.⁵⁹ Uiteraard is de NMa niet bevoegd ten aanzien van de concentraties met een communautaire dimensie.

In de meldingsfase onderzoekt de NMa of zij reden heeft om aan te nemen dat “de concentratie de daadwerkelijke mededinging op de Nederlandse markt of een deel daarvan op significante wijze zou kunnen belemmeren, met name als het resultaat van het in leven roepen of versterken van een economische machtpositie” (artikel 37 lid 2 Mw). Teneinde de marktmacht van de betrokken ondernemingen voor en na de concentratie te kunnen bepalen en zo de gevolgen van de concentratie te kunnen analyseren, doet de NMa onderzoek naar de positie van de betrokken ondernemingen op de relevante product- en geografische markt. De relevante productmarkt omvat alle producten en/of diensten die op grond van hun kenmerken, hun prijzen en het gebruik waarvoor zij zijn bestemd, door de afnemer als onderling verwisselbaar of substituëerbaar worden beschouwd.⁶⁰ Dit omvat de zogenaamde substitutie aan de vraagzijde. Vervolgens kan worden bekeken in hoeverre zorgaanbieders in staat en bereid zijn om op korte termijn ook andere zorgproducten op de markt aan te bieden, de zogenaamde aanbodsubstitutie.⁶¹

De *relevante geografische markt* bestaat uit het gebied waarbinnen de betrokken ondernemingen een rol spelen in de vraag naar en het aanbod van goederen of diensten, waarbinnen de concurrentievoorwaarden voldoende homogeen zijn en dat van aangrenzende gebieden kan worden onderscheiden doordat daar duidelijke afwijkende concurrentievoorwaarden heersen.⁶² Factoren als voorkeur van consumenten, cultuur of wettelijke belemmeringen voor aanbieders om buiten een bepaald gebied producten aan te bieden, kunnen in sterke mate de geografische reikwijdte van de mededinging afbakenen.⁶³

In het kader van het zorgaspect “bereikbaarheid” is van belang dat bij de afbakening van de geografische markt in de zorgsector onder meer de reisbereidheid en reistijden van patiënten een belangrijke rol spelen. Vanuit de patiënt gezien is de behoefte aan zorg vaak lokaal of regionaal.⁶⁴ In dat geval zal de relevante geografische markt vanuit de vraagzijde klein (lokaal) zijn.⁶⁵ In paragraaf 4.2 van dit advies komen de fusiebesluiten aan bod, waarin de NMa onderzoek heeft gedaan naar de geografische omvang van de markt voor algemene ziekenhuiszorg.⁶⁶

Indien uit het onderzoek naar de relevante markt volgt dat de daadwerkelijke mededinging niet op een significante wijze zal worden belemmerd, zal de NMa de betrokken ondernemingen berichten dat voor de concentratie geen vergunning is vereist. Als belangrijk voorbeeld van significante beperking noemt de Mededingingswet, in navolging van de Europese Concentratieverordening, het tot stand komen of versterken van een economische machtpositie.⁶⁷ De betrokken ondernemingen mogen de concentratie dan tot stand brengen. Ingeval de mededinging daarentegen wel op significante wijze kan worden belemmerd, zal de NMa de betrokken ondernemingen berichten dat voor de concentratie een vergunning nodig is (artikel 37 lid 2 Mw). De ondernemingen mogen in dat geval geen concentratie tot stand brengen voordat een vergunningsaanvraag is ingediend, nader onderzoek is verricht en een vergunning is verleend. De NMa kan ertoe besluiten een concentratievergunning af te geven

onder bepaalde voorwaarden (remedies). Zo kan de NMa verzoeken aan de fusiepartijen om bepaalde bedrijfsonderdelen af te stoten, zodat het concurrentieprobleem wordt opgelost.

Ingeval twijfel bestaat over de juiste toepassing door de NMa van de Mw in de zorg, kan het oordeel van de rechter worden gevraagd. Op grond van artikel 93 Mw kan elke belanghebbende beroep instellen tegen fusiebesluiten van de NMa bij de Rechtbank Rotterdam en het College van Beroep voor het bedrijfsleven (CBB). Consumentenorganisaties worden in dat verband krachtens art 93 lid 3 Mw expliciet aangemerkt als belanghebbende.

Tot zover een korte omschrijving van het huidige concentratietoezicht. Onderstaand zal worden ingegaan op de fusiebesluiten van de NMa inzake voorgenomen concentraties tussen ziekenhuizen en AWBZ-instellingen en, meer bepaald, op de vraag in hoeverre de NMa in het kader van de fusietoets zorgaspecten (bereikbaarheid, kwaliteit) laat meewegen. De belangrijkste zorgfusiebesluiten worden besproken. De nadruk zal hierbij liggen op besluiten, waarin concentraties in de ziekenhuissector werden beoordeeld. Gezien de complexiteit van deze zaken, met name op het terrein van de afbakening van de relevante geografische markt, wordt zo een goed inzicht verkregen in de benaderingswijze van de NMa. Eerst wordt een aantal belangrijke ziekenhuisbesluiten besproken. Daarna komen de besluiten uit de AWBZ-sector aan de orde. In deze paragraaf wordt niet ingegaan op rechtspraak van de Rechtbank Rotterdam en het College van Beroep voor het bedrijfsleven, omdat thans van deze instanties geen rechtspraak over fusies tussen zorginstellingen uit het eerste en tweede compartiment beschikbaar is.⁶⁸

4.2 Ziekenhuisfusiebesluiten

Uit de beginjaren van de beschikkingenpraktijk van de NMa volgt dat de concentratievorming bij ziekenhuizen niet op mededingingsrechtelijke bezwaren stuitte.⁶⁹ Onder verwijzing naar het wettelijke kader dat destijds weinig ruimte bood voor concurrentie, concludeerde de NMa dat fusies tussen ziekenhuizen geen significante gevolgen voor de mededinging konden hebben. De NMa voerde in deze zaken geen materiele, op de zaak toegespitste beoordeling uit.⁷⁰

In het fusiebesluit over de voorgenomen fusie tussen het Juliana Ziekenhuis/Rode Kruis Ziekenhuis (“JKZ/RKZ”) en het Leyenburg Ziekenhuis (“LZ”) heeft de NMa vastgesteld dat ziekenhuizen zich op grond van wet- en regelgeving inmiddels als aanbieders van elkaar kunnen onderscheiden en dat sprake kan zijn van daadwerkelijke concurrentie.⁷¹ Voor het eerst gaat de NMa over tot een materiële mededingingstoets van een voorgenomen fusie tussen ziekenhuizen en bakent de NMa de relevante ziekenhuismarkt af. Het fusiebesluit legt daarmee een belangrijke basis voor de concentratietoets in de daarop volgende ziekenhuisfusiebesluiten. Onderstaand volgt een beschrijving van de meest in het oog springende fusiebesluiten.⁷²

Fusiebesluit Juliana Ziekenhuis/Rode Kruis Ziekenhuis-Leyenburg Ziekenhuis

Het Juliana Ziekenhuis/Rode Kruis Ziekenhuis en het Leyenburg Ziekenhuis wensen te fuseren. De NMa onderscheidt in het JKZ/RKZ-LZ besluit een aparte relevante productmarkt voor algemene ziekenhuiszorg, waarbij een onderverdeling wordt gemaakt tussen enerzijds klinische zorg (patiënt moet voor langere tijd worden opgenomen) en anderzijds niet-klinische zorg (poliklinische behandeling of dagopname).⁷³

In het kader van de afbakening van de geografische markt wordt als uitgangspunt de bereidheid of mogelijkheid van patiënten om naar een ziekenhuis te reizen genomen.

De NMa neemt, zo ook in latere besluiten, ter bepaling van de geografische markt, de Elzinga-Hogartytest (“EH-test”) als uitgangspunt. Deze test gaat uit van patiëntenstromen en is in de mededingingspraktijk de meest gebruikte test voor geografische marktabakening, indien prijsgegevens niet voor handen zijn.⁷⁴ De EH-test geeft op basis van gerealiseerde patiëntenstroomgegevens een indicatie over de omvang van de geografische markt.⁷⁵ Op basis van de EH-test komt de NMa tot de conclusie dat de markt voor zowel klinische als voor niet-klinische algemene ziekenhuiszorg een geografische markt is, waarin niet alleen de fuserende ziekenhuizen, maar ook het Medisch Centrum Haaglanden (“MCH”) en Bronovo, vallen. Voor alle onderzochte specialismen blijkt de geografische markt groter dan Den Haag te zijn.⁷⁶

De NMa concludeert gelet op het marktaandeel na de fusie van 30-40% voor niet-klinische zorg en de gelijkwaardige positie van het MCH in Den Haag dat de concentratie niet zal leiden tot economische machtsposities op de markten voor algemene ziekenhuiszorg.⁷⁷ Evenmin zijn volgens de NMa mededingingsproblemen te verwachten voor specialismen. De gezamenlijke marktaandelen op de relevante markten variëren van circa 15%-40% en in het Haags gebied zijn eveneens MCH en/of Bronovo actief.⁷⁸

Daarentegen beslist de NMa in het daaropvolgende fusiebesluit ten aanzien van de fusie tussen het Ziekenhuis Hilversum en het Ziekenhuis Gooi-Noord in de meldingsfase dat na de fusie mogelijk sprake is van een economische machtspositie die de mededinging significant kan beperken. In onderstaande paragraaf volgt een bespreking van de fusietoets die de NMa heeft uitgevoerd ten aanzien van deze Gooise fusie, zowel in de meldingsfase als in de vergunningsfase.

Fusiebesluiten Ziekenhuis Hilversum-Ziekenhuis Gooi-Noord

Inzake de fusie tussen het Ziekenhuis Hilversum en het Ziekenhuis Gooi-Noord heeft de NMa twee besluiten genomen: (i) een besluit in de meldingsfase en (ii) een besluit in de vergunningsfase. Onderstaand komen beide besluiten aan bod.

(I) Meldingsfase

Onder verwijzing naar het besluit inzake de fusie van het JKZ/RKZ-ZL besluit de NMa in de meldingsfase dat vanwege mogelijke aanbods substitutie tussen verschillende specialismen, sprake is van productmarkten voor algemene ziekenhuiszorg.⁷⁹ Daarin onderscheidt de NMa, evenals in het eerdere besluit, een aparte relevante productmarkt voor klinische en niet-klinische zorg.

De geografische marktafbakening vereist een nader onderzoek door de NMa. De betrokken ziekenhuizen hebben aangegeven concurrentie te ondervinden van ziekenhuizen die niet in Het Gooi gevestigd zijn, zoals onder andere het UMC te Utrecht, het AMC en het VU Medisch Centrum te Amsterdam, het Diaconessenziekenhuis te Utrecht en Ziekenhuis Sint Antonius te Nieuwegein en het Flevoziekenhuis te Almere.⁸⁰ Volgens de ziekenhuizen zijn er reële alternatieve aanbieders binnen het relevante geografische gebied gevestigd. In dat verband doen de ziekenhuizen een beroep op het NMa Visiedocument Concurrentie in de ziekenhuissector waarin wordt vermeld dat patiënten in de Randstad bereid zijn 30 minuten te reizen.

Uit de uitgevoerde EH-test blijkt echter dat slechts 10-20% van alle patiënten woonachtig in het vestigingsgebied van de ziekenhuizen voor niet-klinische en klinische algemene ziekenhuiszorg, naar andere ziekenhuizen gaat. Het aantal patiënten van beide ziekenhuizen, afkomstig van buiten Het Gooi is eveneens gering. Voor niet-klinische algemene ziekenhuiszorg geldt een percentage van 20-30%. De NMa gaat derhalve uit van een geografische markt voor algemene zorgmarkten die Het Gooi omvat en concludeert dat reden bestaat om aan te nemen dat als gevolg van de voorgenomen concentratie op de Gooise markt voor algemene ziekenhuiszorg voor zowel klinische als niet-klinische zorg een economische machtspositie kan ontstaan die de mededinging significant kan beperken.⁸¹

Voor de specialistische markt maakt de NMa op basis van de uitkomst van de EH-test het volgende onderscheid. Voor niet-klinische specialismen longziekten, heelkunde, neurologie, KNO, cardiologie, dermatologie, (niet-klinische en klinische) urologie, orthopedie, verloskunde en gynaecologie geldt dezelfde relevante geografische markt.

Voor de niet-klinische specialismen reumatologie, interne geneeskunde, anesthesiologie, neurochirurgie, kindergeneeskunde, oogheelkunde en de klinische specialismen cardiologie, longziekten, heelkunde, neurochirurgie, mond- en kaakziekten, kindergeneeskunde, neurologie, KNO en oogheelkunde, geldt evenwel dat er voldoende patiënten uit Het Gooi bereid zijn naar ziekenhuizen in een ander gebied te reizen. De NMa acht hierdoor aannemelijk dat de geografische markt niet uitsluitend Het Gooi omvat, maar een ruimer gebied beslaat waarin, ook andere ziekenhuizen actief zijn.⁸² Voor deze groep specialismen geldt dat meerdere ziekenhuizen van de groep meest nabij gelegen ziekenhuizen meer behandelingen dan wel een vergelijkbaar aantal behandelingen uitvoeren als de fusieziekenhuizen.⁸³ De NMa gaat in haar besluit niet specifiek, als

een op zichzelf staande kwestie, in op de gevolgen van de fusie voor de kwaliteit van de zorg. Een belangenvereniging had in dat verband aangevoerd dat het afnemen van de concurrentie tussen partijen kan leiden tot minder innovatie. Ook een verzekeraar had zich bezorgd getoond over de mogelijke uitschakeling van een concurrentie-element voor de gevolgen voor zijn onderhandelingspositie ten aanzien van niet-acute zorg (electieve zorg). De NMa lijkt evenwel geen uitspraak te doen over dit zorgaspect.

(II) Vergunningsfase

Naar aanleiding van de argumenten van de bij de fusie betrokken ziekenhuizen dat moet worden uitgegaan van een markt voor algemene ziekenhuiszorg en verschillende specialismen tot dezelfde productmarkt behoren, laat de NMa nader onderzoek uitvoeren naar de afbakening van de relevante productmarkt in de ziekenhuiszorg. Hieruit volgt dat wel sprake kan zijn van aanbods substitutie. Deze aanbods substitutie zou dusdanig zijn dat de afbakening van de relevante productmarkten voor specialismen een te nauwe marktdefinitie oplevert.⁸⁴ Een rechtsvergelijkende analyse van de benadering van de relevante productmarkt door de mededingingsautoriteiten in de VS, Nieuw-Zeeland en Duitsland leert dat de productmarktafbakening in andere jurisdicties ruimer is dan slechts afzonderlijke markten voor specialismen.⁸⁵

De NMa acht de resultaten van het onderzoek evenwel onvoldoende om uit te gaan van een ruimere markt dan per specialisme, aangezien de gehanteerde enquêtetekniken in haar ogen niet toereikend zijn gebleken om kwantitatief voldoende informatie in te winnen over de geografische marktomvang per afzonderlijke specialismen. Niettemin oordeelt de NMa dat uit het marktonderzoek onder marktpartijen in de vergunningsfase geen aanwijzingen zijn gevonden dat op een of meer specifieke specialismen mededingingsrechtelijke problemen zijn te verwachten als gevolg van de onderhavige fusie. Hierdoor zal de beoordeling gericht zijn op de markt voor de algemene ziekenhuiszorg, zonder nader onderscheid te maken naar specialismen.⁸⁶ Ook in de vergunningsfase, gaat de NMa aldus uit van de markt voor klinische algemene ziekenhuiszorg en de markt voor niet-klinische ziekenhuiszorg.

In het kader van de geografische marktafbakening laat de NMa uitgebreid onderzoek doen naar de reisafstand voor patiënten in de regio. Daaruit volgt dat de gemiddelde reistijd naar het eigen ziekenhuis voor de algemene ziekenhuizen momenteel tussen 23-28 minuten ligt en voor de academische ziekenhuizen tussen de 33 en 36 minuten.⁸⁷ De gemiddelde reistijd naar alternatieve ziekenhuizen zoals het UMC en Diakonessenziekenhuis te Utrecht is nauwelijks hoger of zelfs lager dan naar Ziekenhuis Gooi-Noord. Daarnaast blijkt uit onderzoek uitgevoerd onder tien huisartsen in de regio Het Gooi door onderzoeksbureau SEO dat de meeste patiënten worden doorverwezen naar de meest nabijgelegen ziekenhuizen (Ziekenhuis Gooi-Noord en Ziekenhuis Hilversum). Niet alleen is de reisafstand het kortst, maar zijn ook de contacten met de aldaar

werkzame specialisten in die ziekenhuizen het grootst.⁸⁸ Een belangrijk punt is dat de ondervraagde huisartsen hebben aangegeven dat wanneer de kwaliteit van de zorg van de gefuseerde ziekenhuizen afneemt, zij naar een ander ziekenhuis zullen verwijzen. Ook zorgverzekeraars hebben naar voren gebracht dat met de invoering van de nieuwe Zorgverzekeringswet meer sturingsmogelijkheden ontstaan voor zorgverzekeraars om patiënten naar andere ziekenhuizen te verwijzen.

SEO heeft in het verlengde hiervan onderzocht of patiënten, bij een waargenomen kwaliteitsvermindering, zelfstandig, naar andere, verder weg gelegen ziekenhuizen dan ziekenhuizen van partijen, zullen uitwijken. Het SEO concludeert dat indien ziekenhuizen zich onderscheiden op kwaliteit, patiënten bereid zijn een langere reisafstand voor lief te nemen. De NMa onderschrijft deze analyse en acht duidelijk dat patiënten uit Het Gooi “een significant hogere waardering hebben voor (meer) kwaliteit dan voor (minder) reistijd.” Hierdoor acht de NMa het aannemelijk dat ziekenhuizen rondom Het Gooi in voldoende mate een alternatief vormen voor patiënten uit Het Gooi, en daarmee concurrentiedruk uitoefenen op de fuserende ziekenhuizen. Anders dan in de meldingsfase, komt de NMa tot de conclusie dat de markt ruimer moet worden geacht dan alleen Het Gooi.⁸⁹

Daarbij komt dat de reisbereidheid sterk samenhangt met een eventuele prijsstijging. Uit het onderzoek van het SEO blijkt dat patiënten bereid zijn verder te gaan reizen, ingeval van hogere prijzen van het meest nabij gelegen ziekenhuis. Ook deze constatering leidt tot de conclusie dat de markt ruimer dan Het Gooi is.⁹⁰

Alles overziend, acht de NMa, gelet op de reisbereidheid van patiënten, dat meerdere ziekenhuizen concurrentiedruk kunnen uitoefenen op Ziekenhuis Hilversum en Ziekenhuis Gooi-Noord. De vergunning wordt daarom verleend.

In het fusiebesluit inzake de voorgenomen fusie tussen Ziekenhuis Walcheren-Stichting Oosterscheldeziekenhuizen staat reisbereidheid van patiënten eveneens centraal. In onderstaande paragraaf volgt een bespreking van de fusietoets door de NMa ten aanzien van deze Zeeuwse fusie.

Fusiebesluit Ziekenhuis Walcheren-Stichting Oosterscheldeziekenhuizen

De Stichting Ziekenhuis Walcheren is gevestigd in Vlissingen. Daarnaast heeft het ziekenhuis een poliklinische faciliteit in Middelburg. Stichting Oosterscheldeziekenhuizen heeft haar hoofdvestiging in Goes en niet-klinische algemene ziekenhuiszorg is gevestigd in Zierikzee. Deze ziekenhuizen wensen te fuseren en leggen hun voornemen in de meldingsfase aan de NMa voor.

In navolging van de eerdere besluiten gaat de NMa in haar fusiebesluit bij de algemene ziekenhuiszorg uit van aparte *relevante productmarkten* voor klinische en niet-klinische zorg.⁹¹

Het onderzoek naar de relevante *geografische markt* is uitgebreider dan het onderzoek naar de productmarkt. Op basis van de uitkomst van de EH-test, zijn de ziekenhuizen van mening dat sprake is van twee relevante

geografische markten: (i) Walcheren en (ii) Schouwen-Duiveland. De NMa is daarentegen van oordeel dat een analyse van reistijden wijst in de richting van een relevante geografische markt voor zowel klinische als niet-klinische algemene ziekenhuiszorg die groter is dan de afzonderlijke gebieden Walcheren en Schouwen-Duiveland en Noord-en Zuid-Beveland en niet groter is dan Midden-Zeeland.

De NMa stelt allereerst vast dat de ziekenhuizen actief zijn in een relatief dun bevolkt gebied, waarin zij weinig concurrentie van derden ondervinden.⁹² In de tweede plaats komt de NMa in het kader van het reistijdenonderzoek tot de conclusie dat de gemiddelde reistijd naar het eigen ziekenhuis voor de beide fusieziekenhuizen respectievelijk 9 en 20 minuten is.⁹³ De gemiddelde reistijd naar andere ziekenhuizen is aanzienlijk langer. Zo ligt bijvoorbeeld die reistijd voor patiënten van Oosterscheldeziekenhuizen voor het tweede alternatief (Bergen op Zoom) ongeveer 30% verder dan het eerste alternatief. Gemeten in aantallen inwoners in 2004 ziet een ruime meerderheid van de inwoners door de fusie het beste alternatief verdwijnen. In de derde plaats constateert de NMa dat de inwoners “realistisch gezien slechts een beperkt aantal richtingen op kunnen (in vele gevallen slechts maar een) voor alternatieve ziekenhuizen.”⁹⁴ Het voorgaande wordt bevestigd door de EH-test. Voor alle postcodegebieden die behoren tot Midden-Zeeland geldt dat voor zowel klinische als niet-klinische zorg de eerste keus op de fusieziekenhuizen valt. Ook ondervraagde marktpartijen (ziekenhuizen, verzekeraars en huisartsen) bevestigen dat Walcheren en de Bevelanden gelet op onder andere de reisafstand gezamenlijk als een geïsoleerd gebied kan worden aangemerkt, waardoor het voor de inwoners niet vanzelfsprekend is om uit te wijken naar andere ziekenhuizen buiten dit gebied.⁹⁵

De NMa concludeert dat beide ziekenhuizen momenteel de enige aanbieders van algemene ziekenhuiszorg zijn gevestigd in Midden-Zeeland, met huidige marktaandeelen van 40-50% per ziekenhuis voor klinische zorg en van 40-50% per ziekenhuis voor niet-klinische zorg. Gezamenlijk leidt dit mogelijk tot een economische machtspositie die tot gevolg heeft dat een daadwerkelijke mededinging op de Nederlandse markt of een deel daarvan op significante wijze wordt belemmerd.⁹⁶

De betrokken ziekenhuizen hebben zonder succes bij de melding nog aangegeven dat zij te maken hebben met een grote afnemer van ziekenhuiszorg (verzekeraar CZ-OZ) en dat sprake is van compenserende afnemersmacht (de sterke onderhandelingspositie van de afnemer in commerciële onderhandelingen met de verkoper en zijn vermogen om over te schakelen naar andere leveranciers). De NMa acht echter in deze fase onaannemelijk dat er sprake is van compenserende afnemersmacht. Tot slot hebben de ziekenhuizen aangevoerd dat de fusie zal leiden tot efficiencyvoordelen, die ten goede zullen komen aan de verbruikers in de vorm van onder meer betere medische zorg en continuïteit van de zorg.⁹⁷ De NMa verworpt echter het efficiencyverweer en komt tot de eindconclusie dat voor de concentratie een vergunning is vereist. De aanvraag tot een vergunning wordt in eerste instantie gedaan, maar later door de ziekenhuizen ingetrokken. De fusie heeft derhalve geen doorgang gevonden.

Recente besluiten in de ziekenhuissector

Recent zijn door de NMa in de meldingsfase nog twee fusies tussen ziekenhuizen goedgekeurd. Het betreft de besluiten inzake de fusie tussen het Laurentius Ziekenhuis Roermond en St. Jans Gasthuis en de fusie tussen de Stichting Gemini Ziekenhuis en Stichting Medisch Centrum Alkmaar. Een uitgebreide bespreking van beide fusiebesluiten kan achterwege blijven, aangezien de NMa overeenkomstig de eerdere fusiebesluiten de relevante markt afbakt en gelet op de geografische ligging van andere, alternatieve ziekenhuizen ten opzichte van de fusierende ziekenhuizen het aannemelijk acht dat meerdere ziekenhuizen concurrentiedruk zullen uitoefenen.

In beide besluiten merkt de NMa in het kader van de reistijdenanalyse nog op dat er in Nederland op dit moment sprake is van een markt in transitie en dat hierdoor de transparantie van kwaliteit en prijzen van ziekenhuizen wordt vergroot. Deze grotere transparantie stelt de patiënten beter in staat om bij de keuze voor een ziekenhuis rekening te houden met de kwaliteit en prijzen van omliggende ziekenhuizen.¹⁰⁰

Tot slot heeft de NMa bij besluit van 29 februari 2008 de fusie tussen Groene Hart Ziekenhuis en Zorgpartners Midden-Holland goedgekeurd zonder dat hiervoor een vergunning is vereist.¹⁰¹ Daarnaast merken wij nog op dat op 18 maart 2008 de ziekenhuizen Stichting Sint Lucas en Stichting Algemeen Ziekenhuis Delft hun voornemen tot fusie gemeld aan de NMa.¹⁰²

Fusiebesluiten in de AWBZ-sector

Ook ten aanzien van het eerste compartiment, de AWBZ-zorg, heeft de NMa een aantal malen fusies beoordeeld. In een aantal zaken heeft de NMa mededingingsproblemen geconstateerd. In een aantal andere zaken heeft de NMa weinig problemen met de fusies in de AWBZ-sector gehad. De voornaamste redenen hiervoor zijn meestal gelegen in het feit dat de activiteiten van de fusiepartners elkaar niet overlappen en de positie van deze partners niet voldoende groot is om een bedreiging voor de concurrentie te vormen.¹⁰³

Fusiebesluit Vizier-De Wendel

In de zaak Vizier – De Wendel¹⁰⁴ komt de NMa tot de conclusie dat er sprake is van een aparte productmarkt voor intramurale AWBZ-zorg voor verstandelijke gehandicapten. Wat de geografische markt betreft, concludeert de NMa dat de betrokken partijen die actief zijn in Noord-Limburg, vooral cliënten uit de regio aantrekken. Dit komt onder andere doordat voor cliënten van de instellingen, de verstandelijk gehandicapten, sociale netwerken en met name contacten met de familie van groot belang is. Ook blijkt toetreding voor andere aanbieders naar de markt in Noord-Limburg lastig. De geografische markt is door de NMa dan ook beperkt geacht tot Noord-Limburg. Deze regionale afbakening van de geografische markt strookt met de algemene benadering die de NMa heeft vastgelegd in het Visiedocument AWBZ-zorgmarkten.¹⁰⁵ Hier wordt

gesteld dat de vraag van patiënten naar AWBZ-zorg in het algemeen regionaal van aard is.¹⁰⁶ De concentratie leidt ertoe, zo overweegt de NMa, dat de betrokken partijen 60 tot 70% van de markt, naar aantal instellingsplaatsen, in handen krijgen. Tevens blijkt toetreding tot de markt lastig te zijn. De conclusie luidt ook dat door de fusie een machtspositie tot stand zou kunnen komen die daadwerkelijk de mededinging zou kunnen beperken. Er is daarom een vergunning vereist.

Vizier heeft in reactie hierop besloten een aantal activiteiten af te stoten en over te doen aan een nieuwkomer op de Noord-Limburgse markt: Pluryn. De laatstgenoemde onderneming gaf aan haar activiteiten vanuit Gelderland uit te willen breiden naar Noord-Limburg. Hierdoor is, naast de nieuwe fusieonderneming en Daelzicht, die ook actief is op de Noord-Limburgse markt, een nieuwe onderneming tot deze markt togetreden. De fusiepartners hebben tevens toegezegd om Pluryn te faciliteren bij het realiseren van 55 intramurale plaatsen in de regio. Door deze opvallende actie van een van de fusiepartners –het in het zadel helpen van een nieuwe concurrent in de regio– heeft de NMa zich uiteindelijk bereid getoond de fusie goed te keuren. De NMa overweegt in dit verband onder andere dat door toetreding van Pluryn een eventuele verlaging van de kwaliteit van de diensten aangeboden door de fusiepartners er waarschijnlijk toe zal leiden dat meer intramurale plaatsen zullen toevallen aan Daelzicht en Pluryn; er is met andere woorden voldoende disciplinerende werking. De vereiste vergunning is dan ook afgegeven onder de voorwaarde dat de fusiepartners inderdaad Pluryn helpen bij het actief worden op de Noord-Limburgse markt.¹⁰⁷

Fusiebesluit Oosterlengte-Thuiszorg Groningen-Sensire

In de zaak over de fusie tussen TZG-Sensire en Oosterlengte heeft de NMa ook mogelijke mededingingsproblemen geconstateerd.¹⁰⁸ De NMa onderscheidt in het kader van deze fusie een relevante productmarkt voor persoonlijke verzorging en verpleging alsmede een relevante markt voor huishoudelijke verzorging. Mede gezien de toetredingsdrempels gaat de NMa ervan uit dat geografische markten slechts regionaal van aard zijn en niet groter dan de regio van het desbetreffende zorgkantoor. Omdat in deze relatief kleine geografische markten de activiteiten van de fusiepartners elkaar overlappen en zij hoge marktaandelen zouden behalen, vreest de NMa dat na een fusie een machtspositie ontstaat. Daarbij speelt eveneens een rol dat de actuele en potentiële concurrentiedruk tamelijk beperkt lijkt. Partijen hebben aangegeven dat de fusie tot efficiëntieverbeteringen zal leiden, namelijk de ontwikkeling van een ketenzorgconcept dat gericht is op kwalitatief hoogwaardige zorg. De NMa geeft niettemin aan dat voor de onderhavige fusie een vergunning vereist is, maar dat zij in de vergunningsfase bereid is tot nader onderzoek naar eventuele efficiëntieverbeteringen. In haar Richtsnoeren voor de zorgsector heeft de NMa gesteld rekening te houden met efficiëntieverbeteringen en daaronder ook kwaliteitsverbeteringen te verstaan. Aangetoond moet worden dat de fusie noodzakelijk is om bepaalde kwaliteitsvoordelen te

bereiken.¹⁰⁹ Helaas is de vergunningaanvraag door partijen na uitgebreider onderzoek door de NMa ingetrokken en is de NMa hierdoor niet tot een besluit gekomen.

Fusiebesluit Protein-TML-LvGG

Een andere zaak, waarin de NMa een vergunningplicht heeft opgelegd betreft de fusie tussen Proteion, Thuiszorg Midden-Limburg (“TML”) en Stichting Land van Gelre en Gulick (“LvGG”).¹¹⁰ In dit besluit heeft de NMa, wat de intramurale AWBZ-zorg betreft, een relevante productmarkt voor verpleeghuiszorg en voor verzorgingshuiszorg gedefinieerd. Ten aanzien van de extramurale zorg is de NMa uitgegaan van een relevante productmarkt voor thuiszorg, waarbij in het midden is gelaten of deze markt nader diende te worden onderverdeeld. De geografische markt is door de NMa als regionaal aangeduid, omdat is gebleken dat de zorgconsumenten graag de diensten afnemen van aanbieders die dicht bij hen in de buurt zijn gevestigd. Op deze relatief kleine markten zouden de betrokken partijen al snel posities innemen die hoger zouden uitvallen dan 60%. Gezien de hoge toetredingsdrempels is de potentiële concurrentie gering gebleken. In deze zaak is geen vergunning aangevraagd. Driekwart jaar later is bij de NMa het fusievoornemen van Zorggroep Noord-Limburg (“ZgNL”) en twee van de drie partijen in de hierboven behandelde zaak, TML en LvGG, gemeld. Ook in deze zaak is een vergunningeis gesteld, vanwege de toevoeging van LvGG aan het marktaandeel van TML, op het gebied van thuiszorg (huishoudelijke verzorging enerzijds en persoonlijke verzorging en verpleging anderzijds) in Midden-Limburg¹¹¹. In de tweede fase (vergunningsfase) heeft de NMa uiteindelijk de fusie wel goedgekeurd. Zij komt nu tot de conclusie dat ook in de periode die voorafgaat aan de fusie weinig concurrentiedruk van LvGG uitging op TML op de markten voor persoonlijke verzorging en verpleging.¹¹² De fusie heeft in wezen geen verslechtering van het concurrentieproces tot gevolg, aldus de NMa. De reden hiervoor is dat LvGG hoofdzakelijk actief is binnen geclusterde woonvormen en TML alleen buiten geclusterde woonvormen. Gebleken is dat TML vooral van andere partijen concurrentiedruk ondervindt. Een vergelijkbare redenering ging op voor de huishoudelijke verzorging.

Fusiebesluit Zorggroep West-en Midden-Brabant-Amarant

Ook bespreking verdient de zaak Zorggroep West- en Midden-Brabant –Amarant.¹¹³ In deze zaak heeft de NMa de volgende concurrentieproblemen geconstateerd. De betrokken partijen waren actief op het terrein van intramurale en extramurale AWBZ-zorg. Aan zowel ouderen als verstandelijk gehandicapten boden zij zorg aan. Voor de intramurale AWBZ-activiteiten oordeelt de NMa dat zorgverlening aan één van deze doelgroepen een aparte relevante productmarkt omvat. Bij de extramurale thuiszorg is uitgegaan van één markt gezien onder meer het proces van ontschotting in de AWBZ (er wordt binnen deze wet geen onderscheid meer gemaakt naar doelgroep maar gewerkt met algemene omschrijvin-

gen), het feit dat enkele spelers beide diensten reeds aanbieden en de gemeenschappelijke kenmerken van thuiszorg. Wat betreft de mogelijke markt(en) voor begeleiding is een mogelijk onderscheid naar doelgroep in het midden gelaten. In navolging van eerdere besluiten heeft de NMa geconcludeerd dat de geografische markten regionaal zijn. Omdat de activiteiten van de fusiepartners bij de intramurale AWBZ-zorg elkaar niet overlappen, doen zich geen mededingingsproblemen voor. Ten aanzien van de 'extramurale AWBZ-producten' heeft de NMa daarentegen verschillende geografische markten onderscheiden. Op één daarvan zou toevoeging van het marktaandeel van Amarant aan dat van de Zorggroep West- en Midden-Brabant tot een aanzienlijke sterke positie van de nieuwe te vormen fusieonderneming leiden. Hoewel dergelijke problemen zich niet voordeden op andere extramurale AWBZ-markten, heeft de NMa niettemin een vergunningplicht opgelegd. Partijen hebben besloten om vooralsnog geen vergunning aan te vragen.¹¹⁴

Het probleem dat fusiepartners op een aantal markten voor extramurale of intramurale AWBZ-activiteiten een te sterke positie krijgen, kan worden opgelost door toe te zeggen dat bepaalde activiteiten op deze markten worden afgestoten.¹¹⁵ Indien een dergelijk aanbod aan bepaalde eisen voldoet (onder meer zal onderzocht worden of de af te stoten onderdelen levensvatbaar zijn), zal de NMa alsnog de fusie toestaan, zo is gebleken uit het besluit van de NMa in zaak Pantein-STBNO.¹¹⁶

Fusiebesluit Evean Groep-Philadelphia-Woonzorg Nederland

Recentelijk heeft de NMa op 1 april 2008 een fusie tussen Evean Groep-Philadelphia-Woonzorg Nederland goedgekeurd.¹¹⁷ Deze fusie is opmerkelijk, aangezien het een fusie betreft tussen AWBZ-instellingen (Evean en Philadelphia) enerzijds en een woningbouwcorporatie (Woonzorg Nederland) anderzijds. De NMa heeft de fusie uiteindelijk goedgekeurd onder de voorwaarde dat Woonzorg Nederland elf verpleeg- en/of verzorgingshuizen zal afstoten. Het fusiebesluit is omvangrijk en medegelet op de overwegingen van de NMa inzake de relevante marktafbakening, de bezwaren van de NMa ten aanzien van de verticale relatie tussen de zorgaanbieders en de woningbouwcorporatie en de zienswijzen van de NZa van belang.

Evean Groep is actief op het terrein van intramurale en extramurale AWBZ-zorg. Evean verzorgt daarnaast diensten op het gebied van huishoudelijke verzorging, kraamzorg, jeugdgezondheidszorg, ergotherapie, cursussen, thuisalarmering, maatschappelijk werk, maaltijdvoorziening en bijzondere tandheelkunde. De Protestants-christelijke Stichting Philadelphia verricht eveneens diensten op het gebied van intramurale en extramurale zorg in het kader van de AWBZ.¹¹⁸ Stichting Woonzorg realiseert en verhuurt als woningbouwcorporatie zelfstandige woningen (met name sociale huisvesting geschikt voor ouderen en gehandicapten), verzorgingshuizen en verpleeghuizen. Ook is Woonzorg actief op het terrein van thuisalarmering, maaltijdvoorziening, klussendienst, verhuiservice, het aanbieden van onderhoudsabonnementen en als tussenpersoon voor bepaalde verzekeringen.

De NMa gaat allereerst in het fusiebesluit over tot de afbakening van de relevante markten.¹¹⁹ Ten aanzien van de relevante productmarkt concludeert de NMa dat horizontale overlap bestaat tussen een groot aantal activiteiten van Eveen en Philadelphia. De NMa onderscheidt in het kader van dit fusiebesluit in totaal elf afzonderlijke relevante productmarkten. Evenals in eerdere besluiten wordt uitgegaan van afzonderlijke markten voor (i) verzorgingshuiszorg, (ii) dagactiviteiten voor ouderen en chronisch zieken, (iii) intramurale en semimurale AWBZ-zorg voor verstandelijk gehandicapten (totaalpakket van wonen en dagvoorziening), (iv) persoonlijke verzorging en verpleging, (v) ambulante psychiatrische zorg, waarbinnen mogelijk een nader onderscheid naar specialisme kan worden gemaakt en (vi) huishoudelijke verzorging. Daarnaast merkt de NMa op dat een verticale relatie tussen een deel van de activiteiten van Eveen en/of Philadelphia enerzijds en de activiteiten van Woonzorg op het gebied van de realisatie en verhuur van zelfstandige woningen en verzorging- en verpleeghuizen anderzijds bestaat. Zo verhuurt Woonzorg de verzorging- en verpleeghuizen niet aan bewoners, maar aan zorginstellingen, zoals Eveen en Philadelphia. In dat verband wordt uitgegaan van een afzonderlijke markt voor (vii) verpleeghuiszorg en (viii) realisatie (projectontwikkeling), hetgeen ook de realisatie van verzorging-en verpleeghuizen en zelfstandige woningen omvat. In de verticale relatie onderscheidt de NMa de verhuur van (ix) zelfstandige woningen, (x) verzorgingstehuizen en van (xi) verpleeghuizen als afzonderlijke markten, nu zowel de zorgaanbieder als de bewoner een zelfstandige woning, een verzorgingshuis en een verpleegtehuis niet als (directe) substituten beschouwt. De geografische omvang van de markt voor verzorgingshuiszorg acht de NMa zeer beperkt. Gebleken is dat cliënten liever niet weg willen uit hun eigen leefomgeving en bij voorkeur in hun eigen gemeenten blijven wonen. Veel cliënten van een verzorgingshuis komen uit de gemeente waarin het verzorgingshuis is gevestigd. Volgens de NMa kan de geografische omvang van deze markt bestaan uit de gemeente waarin het verzorgingshuis is gelegen, de gemeente waarin het verzorgingshuis is gelegen plus de omliggende gemeenten binnen dezelfde zorgkantorregio of de gemeente waarin het verzorgingshuis is gelegen en alle omliggende gemeenten. Ook ten aanzien van de markten voor dagactiviteiten voor ouderen en chronisch zieken en intramurale en semimurale AWBZ-zorg voor verstandelijke gehandicapten oordeelt de NMa dat de markt regionaal is, nu deze diensten eveneens bij voorkeur worden afgenomen in de eigen leefomgeving. De NMa gaat echter niet over tot een exacte marktafbakening van de in totaal elf geïdentificeerde relevante productmarkten, aangezien de materiele beoordeling hierdoor niet wordt beïnvloed. Zo oordeelt de NMa dat op de zes markten, waar sprake is van horizontale overlap tussen de activiteiten van Eveen en Philadelphia, het niet aannemelijk is dat als gevolg van de voorgenomen concentratie tussen Eveen en Philadelphia, de daadwerkelijke mededinging op de Nederlandse markt of een deel daarvan op significante wijze zou kunnen worden belemmerd.¹²⁰ De activiteiten van Eveen en Philadelphia overlappen immers niet op ge-

meentelijk niveau of op zorgregiokantoonniveau. Maar ook ingeval sprake is van een zekere overlap, is sprake van een zeer geringe toevoeging door Philadelphia aan de activiteiten van Evean en/of de aanwezigheid van sterke concurrentie (onder meer zichtbaar door deelname aan WMO-aanbestedingen voor huishoudelijke zorg).

De NMa gaat aansluitend over tot de beoordeling van de verticale relaties tussen de activiteiten van Woonzorg enerzijds en Evean/Philadelphia anderzijds, meer bepaald, in hoeverre partijen na de fusie de mogelijkheid en de prikkel hebben om markten af te sluiten.¹²¹ De NMa oordeelt gelet op de mogelijkheden tot realisatie van zorgvastgoed op nieuw locaties door concurrerende zorgaanbieders geen aanleiding is om aan te nemen dat de fusiecombinatie op de markt voor realisatie van zelfstandige woningen en verzorgings- en verpleeghuizen enerzijds en het aanbieden van zorg anderzijds een significante invloed zal uitoefenen. De NMa acht dit eveneens onaannemelijk voor de markt van verhuur van zelfstandige woningen en het aanbieden van extramurale zorg. De NMa gaat evenwel in dat verband naar aanleiding van een aantal zienswijzen in op de vrees die bestaat dat de fusiecombinatie kleinere zorginstellingen uit de markt zal kunnen drukken, maar komt tot de conclusie dat deze angst ongegrond is. Immers, bewoners worden vrijgelaten in de keuze van een zorgaanbieder en daar waar de fusieonderneming nieuwe projecten zal starten, geldt dat zij bewoners en afnemers van zorg nog moeten werven. Daarnaast kunnen Evean en Philadelphia slechts werkzaam zijn op het gebied van huishoudelijke verzorging na het succesvol doorlopen van een aanbesteding.¹²²

Daarentegen oordeelt de NMa dat de fusiecombinatie beschikt over mogelijkheden om significante invloed uit te oefenen op de kwaliteit en prijs van de huur van verzorgingshuizen en verpleeghuizen door concurrerende zorginstellingen. Volgens de NMa is het switchen naar een nieuwe locatie voor een zorgaanbieder op korte termijn vaak niet mogelijk en zijn geschikte locaties schaars. De bestaande huurders zijn aldus in sterke mate afhankelijk van Woonzorg. Daarnaast acht de NMa de kans aanwezig dat de fusiecombinatie in staat is om inzicht te verwerven in de strategische vastgoedbewegingen van concurrerende instellingen, nu dit type plannen veelal een investeringsbeslissing van de verhuurder vereist en daarom wordt doorgesproken met de verhuurder.¹²³ Mede gelet op de veronderstelling dat de prikkel om te investeren in projecten waarbij Evean en Philadelphia zijn betrokken als zorgaanbieder groter is dan de prikkel om te investeren in vastgoed dat door andere zorgaanbieders wordt gehuurd, concludeert de NMa aansluitend dat het voorgaande leidt tot prikkels voor marktuitsluiting, hetgeen tot effect kan hebben dat concurrenten minder goed in staat zijn om met Evean en Philadelphia te concurreren op het gebied van verpleeghuiszorg en verzorgingshuiszorg. Daarnaast acht de NMa aannemelijk dat in die gebieden de marktafsluiting tot gevolg kan hebben dat ook de fusierende ondernemingen zelf minder worden geprikkeld een concurrerend bod uit te brengen. Indien deze marktafsluiting ertoe leidt dat concurrerende zorgaanbieders locaties

die zij huren van Woonzorg verlaten omdat het contract wordt beëindigd, kan de fusiecombinatie zelf de betreffende locatie als zorgaanbieder exploiteren. Hierdoor kan het marktaandeel van de fusiecombinatie op het gebied van verzorgingshuiszorg, respectievelijk verpleeghuiszorg op termijn worden uitgebreid, aldus de NMa.¹²⁴ Gelet op het voorgaande oordeelt de NMa dat een veilige grens zou moeten worden gehanteerd waarbij het gecombineerde marktaandeel van partijen (de optelling van marktaandelen van Eean of Philadelphia op de markt van verzorgingshuiszorg respectievelijk verpleeghuiszorg enerzijds en van Woonzorg op de markt van verzorgingshuiszorg respectievelijk verpleeghuiszorg die door concurrenten van Eean en Philadelphia wordt aangeboden vanuit verzorgingshuizen respectievelijk verpleeghuizen van Woonzorg anderzijds) beneden de 50% ligt. Op basis hiervan stelt de NMa vast dat wat betreft de markt voor verzorgingstehuiszorg en verpleeghuiszorg het in een of meerdere scenario's aannemelijk is dat de verticale relatie die na de voorgenomen fusie ontstaat kan leiden tot een significante belemmering van de mededinging.

Naar aanleiding van dit onderzoek van de NMa hebben fusiepartijen de melding gewijzigd en besloten om elf huizen, waarin verpleeghuiszorg en/of verzorgingshuiszorg wordt aangeboden door concurrenten van Philadelphia en Eean af te stoten. Hierdoor acht de NMa het voldoende onaannemelijk dat de concentratie tot een significante belemmering van de mededinging zou kunnen leiden wanneer de gecombineerde marktaandelen van Eean of Philadelphia de 50% niet overschrijden op alle geografische markten. Ook is de NMa van oordeel dat niet aannemelijk is dat de concentratie tot een significante belemmering van de mededinging zou kunnen leiden op markten waar er geen toevoeging van marktaandeel is. Dit geldt zowel voor verzorgingshuiszorg als voor verpleeghuiszorg. Dit komt er anders gezegd op neer dat volgens de NMa de zorgconsument ook na de fusie voldoende keuzemogelijkheden behoudt en de nieuwe combinatie voldoende concurrentiedruk blijft ondervinden van andere spelers.¹²⁵

Diensten van Algemeen Economisch Belang

Ingeval ondernemingen, waarvan één belast is met een dienst van algemeen economisch belang, wensen te fuseren is de NMa slechts bevoegd een vergunning hiertoe te weigeren, indien de weigering van die vergunning de vervulling van de hun toevertrouwde taak niet verhindert. De NMa benadrukt in haar richtsnoeren dat deze uitzondering, die voor fusies is vastgelegd in artikel 41 lid 3 Mw, strikt dient te worden uitgelegd.¹²⁶ Immers, de werking van het mededingingsregime wordt hierdoor in beginsel beperkt. De beperking dient te voldoen aan de beginselen van proportionaliteit en noodzakelijkheid. Dit betekent dat mededingingsbeperkingen ten behoeve van de vervulling van de opgedragen taken niet verder mogen gaan dan noodzakelijk is om de taken te vervullen. Deze uitzondering komt overeen met artikel 86 lid 2 EG.¹²⁷

Al met al zijn er weinig besluiten van de NMa voorhanden, waarin het concept diensten van algemeen economisch belang wordt toegepast. Verder kan dit concept de NMa in het mededingingsrecht alleen de mogelijkheid geven een concentratie toe te staan, die zij anders op mededingingsgronden had verboden. De wijze waarop de uitzonderingsgrond van artikel 41 lid 3 Mw is vormgegeven, machtigt de NMa niet om een fusie te verbieden vanwege redenen ontleend aan de realisering van diensten van algemeen economisch belang, die vanuit het perspectief van de mededinging geen problemen oplevert.

4.5 Ontheffingsbevoegdheid minister EZ

Voor de volledigheid wijzen wij tot slot nog op de ontheffingsbevoegdheid waarover de minister van Economische Zaken beschikt op grond van artikel 47 lid 1 Mw. De minister kan nadat de NMa een verzoek tot een vergunning voor een concentratie heeft geweigerd, niettemin besluiten die vergunning te verlenen, indien naar zijn oordeel gewichtige redenen van algemeen belang die zwaarder wegen dan de te verwachten belemmering, daartoe nopen. Denkbaar is namelijk dat concentraties die uit mededingingsoogpunt niet toelaatbaar zijn, op grond van andere zwaarwegende maatschappelijke belangen niettemin aanvaardbaar worden geacht. Wat “gewichtige redenen van algemeen belang” zijn wordt in de Mw niet nader gespecificeerd. Deze redenen kunnen een economisch en niet-economisch karakter hebben. Uit de Memorie van Toelichting op de Mw volgt dat in dit verband bijvoorbeeld gedacht kan worden aan staatsveiligheid, werkgelegenheid of het efficiëntiebelang van schaalvergroting teneinde de concurrentie op markten buiten Nederland aan te kunnen.¹²⁸ Daarbij is niet zozeer het verbeteren van de concurrentiepositie van belang, maar staan de daaruit voortvloeiende voordelen centraal. Er is evenwel vrijwel geen beschikkingenpraktijk met betrekking tot artikel 47 lid 1 Mw beschikbaar. Uit de zaak over de fusie tussen Jaarbeurs en RAI¹²⁹ blijkt dat de minister van EZ alleen in hoogst uitzonderlijke gevallen dit artikel wil toepassen, waarbij alleen rekening gehouden wordt met politieke en beleidsmatige argumenten.¹³⁰ De minister weigerde uiteindelijk om de fusie die de NMa had verboden, alsnog goed te keuren.¹³¹ Overigens geeft artikel 47 lid 1 Mw de minister alleen de bevoegdheid een concentratie toe te staan die de NMa heeft verboden. De bewoordingen van dit wetsartikel stellen de minister van EZ niet in staat een fusie te verbieden om redenen van algemeen belang, die de NMa heeft goedgekeurd.

In dit verband moet in meer algemene zin erop gewezen worden dat de NMa een zelfstandig bestuursorgaan is. Zij opereert daarmee onafhankelijk van het politieke proces. Afgezien van artikel 47 lid 1 Mw heeft de minister van EZ daarom niet de bevoegdheid om aanwijzingen te geven ten aanzien van individuele zaken. Artikel 5d lid 1 Mw bepaalt daarom dat de minister alleen beleidsregels kan vaststellen met betrekking tot de

uitoefening van de aan de Raad van de NMa toegekende bevoegdheden. Artikel 5d lid 2 Mw bepaalt dat deze beleidsregels betrekking mogen hebben op de wijze waarop de NMa bij de toepassing van artikel 6 lid 3 Mw (de wettelijke vrijstelling van het verbod op mededingingsbeperkende afspraken vastgelegd in artikel 6 lid 1 Mw) rekening houdt met andere belangen dan economische belangen. Opvallend genoeg wordt hier niet verwezen naar het fusietoezicht van de NMa. Artikel 5d lid 2 Mw kan derhalve door de minister niet gebruikt worden om het fusiebeleid van de NMa te beïnvloeden.

4.6 Evaluatie

Het vertrekpunt van de NMa bij de beoordeling van ziekenhuisfusies en andere zorgfusies is het economische criterium van de significante beperking van de mededinging. (Tot 2007 was het centrale criterium voor de fusietoets het ontstaan of versterken van een economische machtspositie. Sinds de wetswijziging van dat jaar is het criterium een significante beperking van de mededinging, waarvan een economische machtspositie een voorbeeld van.) Kwaliteit speelt in deze beoordeling geen hoofdrol. Zolang er voldoende disciplinerende werking van andere, alternatieve zorgaanbieders uitgaat, betekent verlaging van de kwaliteit in een bepaalde regio niet dat de NMa de fusie verbiedt. Naar haar mening is immers in een dergelijk geval de geografische markt tamelijk groot, bijvoorbeeld omdat afnemers bereid zijn te reizen om bepaalde zorgdiensten te ontvangen. Alleen als blijkt dat er te weinig disciplinerende werking uitgaat van andere zorgaanbieders wordt een fusie tussen twee zorgaanbieders verboden. Er is dan sprake van een kleine geografische markt en de fuserende partners zijn dan al gauw de belangrijkste spelers op deze markt. Fuseren leidt dan tot het ontstaan van een machtspositie, hetgeen de NMa niet toestaat. In de zaak Vizier-De Wendel ontliepen partijen dit verbod door een nieuwkomer in het zadel te helpen. Deze creatieve oplossing had ontegenzeggelijk invloed op de bereikbaarheid en beschikbaarheid van de zorg. Partijen werden echter tot deze handelwijze gedwongen, omdat de geografische markt redelijk beperkt moest worden afgebakend.

Aangenomen mag worden dat de NMa aspecten als bereikbaarheid en beschikbaarheid van zorg op vergelijkbare wijze als ingeval van het meer algemene belang van kwaliteit meeneemt in haar beoordeling. De eerstgenoemde aspecten hangen immers zeer nauw samen met het laatstgenoemde belang. Opgemerkt zij dat de NMa overwegingen van bereikbaarheid en beschikbaarheid vrijwel niet met zoveel woorden benoemd. In het kader van de analyse van de reistijden van patiënten onder de geografische marktafbakening lijkt de NMa de bereikbaarheid indirect aan bod te laten komen. Die bereikbaarheid (reistijd) wordt in dat geval getoetst aan de reëel voorhandenzijnde alternatieven na de fusie, maar niet aan reistijden die mogelijk door de fusie veranderen. Denkbaar is

bijvoorbeeld dat een bepaald specialisme en/of bepaalde functies door de fusie geconcentreerd zullen worden in één van de fuserende ziekenhuizen, waardoor de reistijd voor sommige patiënten na de fusie zal toenemen. Het hangt uiteindelijk van de marktafbakening af in hoeverre de NMa een fusie zal verbieden, indien daardoor in een bepaald gebied het aantal vestigingen van zorginstellingen zal afnemen. Tot een dergelijk verbod zal de NMa in de meeste gevallen alleen overgaan, indien er sprake is van een beperkte geografische en/of productmarkt. Verwacht mag worden dat indien zorgmarkten, mede dankzij impulsen van overheidsbeleid, meer concurrerend en dynamisch worden, allerlei toetredingsdrempels kleiner worden. Het bestaan van toetredingsdrempels vormt vaak een argument om (geografische) markten beperkt af te bakenen. Het proces van meer concurrentie en dynamische ontwikkeling op diverse zorgmarkten kan er dus toe leiden dat deze markten ruimer dan thans het geval is, worden afgebakend. Dit heeft weer als consequentie dat de NMa minder snel dan momenteel het geval is, zorgfusies zal verbieden.

De NMa heeft aangegeven kwaliteitsverbeteringen als efficiëntieverbeteringen te betrekken in de beoordeling van zorgfusies.¹³² Dit betekent dat onder bepaalde voorwaarden toch een fusie wordt goedgekeurd vanwege deze verbeteringen, die anders verboden zou zijn. Het zorgfusietoezicht, dat in deze studie centraal staat, beoogt echter juist fusies die negatieve gevolgen voor de bereikbaarheid en beschikbaarheid van de zorg hebben, te verbieden. Het ligt daarom niet in de rede dat het beleid van de NMa met betrekking tot efficiëntieverbeteringen een grote bijdrage zal leveren aan het nastreven van de doelstelling van bereikbaarheid en beschikbaarheid. In dit verband moet opgemerkt worden dat in het concentratietoezicht een beroep op efficiëntieverbeteringen niet snel zal worden gehonoreerd.

Ook de regeling van de diensten van algemeen economisch belang in de Mededingingswet en de bevoegdheid van de minister van EZ om ontheffing te verlenen zullen moeilijk inzetbaar zijn om de belangen van de beschikbaarheid en bereikbaarheid van de zorg te realiseren. In de eerste plaats kunnen deze regeling en bevoegdheid, evenals het beleid van de NMa inzake kwaliteitsverbeteringen als efficiëntieverbeteringen, er alleen toe leiden dat fusies worden toegestaan, die anders vanwege mededingingsproblemen zouden zijn verboden. In de tweede plaats wordt van beide mogelijkheden in de praktijk slechts terughoudend gebruik gemaakt. Anders dan bij de Europese regels voor het vrije verkeer, lijkt derhalve het concept van diensten van algemeen economisch belang bij het concentratietoezicht door de NMa geen noemenswaardige rol te spelen met betrekking tot de bereikbaarheid en beschikbaarheid van de zorg.

5 Wet Marktordening Gezondheidszorg en de NZa

De NZa houdt toezicht op de marktprocessen in de Nederlandse zorgsector. Het is daarom van belang om in te gaan op de rol die deze autoriteit speelt in het fusieproces van zorginstellingen. Kan haar beleid een bijdrage leveren aan de realisering van het belang van de bereikbaarheid en beschikbaarheid van de zorg?

Hieronder wordt eerst het juridische instrumentarium van de NZa beschreven. Daarna komt de huidige rol die zij speelt in het proces van fusies tussen zorginstellingen aan de orde.

5.1 Het markttoezicht in de zorg door NZa

De Wet Marktordening Gezondheidszorg (WVG) regelt de bevoegdheden van de NZa. In hoofdstuk 3 van deze wet worden de taken en de bevoegdheden van de NZa opgesomd, waaronder; markttoezicht op het terrein van de gezondheidszorg,¹³³ toezicht op de uitvoering van de Zorgverzekeringswet door de zorgverzekeraars en toezicht op de uitvoering van de AWBZ.¹³⁴ Voor de onderhavige studie is alleen de taak van het markttoezicht van belang.

Marktonderzoek

De NZa kan op grond van de artikelen 32 en 33 WVG marktonderzoek verrichten naar de concurrentieverhoudingen en het marktgedrag op het gebied van zorg. De resultaten van dergelijk onderzoek kan zij gebruiken voor de inzet van haar andere bevoegdheden.¹³⁵ In deze onderzoeken wordt aandacht besteed aan fusies. In het Visiedocument ziekenhuiszorg¹³⁶ wordt bijvoorbeeld aangegeven dat de NZa de gevolgen voor horizontale fusies voor prijzen, efficiëntie en marktmacht een plaats wil geven in de monitoring van de marktwerking in de zorg. Er wordt gesteld dat er in de ziekenhuissector veel fusies hebben plaatsgevonden, waardoor de ziekenhuizen weinig concurrenten meer hebben in hun regio.¹³⁷ Tevens is naar voren gebracht dat het monitoren van de ontwikkelingen in de ziekenhuiszorg mede bedoeld is ter ondersteuning van het fusietoezicht van de NMa.¹³⁸

Algemene verplichtingen van zorgaanbieders en ziektekostenverzekeraars

De artikelen 34-45 WVG geven de NZa de bevoegdheid een aantal verplichtingen op te leggen aan de zorgaanbieders en ziektekostenverzekeraars. De belangrijkste bevoegdheid is die van de tariefregulering. Deze bevoegdheden hebben echter geen betrekking op het fusietoezicht.

De bevoegdheid betreffende Aanmerkelijke marktmacht

Artikel 48 kent aan de NZa de bevoegdheid toe om zorgaanbieders of ziektekostenverzekeraars verplichtingen op te leggen, indien deze over aanmerkelijke marktmacht (“AMM”) beschikken. Het eerste lid van dit artikel geeft aan waaruit deze verplichtingen kunnen bestaan. Zo kunnen zorgaanbieders en ziektekostenverzekeraars verplicht worden om diensten los van andere diensten te leveren, teneinde bepaalde contracten te sluiten en om geen onredelijk hoge capaciteit in te kopen van een zorgaanbieder. Bij het opleggen van verplichtingen moet de NZa het beginsel van proportionaliteit in acht nemen. Deze aanwijzing kan gegeven worden voor een periode van maximaal 3 jaar, maar is verlengbaar.

De bevoegdheid op het terrein van AMM geeft de NZa de mogelijkheid om op te treden tegen de nadelige gevolgen van een hoge concentratiegraad in een bepaalde markt waar zorgaanbieders (of zorgverzekeraars) opereren. Het betreft hier ex ante-toezicht, zodat preventieve maatregelen kunnen worden getroffen.

Deze maatregelen hebben echter geen betrekking op fusietoezicht. De taakverdeling, van de WMG en de Mw is zo vormgegeven dat de NMa de fusies goedkeurt. De NZa heeft hierin slechts een adviserende rol. Deze rol wordt in de volgende paragraaf besproken.

De vraag is nu of bij de oplegging van een verplichting vanwege AMM de NZa rekening kan houden met aspecten van bereikbaarheid en beschikbaarheid van de zorg alsmede met de kwaliteit van de zorg. Artikel 3 lid 4 WMG verplicht de NZa bij haar optreden het algemeen consumentenbelang voorop te stellen. In haar beleidsregel voor de AMM stelt de NZa dan ook dat bij de beantwoording van de vraag of optreden opportuun is onder meer gekeken wordt naar het consumentenbelang.¹³⁹ In haar toelichting op de beleidsregel geeft de NZa aan dat het inzetten van het AMM-instrument dient te leiden tot verbetering van de zogenoemde “publiekebelangenkwaliteit”. Hieronder wordt verstaan dat de zorg kwalitatief goed, toegankelijk en bovendien betaalbaar moet zijn voor de consument.¹⁴⁰ Bij de bespreking van het beginsel van proportionaliteit en de spoedeisendheid van een maatregel benadrukt de NZa dat ook hier de kwaliteit van zorg, toegankelijkheid en betaalbaarheid een rol spelen.¹⁴¹ Wat de kwaliteit betreft, geeft de NZa echter toe dat de IGZ de leidende rol heeft in het toezicht hierop en dat de NZa dit oordeel daarom zal volgen (welke verplichting voortvloeit uit artikel 19 WMG). Aan de IGZ is expliciet de taak van het toezicht houden op de kwaliteit van de zorg opgedragen, terwijl dit niet het geval is bij de NZa. De kwaliteit kan dus alleen op indirecte wijze worden nagestreefd door de NZa, namelijk door de marktwerking in de zorg te bevorderen.¹⁴²

Ons inziens geldt ook voor een belang als de toegankelijkheid en bereikbaarheid van de zorg dat deze op een vergelijkbare indirecte wijze –namelijk door middel van het bevorderen van marktwerking– moet worden nagestreefd. De NZa geeft immers in haar Beleidsregel AMM aan zich te laten leiden door de criteria van het Europese mededingingsrecht.¹⁴³ Voorts is volgens artikel 47 WMG sprake van AMM, indien

een aanbieder of verzekeraar zich onafhankelijk van zijn concurrenten, handelspartners of consumenten op de markt kan gedragen. Deze definitie vertoont sterke gelijkenis met de omschrijving die in het (Europese) mededingingsrecht wordt gehanteerd.¹⁴⁴ In de Memorie van Toelichting bij de WMG wordt ook aangegeven dat deze definitie ontleend is aan het Europese en Nederlandse mededingingsrecht.¹⁴⁵ Bij de toepassing van de AMM-bevoegdheid gaat het dus uiteindelijk om het bestrijden van de concurrentieproblemen.

Uit onze analyse van het fusietoezicht van de NMa bleek dat aspecten als beschikbaarheid en bereikbaarheid hier geen centrale rol spelen en ondergeschikt zijn aan overwegingen betreffende de bevordering van concurrentie. Het ligt daarom in de lijn van de verwachtingen dat de NZa in de toekomst het instrument van AMM niet primair zal kunnen aanwenden om op te treden tegen problemen op het terrein van bereikbaarheid en beschikbaarheid, dat wil zeggen zonder dat de concurrentie door zorgaanbieders (of zorgverzekeraars) met AMM wordt beperkt. Pas als deze problemen het gevolg zijn van moeilijkheden met betrekking tot het concurrentieproces ligt een dergelijk optreden in de rede.

Het is de visie van de NZa dat daadwerkelijke mededinging op langere termijn leidt tot dynamische efficiëntie; het consumentenbelang wordt ingevuld door de effecten op lange termijn in ogenschouw te nemen.¹⁴⁶ De inzet van de AMM-bevoegdheid door de NZa kan dus slechts gedeeltelijk de problemen van bereikbaarheid en beschikbaarheid van de zorg, die niet zijn aangepakt in het fusietoezicht van de NMa, repareren. In dit verband moet verder nog bedacht worden dat de AMM-bevoegdheid discretionair is vormgegeven, zodat de NZa, zo mag worden aangenomen, prioriteiten kan stellen voor het gebruik ervan. Daarnaast verplicht artikel 18 lid 4 de NZa om in het kader van het AMM-regime zich te richten naar de interpretatie die de NMa geeft aan vergelijkbare begrippen uit de Mw. Zoals uit de vorige paragraaf reeds bleek, worden deze Mw-begrippen primair economisch ingevuld door de NMa.

Overigens moet in dit verband erop worden gewezen dat de AMM-bevoegdheid van de NZa overlapt met de bevoegdheid van artikel 24 Mw van de NMa om op te treden tegen economische machtsposities. Artikel 18 WMG bepaalt dat in zulke omstandigheden de uitoefening van de bevoegdheden door de NZa in beginsel voorrang heeft. Volgens artikel 18 lid 3 WMG past de NZa bij mogelijke samenloop van bevoegdheden, voor zover mogelijk, eerst haar bevoegdheden toe, alvorens de NMa gebruikt maakt van haar bevoegdheden.¹⁴⁷

Een en ander zou kunnen betekenen dat de NZa aan het langste eind trekt, indien tussen haar en de NMa een verschil van mening bestaat over de begrippen AMM en economische machtspositie. In dit verband moet evenwel niet uit het oog worden verloren dat in Nederland de NMa de Europese mededingingsregels toepast, waaronder artikel 82 EG, dat ondernemingen verbiedt misbruik te maken van een economische machtspositie, waardoor de tussenstaatse handel wordt beïnvloedt. Artikel 3 lid 1 Verordening 1/2003 (reeds aangehaald) schrijft voor dat in geval van

een effect op de handel tussen de lidstaten een nationale mededingingsautoriteit verplicht is om artikel 82 EG (of artikel 81 EG) toe te passen. Deze regel van Europees recht heeft uiteraard voorrang boven artikel 18 WMG. Derhalve kan niet worden betoogd dat de bevoegdheden van de NMa altijd moeten wijken voor die van de NZa. Om strijdige bevoegdheidsuitoefening te voorkomen, hebben de NZa en de NMa een Samenwerkingsprotocol afgesloten.¹⁴⁸ Wederzijdse consultatie moet conflicten voorkomen.

5.2 De rol van de NZa bij de beoordeling van zorgfusies door de NMa

In de zorgsector heeft de NMa de bevoegdheid om fusies te beoordelen. Zoals reeds uiteengezet is, moet de NMa fusies tussen zorginstellingen (indien hun omzet een bepaalde drempel overschrijdt) onderzoeken. Het zojuist aangehaalde Samenwerkingsprotocol voorziet in dat verband in een rol van de NZa. Op basis van artikel 9 lid 1 van dit protocol zal de NMa ingeval van een fusie in de zorgsector de NZa verzoeken een zienswijze af te geven. Het tweede lid ervan bevat de belofte dat de NMa rekening zal houden met de zienswijze van de NZa. In haar Richtsnoeren voor de zorgsector heeft de NMa aangegeven dat, indien zij afwijkt van de zienswijze van de NZa, zij dit gemotiveerd zal doen.¹⁴⁹

De NZa heeft dus enige invloed op de toepassing van de concentratieregels op zorgfusies. Indien echter een zorgfusie een communautaire dimensie heeft, is de Commissie en niet de NMa bevoegd. Ten aanzien van zulke (zeer grote) zorgfusies beschikt de NZa niet over het recht om geconsulteerd te worden.

Van de mogelijkheid om zienswijzen in fusiezaken naar voren te brengen, heeft de NZa reeds verschillende malen gebruik gemaakt. In de in paragraaf 4 geanalyseerde NMa-fusiebesluiten is regelmatig melding gemaakt van de zienswijze van de NZa op de desbetreffende fusie.

Als de NZa opmerkingen indient, worden deze vermeld in de fusiebesluiten. De NMa geeft evenwel een betrekkelijk korte samenvatting van de zienswijze van de NZa.

Als vertrekpunt voor haar opmerkingen neemt, zo blijkt uit de door de NMa gegeven samenvattingen, de NZa, evenals bij haar beleid met betrekking tot de AMM, de “publiekebelangenkwaliteit”. Opvallend is dat de NZa vaker haar standpunt naar voren brengt in zaken betreffende fusies van ziekenhuizen dan ingeval van AWBZ-instellingen.

De NZa heeft een aantal keren geïnterveneerd in zaken op het terrein van ziekenhuisconcentraties. In de zaak over de fusie tussen de ziekenhuizen in Het Gooi¹⁵⁰ heeft de NZa naar voren gebracht dat het moeilijk was om in te schatten of de ziekenhuizen die in de buurt van de fusiepartners zijn gevestigd, voldoende concurrentiedruk uitoefenen. Volgens de NZa waren onvoldoende gegevens beschikbaar om deze conclusie te kunnen trekken. Zoals uit paragraaf 4 bleek, heeft de NMa uiteindelijk wel een vergunning voor deze fusie verleend.

In de zaak over de Zeeuwse ziekenhuizen¹⁵¹ stelde de NZa over onvoldoende gegevens te beschikken teneinde de relevante geografische markt af te bakenen. Wel bracht zij naar voren dat de markt zeer geconcentreerd zou worden ten gevolge van de voorgenomen concentratie tussen de beide ziekenhuizen. Uiteindelijk heeft de NMa de fusie niet toegestaan. In de zaak MCA-Gemini¹⁵² gaf de NZa aan dat de aan de orde zijnde fusie tussen ziekenhuizen er niet toe zou leiden dat patiënten in de desbetreffende regio over onvoldoende alternatieven voor hun zorgvraag zouden beschikken. Voorts was de NZa van mening dat de kans niet groot was dat de schaalgrootte, waartoe de fusie aanleiding zou geven, zou leiden tot negatieve gevolgen voor de “publiekebelangenkwaliteit”. De NMa heeft in haar besluit de fusie niet tegengehouden.

Ook ten aanzien van sommige zaken betreffende fusies van instellingen actief op het terrein van de AWBZ-zorg heeft de NZa haar zienswijze naar voren gebracht. In de zaak betreffende de fusie tussen Zorggroep Meander en Zorggroep Thuis¹⁵³ gaf de NZa aan geen problemen te zien. De marktstructuur zou door de aan de orde zijnde concentratie niet zodanig worden gewijzigd dat de publieke belangen van kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid in gevaar zouden komen.

In de zaak van de fusie tussen Zorggroep West- en Midden-Brabant en Amarant¹⁵⁴ constateerde de NZa evenals de NMa concurrentieproblemen. De hoeveelheid door de NZa in kaart gebrachte negatieve gevolgen van de concurrentie lag echter hoger dan die vastgesteld door de NMa. Zo was de NZa bang dat de fusie zou leiden tot conglomeratseffecten. Hierdoor zou met name de onderhandelingspositie van de fusieonderneming met het zorgkantoor verstevigd worden. De NMa wees deze opvatting gemotiveerd af. De bewijslast voor het bestaan van conglomeratseffecten ligt hoog volgens de NMa. Onder andere moet worden aangetoond dat gereede kans bestaat dat de fusieonderneming via het inkoopproces machtsposities die zij reeds heeft, kan uitbreiden naar andere markten. Het dossier bevatte geen gegevens die bevestigden dat dit scenario zich waarschijnlijk zou voordoen. Daarnaast vreesde de NZa dat betrokken partijen op de markt voor huishoudelijke verzorging in Midden-Brabant een zodanig sterke positie zouden verkrijgen dat dit nadelig zou zijn voor publieke belangen als betaalbaarheid, toegankelijkheid en kwaliteit. Op basis van mededingingsoverwegingen, te weten de geringe toevoeging van de marktaandelen van Amarant aan de positie van West- en Midden-Brabant op deze markt, zag de NMa echter geen problemen. Vergelijkbare standpunten namen de NMa en de NZa in voor de markt voor begeleiding in Midden-Brabant. Uiteindelijk stond de NMa de fusie niet toe, zij het niet op volledige dezelfde gronden als aangedragen door de NZa.

In de zaak Pantein-STBNO¹⁵⁵ hadden partijen voorgesteld een aantal activiteiten af te stoten om zo de mededingingsproblemen op te lossen. De NZa had in haar zienswijze aangeven dat dit voorstel inderdaad de negatieve gevolgen voor de publieke belangen leek weg te nemen. De NMa was eveneens van oordeel dat het voorstel de concurrentiepro-

blemen kon oplossen en keurde de fusie uiteindelijk onder bepaalde voorwaarden goed.

Tot slot heeft de NZa met betrekking tot de voorgenomen fusie tussen Evean, Philadelphia en Woonzorg Nederland zienswijzen afgegeven, waaruit volgt dat de NZa ten aanzien van de verticale relatie tussen de activiteiten van Evean en Philadelphia en de activiteiten van Woningzorg Nederland nadelige gevolgen voorziet voor de publieke belangen kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid. De ingediende wijziging van de melding doet hieraan niet af. Volgens de NZa kan niet worden uitgesloten dat de voorgenomen fusie deze belangen zal schaden. In dat verband gaat de NZa uit van een 'worst case scenario', waarbij alle thans door Woonzorg aan concurrenten verhuurde woonruimte in de toekomst aan Evian en/of Philadelphia zal worden verhuurd. Hierdoor bestaat volgens de NZa de mogelijkheid dat partijen na de fusie in een aantal geografische markten van met name verzorgingshuiszorg hun marktaandeel kunnen uitbreiden tot 40-50%.¹⁵⁶ Ook wijst de NZa op de druk die grote zorgaanbieders door het volume aan zorg dat zij vertegenwoordigen kunnen uitoefenen op het zorgkantoor. De NMa deelt deze bezwaren echter niet en is van oordeel dat gelet op de tijd die het fusiepartijen zal kosten om een dergelijk scenario te realiseren, de mogelijkheden zullen toenemen voor de betrokken zorgkantoren en de betrokken zorgaanbieders om hun strategie aan te passen en naar alternatieven te zoeken. Ook de NMa heeft een 'worst case scenario' analyse uitgevoerd, waaruit is gebleken dat in alle door de NZa genoemde gebieden meerdere, van fusiepartijen onafhankelijke, concurrenten actief zijn, die deel uitmaken van een zorggroep die beschikt over meerdere locaties binnen en/of buiten de betrokken gebieden. De zienswijzen van de NZa vormen aldus geen aanleiding voor de NMa om de fusie niet toe te staan.

Uit het voorgaande blijkt dat de NZa in een aantal fusiezaken uitdrukkelijk is ingegaan op de vraag of de voorgenomen concentratie de marktstructuur zodanig wijzigt dat dit nadelige gevolgen heeft voor de "publiekebelangenkwaliteit", te weten, kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van zorg. Het is echter de vraag in welke mate de NMa met deze criteria rekening kan houden. De Mededingingswet draagt de NMa op om te onderzoeken of de aangemelde concentratie aanleiding geeft tot een significante beperking van de mededinging, met name door het in leven roepen of versterken van een economische machtspositie.¹⁵⁷ De NMa kan alleen fusies verbieden op grond van dit criterium. Overwegingen die louter aan zorgdoelstellingen zijn gerelateerd en dus niet verband houden met overwegingen van mededinging kunnen geen reden voor de NMa zijn om zich te verzetten tegen een fusie: zij is nu eenmaal niet de marktmeester in zorg.¹⁵⁸ Illustratief in dat opzicht is het verschil in zienswijze in de zaak betreffende de fusie tussen Zorggroep West- en Midden-Brabant en Amarant en in de zaak over de fusie tussen Evean, Philadelphia en Woonzorg Nederland. De visie van de NZa dat problemen bestonden ten aanzien van de "publiekebelangenkwaliteit", werd niet gedeeld door de NMa, die mededingingsoverwegingen als vertrekpunt voor haar beoordeling nam.

6 Conclusies

In de voorafgaande paragrafen is onderzocht in hoeverre de zorgfusietoets in overeenstemming is met het Europese recht. Ook is nagegaan in welke mate de NMa bij de toepassing van de Mw en de NZa bij de uitvoering van de WMG rekening houden met aspecten van kwaliteit, bereikbaarheid en beschikbaarheid van zorg.

Wat de Europeesrechtelijke houdbaarheid betreft, dient de nationale wetgever bij de vormgeving van de zorgfusietoets rekening te houden met de Concentratieverordening. Zorgfusies met een communautaire dimensie moeten bij de Commissie worden aangemeld. Krachtens het beginsel van one stop shop is alleen de Commissie bevoegd deze fusies te beoordelen. Dit betekent dat de lidstaten geen nationale maatregelen van fusietoezicht kunnen hanteren, tenzij zij een beroep kunnen doen op artikel 21 lid 4 Concentratieverordening. Op grond van deze bepaling mogen lidstaten fusietoezicht in het leven roepen om andere gewettigde belangen dan de mededingingsbelangen te beschermen. Onder deze gewettigde belangen valt waarschijnlijk het zorgbelang. Het is evenwel vereist dat een dergelijke nationale zorgfusietoets van tevoren wordt aangemeld bij de Commissie. Hierbij moet worden aangetoond dat de zorgfusietoets niet verder gaat dan noodzakelijk is.

Daarnaast is de kans groot dat nationale wetgeving die een zorgfusietoets invoert, het vrij verkeer van kapitaal dan wel de vrijheid van vestiging beperkt. Deze beperking kan echter gerechtvaardigd worden door een beroep te doen op dwingende vereisten van algemeen belang (Rule of Reason). Hierbij moet kunnen worden aangegeven dat deze toets noodzakelijk is met het oog op de bereikbaarheid en beschikbaarheid van zorg. Duidelijk moet zijn dat deze doelstellingen moeten worden gerealiseerd vanwege een zorgbelang en niet een economisch belang.

Een knelpunt bij het beroep op een rechtvaardigingsgrond is de validiteit van het planningsargument. In het verleden zijn in de Nederlandse zorgsector vergaande beperkingen op het vrije verkeer van intramurale zorgdiensten door het Hof geaccepteerd, omdat deze zorg onderhevig was aan planning door de Nederlandse overheid. Door de toenemende liberaliseringstendens wordt er echter steeds minder gepland door de overheid. De vraag rijst wanneer in de visie van het Hof het planningsargument niet meer opgaat. Indien in een procedure het Hof tot de conclusie komt dat dit het geval is, dan zal de conclusie waarschijnlijk luiden dat de beperking van het vrije verkeer door de zorgfusietoets niet gerechtvaardigd is. De nationale regeling, waarin deze zorgtoets is vastgelegd, staat dan op gespannen voet met het Europese recht. Het hoeft geen betoog dat mogelijke strijdigheid met het Gemeenschapsrecht de zorgfusietoets kwetsbaar maakt. Het verdient daarom aanbeveling om na te gaan in welke mate bij het proces van de voortschrijdende marktwerking in de zorg toch niet een zekere regierol bij de overheid zou moeten blijven liggen. Indien dit mogelijk is, dan is de kans groter een beroep op het planningsargument

slaagt en dat de beperking van het vrije verkeer derhalve gerechtvaardigd is.

Wat de rol van de NMa betreft, moet erop worden gewezen dat deze autoriteit op basis van de Mw toezicht uitoefent op voorgenomen fusies in de zorg. Sinds enige jaren leidt dit tot een brede beschikkingenpraktijk ten aanzien van enerzijds fusies tussen Nederlandse AWBZ-instellingen en anderzijds fusies tussen Nederlandse ziekenhuizen. Uit een analyse van deze zorgfusiebesluiten volgt dat de NMa tot dusver in haar fusietoets eerst en vooral als uitgangspunt het economische criterium van de significante beperking van de mededinging hanteert. Het al dan niet goedkeuren van een fusie hangt dan ook in sterke mate af van de constatering of andere ziekenhuizen of AWBZ-instellingen in de (nabije) omgeving als alternatief kunnen dienen voor de fuserende ondernemingen. De NMa kan zich hierdoor niet volledig richten op zorgaspecten als bereikbaarheid en beschikbaarheid. In het kader van de geografische marktafbakening komen niettemin deze zorgaspecten soms -weliswaar indirect- aan bod. Deze zorgaspecten lijken de geografische markt op te rekken, in die zin dat de reisbereidheid bij patiënten naar een ander, verder gelegen ziekenhuis toeneemt, naarmate de kwaliteit van de ziekenhuiszorg in één van de fusieziekenhuizen afneemt. Vanuit de economische literatuur is kritiek uitgeoefend op de wijze waarop de NMa de (geografische) markt afbakt, omdat de NMa te weinig rekening zou houden met de heterogeniteit¹⁵⁹ van het aanbod van ziekenhuizen en de vraag van patiënten, terwijl ook te snel geconcludeerd zou zijn dat patiënten bereid zijn om te reizen voor zorg.¹⁶⁰ In het midden kan blijven in hoeverre deze kritiek gefundeerd is. De aangevoerde argumenten kunnen immers alleen een rol spelen in het mededingingsrechtelijke kader voor de beoordeling van de marktafbakening. Vanuit economisch perspectief zou betoogd kunnen worden dat een andere (meer enge) definitie van de markt meer recht doet aan de werkelijke concurrentieverhoudingen. Centraal blijft dan nog steeds staan de vraag of na de fusie voldoende concurrentiedruk overblijft. De NMa zal de kwestie van de keuzemogelijkheden waarover patiënten/consumenten beschikken, onderzoeken vanuit het perspectief van de concurrentie. Nagegaan zal worden of er nog voldoende concurrentiedruk is na de fusie. Bij dit onderzoek zijn zorgbelangen als bereikbaarheid, beschikbaarheid en kwaliteit niet doorslaggevend. Bij de uitoefening van haar bevoegdheid moet de NMa immers in acht nemen het (op het Europese mededingingsrecht geënte) criterium van significante beperking van de mededinging. Afgewacht moet worden of in de toekomst de NMa op basis van economische en mededingingsrechtelijke criteria de markt enger zal afbakenen tengevolge van geuite kritiek en/of procedures. Naar onze mening zou de NMa evenwel de grenzen van haar bevoegdheden overschrijden, indien zij fusies van zorginstellingen hoofdzakelijk zou beoordelen aan de hand van zorgbelangen. De introductie van marktwerking kan ertoe leiden dat zorginstellingen streven naar schaalvergroting. De NMa, die het goede verloop van het concurrentie-

proces bewaakt, kan een dergelijke schaalvergroting alleen tegenhouden, indien hierdoor de mededinging dreigt te worden beperkt.

De NZa kan het voorgaande thans niet volledig compenseren. Ondanks het bestaande juridische instrumentarium zoals de bevoegdheid betreffende Aanmerkelijk Marktmacht (AMM) en het afgeven van een zienswijze in het kader van een fusietoets, kan de NZa de problemen van bereikbaarheid en beschikbaarheid slechts deels oplossen. In de eerste plaats spelen zorgaspecten in het kader van de AMM-bevoegdheid een ondergeschikte rol, aangezien de NZa wat betreft de toepassing hiervan aansluiting zoekt bij de primair economische benadering als gehanteerd door de NMa. In de tweede plaats rijst de vraag in hoeverre de “publiek-belangenkwaliteit” en andere zorgdoelstellingen, die in de zienswijze van de NZa centraal staan, door de NMa in haar mededingingstoets kunnen worden meegenomen.

Alles overziend, is het bestaande markttoezicht niet in staat om volledig rekening te houden met de belangen van kwaliteit, bereikbaarheid en beschikbaarheid van de zorg. Indien zorgfusies op deze belangen zouden moeten worden getoetst, dient speciale wetgeving te worden ingevoerd. Indien hiertoe wordt overgegaan, zou kunnen worden onderzocht in hoeverre artikel 5d lid 2 Mw, dat nu alleen verwijst naar de uitzondering op het kartelverbod en andere belangen dan economische belangen, eveneens zou moeten verwijzen naar het concentratietoezicht. Ondanks het feit dat de NMa slechts bevoegd is om voorgenomen fusies te toetsen en aansluitend een vergunning te verlenen, kan de minister van EZ op basis van artikel 5d lid 1 Mw beleidsregels in het leven roepen die betrekking hebben op de aan de NMa toegekende bevoegdheden. Artikel 5d lid 2 Mw bepaalt dat deze beleidsregels betrekking kunnen hebben op niet-economische belangen voorzover het de toepassing van artikel 6 lid 3 Mw (uitzondering op kartelverbod) betreft. Indien artikel 5d lid 2 Mw gewijzigd zou worden, in die zin dat deze verwijzing naar het concentratietoezicht worden opgenomen, dan kan de minister van EZ ook beleidsregels betreffende het concentratietoezicht en andere belangen (zoals zorg) dan economische belangen vaststellen. Hierdoor kunnen beleidsregels voor fusies in de zorg tot stand komen die het fusietoezicht in deze sector versterken.

Bij de vormgeving van specifieke wetgeving voor een zorgfusietoets zou overigens gekeken kunnen worden naar de Tijdelijke wet mediaconcentratie,¹⁶¹ welke uitgevoerd wordt door de NMa. Deze wet verbiedt bepaalde mediaconcentraties waarvan het gebruiksmarktaandeel meer dan 35% op de gebruikersmarkt voor dagbladen bedraagt. Ook mediaconcentraties die betrekking hebben op gebruikersmarkten voor dagbladen, televisieprogramma's of radioprogramma's zijn verboden, indien de som van de gebruiksmarktaandelen van de betrokken markten hoger dan 90% is. Op deze wijze zijn de belangen van de pluriformiteit en de onafhankelijkheid van de nieuws- en informatievoorziening¹⁶² 'vertaald' naar concrete percentages van marktaandelen.

Overwogen kan worden om vergelijkbare wetgeving te ontwikkelen voor zorgfusies en de genoemde belangen van bereikbaarheid, beschikbaarheid en kwaliteit van de zorg. Om echter te voorkomen dat deze wetgeving in strijd komt met het Europese recht, moet overwogen worden of een bepaalde mate van overheidsregie en planning in de Nederlandse zorg in stand moet blijven.

Noten

- ¹ Beide auteurs zijn verbonden aan de vaksectie Internationaal en Europees recht van de Radboud Universiteit Nijmegen.
- ² Verordening 139/2004 van de Raad van 20 januari 2004 betreffende de controle op concentraties van ondernemingen, Pb. 2004 L24/1.
- ³ Zaak C-41/90, Höfner, Jur. 1991, p. I-1979.
- ⁴ Zaak 118/85, Commissie t. Italië, Jur. 1987, p. 2599.
- ⁵ Vergelijk in dit verband bijvoorbeeld V.G. Hatzopoulos, Killing national Health and Insurance systems but healing patients? The European market for health care services after the Judgments of the ECJ in Vanbraekel and Peerbooms, *Common Market Law Review* 2002, p. 710 e.v.; E. Mossialos, M. McKee, W. Palm, B. Karl en F. Marhold, The influence of EU law on the social character of health care systems in the European Union, Report submitted to the Belgian Presidency of the European Union, Brussels, 19 November 2001, p. 98 e.v.; S. Sahmer, Krankenversicherung in Europa: Die wettbewerbsrechtliche Stellung der Kranken- und Pflegeversicherungsträger in Bereich der freiwilligen Versicherung, in: 8. Bonner Europa-symposium. Die Krankenversicherung in der Europäischen Union, Bonn, 1997, p. 53; E. Steyger, Europese zaken in de zorg: een sociaal stelsel met tochtgaten?, in: J.H. Hubben en L.A.M. van Zenderen (red.), *Het Stelsel voorbij? Sturingsperikelen in de gezondheidszorg, en jurisprudentie-overzicht*, Den Haag, 2002, p. 64-67 en J.W. van de Gronden, *Zorg tussen lidstaat en interne markt. Zorgverzekeringen, EG-recht en particulier initiatief*, uitgave van het WI van het CDA, Den Haag, 2003, p. 66.
- ⁶ Zie bijvoorbeeld gevoegde zaken C-159/91 en C-160/91, Poucet en Pistre, Jur. 1993, p. I-637; zaak C-218/00, Cital, Jur. 2002, p. I-691; gevoegde zaken C-264/01, C-306/01, C-354/01 en C-355/01, AOK Bundesverband e.a., Jur. 2004, p. I-2493; zaak T-319/99, FENIN Jur. 2003, p. I-357 en zaak C-205/03 P, FENIN, Jur. 2006, p. I-6295.
- ⁷ Zie in dit verband zaak C-244/94, FFSA, Jur. 1995, p. I-4015 alsmede zaak C-67/96, Albany; gevoegde zaken C-115/97, C-116/97 en C-117/97, Brentjens en zaak C-219/97, Drijvende bokken, Jur. 1999, p. I-5751 en volgende.
- ⁸ Gevoegde zaken C-180/98 t/m C-184/98, Pavlov, Jur. 2000, p. I-6451.
- ⁹ Zaak C-475/99, Ambulanz Glöckner, Jur. 2001, p. I-8089.
- ¹⁰ Zie onder andere het Besluit van de d-g NMa van 5 juni 1998 in zaak 165, Sophia Ziekenhuis- Ziekenhuis/Verpleeghuis De Weezenlanden.
- ¹¹ Zie bijvoorbeeld de d-g NMa in zaak 346, Intrakoop Coöperatieve Inkoopvereniging voor gezondheids- en seniorenzorg van 18 augustus 2000.

- ¹² Zie randnummers 91 e.v. van de Commission Consolidated Jurisdictional Notice, te raadplegen op: http://ec.europa.eu/comm/competition/mergers/legislation/jn_en.pdf
- ¹³ Verordening nr. 1/2003 van de Raad van 16 december 2002 betreffende de uitvoering van de mededingingsregels van de artikelen 81 en 82 van het Verdrag, Pb. 2003 L1/1.
- ¹⁴ Zie artikel 4 Concentratieverordening.
- ¹⁵ Zie artikel 2 lid 3 Concentratieverordening.
- ¹⁶ Zie artikel 21 lid 1 en 2 Concentratieverordening.
- ¹⁷ Zie het recente arrest d.d. 6 maart 2008 zaak C-196/07 Commissie/Spanje. Nog niet gepubliceerd: <http://curia.europa.eu/nl/transitpage.htm>.
- ¹⁸ Zie bijvoorbeeld S.A. de Vries, *Tensions within the Internal Market. The Functioning of the Internal Market and the Development of Horizontal and Flanking Policies*, Groningen, 2006, p. 241 en A. Jones en B. Sufrin, *EC Competition Law. Text, Cases and Materials*, Oxford, 2008, p. 985.
- ¹⁹ Zie de laatste alinea van artikel 21 lid 4 Concentratieverordening.
- ²⁰ Zie bijvoorbeeld de beschikking van de Commissie van 14 maart 1994 in zaak IV/M. 423, de beschikking van de Commissie van 20 juli 1999 in zaak IV/M. M.1724, Champalimaud; beschikking van de Commissie van 23 maart 1995 in zaak IV/M.567, Lyonnaise des Eaux; de beschikking van de Commissie van 20 december 2006 in zaak COMP/M.4197, ENDESA en de beschikking van de Commissie van 5 december 2007 in zaak COMP/M.4685, ENEL/ACCIONA/ENDESA. Zie in dit verband ook S.A. de Vries, a.w., p. 242.
- ²¹ Zie bijvoorbeeld randnummer 25 van de Beschikking van de Commissie van 5 december 2007 in zaak COMP/M.4685, ENEL/ACCIONA/ENDESA.
- ²² Zie bijvoorbeeld zaak C-158/96, Kohll, Jur. 1998, p. I-1931; zaak C-120/95, Decker, Jur. 1998, p. I-1831; zaak C-157/99, Smits en Peerbooms, p. 2001, p. I-5473; zaak C-385/99, Müller-Fauré, Jur. p. 2003 I-4509; zaak C-372/04, Watts, Jur. 2006, p. I-4325 en zaak C-444/05, Stamatelaki, Jur. 2007, p. I-3185.
- ²³ Zie onder meer zaak C-158/96, Kohll, Jur. 1998, p. I-1931; zaak C-120/95, Decker, Jur. 1998, p. I-1831; zaak C-157/99, Smits en Peerbooms, Jur. 2001, p. I-5473 en zaak C-385/99, Müller-Fauré, Jur. 2003, p. I-4509.
- ²⁴ Zaak C-70/95, Sodemare, Jur. 1997, p. I-3395
- ²⁵ Zie bijvoorbeeld zaak 52/79, Debaue, Jur. 1980; zaak C-108/98, RI.SAN.Srl, Jur. 1999, p. I- 5219 en zaak C-507/03, Commissie t. Ierland, 13 november, n.n.g.
- ²⁶ Zie zaak C-167/01, Inspire Art en zaak C-212/97, Jur. 2003, p. 1015 en zaak C-212/97, Centros, Jur. 1999, p. I-1459. Zie ook R. Barents en L.J. Brinkhorst, *Grondlijnen van Europees recht*, Deventer, 2006, p. 372 en 373.

- 27 Zaak C-55/94, Gebhard, Jur. 1995, p. I-4154.
- 28 Zie voor een voorbeeld in de zorg zaak C-70/95, Sodemare, Jur. 1997, p. I-3395.
- 29 Zie bijvoorbeeld zaak 11/77, Patrick, Jur. 1977, p. 1199.
- 30 Zie bijvoorbeeld rechtsoverweging 19 van gevoegde zaken C-282/04 en C-283/04, Commissie tegen Nederland, Jur. 2006, p. I-9141.
- 31 Zie bijvoorbeeld gevoegde zaken C-282 en C-283/04, Commissie t. Nederland, Jur. 2006, p. I-9141 en zaak C-222/97, Trummer en Mayer, Jur. 1999, p. I-1661.
- 32 Richtlijn 88/361/EEG van de Raad van 24 juni 1988 voor de uitvoering van artikel 67 van het Verdrag, Pb. 1988, L 178/5.
- 33 Zie de Conclusie van het Advocaat-Generaal Ruiz-Jarabo Colomer in de zaken C-367/98, Commissie tegen Portugal, zaak C-483/99 Commissie tegen Frankrijk en C-503/99, Commissie tegen België,
- 34 Zie bijvoorbeeld zaak C-367/98, Commissie tegen Portugal, Jur. 2002, p. I-4731; zaak C-483/99, Commissie tegen Frankrijk, Jur. 2002, p. I-4781 en zaak C-503/99, Commissie tegen België, Jur. 2002, p. I-4809.
- 35 Zaak C-208/00, Überseering, Jur.2002, p. I-9919.
- 36 Zie C. Barnard, The substantive law of the EU. The Four Freedoms, Oxford, tweede druk, 2007, p. 555.
- 37 Zie in dit verband ook zaak C-101/05, Skatteverket tegen A, 17 december 2007, n.n.g.
- 38 Zie onder meer zaak 5/77, Tedeschi, Jur. 1977, p. 1555; zaak 72/83, Campus Oil, Jur. 1984, p. 2727 en zaak C-1/96, Compassion, Jur. 1998, p. I1251.
- 39 Richtlijn 2006/123/EG van het Europese Parlement en de Raad van 12 december 2006 betreffende diensten op de interne markt, Pb EU 2006, L376/36. Deze richtlijn moet overigens voor 28 december 2009 zijn omgezet. Hoewel nationale wetgeving voor deze datum niet getoetst hoeft te worden aan de richtlijn, moet de zorgfusietoets wel in het licht hiervan worden beoordeeld. Verwacht mag immers worden dat, indien de Nederlandse overheid deze toets invoert, deze langer zal gelden dan tot eind 2009.
- 40 Handboek voor de implementatie van de Dienstenrichtlijn, te raadplegen op de volgende internetsite: http://ec.europa.eu/internal_market/services/docs/services-dir/guides/handbook_nl.pdf
- 41 Zie onder andere zaak C-55/94, Gebhard, Jur. 1995, p. I-4165.
- 42 Zie bijvoorbeeld zaak C-98/01, Commissie tegen het Verenigd Koninkrijk, Jur. 2003, p. I-4641 en zaak C-463/00, Commissie tegen Spanje, Jur. 2003, p. I-4581.
- 43 Zie bijvoorbeeld C-302/97, Konle, Jur. 1999, p. I-3099 en gevoegde zaken C-515/99, C-519/99-C-524/99 en C-526/99-C-540/99, Reisch, Jur. 2002, p. I-2157.
- 44 Zaak C-452/01, Ospelt, Jur. 2003, p. I- 9743.
- 45 Zie bijvoorbeeld C. Barnard, a.w., p. 349.

- ⁴⁶ Zie onder andere zaak C-203/96, Dusseldorp, Jur. 1998, p. I-4075; de zaak Decker (reeds aangehaald) en de zaak Kohll (reeds aangehaald).
- ⁴⁷ Zie onder meer rechtsoverweging 28 van zaak C-3/95, Reisebüro Broede, Jur. 1996, p. I-6511.
- ⁴⁸ Zie zaak C-158/96, Kohll, Jur. 1998, p. I-1931; zaak C-120/95, Decker, Jur. 1998, p. I-1831; zaak C-157/99, Smits en Peerbooms, Jur. 2001, p. I-5473; zaak C-385/99, Müller-Fauré, Jur. 2003, p. I-4509; zaak C-372/04, Watts, Jur. 2006, p. I-4325 en zaak C-444/05, Stamatelaki, Jur. 2007, p. I-3185.
- ⁴⁹ Zie in dit verband H.M. Stergiou, Op één been kan men niet lopen. Het arrest Watts een stap dichterbij harmonisatie van patiëntenmobiliteit? Nter nr. 10, p. 219-226 en H.M. Stergiou, “Kalimera” dear doctor: het arrest Stamatelaki en andere recente ontwikkelingen op het terrein van grensoverschrijdende patiëntenmobiliteit. Nter nr. 11, p. 238-245.
- ⁵⁰ Zie in dit verband S.A. de Vries, Tensions within the Internal Market. The Functioning of the Internal Market and the Development of Horizontal and Flanking Policies, Groningen 2006, p. 81-85 en p. 375.
- ⁵¹ Zie onder andere rechtsoverweging 57 van zaak C-56/01, Inizan, Jur. 2003, p. I-12403; rechtsoverweging 116 van het arrest Watts (reeds aangehaald) en rechtsoverweging 85 van het arrest Müller-Fauré (reeds aangehaald).
- ⁵² Zie Kamerstukken II, 2006/2007, 27 659, nr. 84.
- ⁵³ Zie in dit verband bijvoorbeeld rechtsoverwegingen 42-45 van het arrest Decker (reeds aangehaald); rechtsoverwegingen 47-49 van het arrest Kohll (reeds aangehaald) en rechtsoverwegingen 36 en 37 van het arrest Stamatelaki (reeds aangehaald).
- ⁵⁴ Zie de reeds aangehaalde arresten Inizan, Watts en Müller-Fauré zie rechtsoverweging 46-49 van het arrest (Decker) en rechtsoverwegingen 36 en 37 van het arrest Stamatelaki (reeds aangehaald).
- ⁵⁵ Zie bijvoorbeeld zaak C-157/94, Commissie tegen Nederland, Jur. 1997, blz. I-5699 en zaak C-438/01, Hanner, Jur. 2005, p. I-4551.
- ⁵⁷ Artikel 29 Mw. Zie ook NMa Richtsnoeren voor de Zorgsector d.d. 10 december 2007, p. 69, par. 212. Volgens de NMa is de reden voor de verlaging van de drempelwaarden voor de zorgsector dat voordien concentraties in de zorg die wellicht op een regionale of lokale markt de mededinging op significante wijze zouden kunnen belemmeren als gevolg van relatief lage omzetten niet onder het concentratietoezicht vielen.
- ⁵⁸ De wetgever beoogt hiermee te voorkomen dat concentraties tussen ondernemingen wiens totale omzet boven de verlaagde drempels uitkomen, maar waarvan slechts een gering aandeel uit de zorgactiviteiten wordt behaald een meldingsplicht hebben.
- ⁵⁹ NMa Richtsnoeren voor de Zorgsector d.d. 10 december 2007, p. 69, par. 213.

- ⁶⁰ Bekendmaking Europese Commissie inzake de bepaling van de relevante markt voor het gemeenschappelijke mededingingsrecht, 9 december 1997, Pb 199 C 372, p. 5, par. 7.
- ⁶¹ NMa Visiedocument AWBZ-zorgmarkten nr. 3130/66, januari 2004, p. 25. In het Visiedocument werd een onderverdeling gemaakt naar (i) klinische en niet-klinische ziekenhuiszorg, (ii) tweede of derde compartimentszorg en (iii) topzorg of reguliere zorg.
- ⁶² Bekendmaking Europese Commissie inzake de bepaling van de relevante markt voor het gemeenschappelijke mededingingsrecht, 9 december 1997, Pb 199 C 372, p. 5, par. 8.
- ⁶³ NMa Visiedocument AWBZ-zorgmarkten nr. 3130/66, januari 2004, p. 25.
- ⁶⁴ NMa Richtsnoeren voor de Zorgsector d.d. 10 december 2007, p. 19, par. 63
- ⁶⁵ NMa Visiedocument AWBZ-zorgmarkten nr. 3130/66, januari 2004, p. 26. De NMa stelt vast dat de bereidheid van patiënten zal afhangen van het karakter van het product en het aannemelijk is dat verzekerden minder bereid zijn om grote afstanden af te leggen voor wat eenvoudigere producten dan voor meer specifieke zorgproducten.
- ⁶⁶ Zie bijvoorbeeld het besluit van de d-g NMa van 15 juli 2004 in zaak 3897/45 Ziekenhuis Hilversum-Ziekenhuis Gooi-Noord. De NMa heeft in dit verband de reisbereidheid van patiënten in de regio Het Gooi onderzocht.
- ⁶⁷ Zie artikel 37 lid 2 artikel 41 lid 2 Mw.
- ⁶⁸ Wel is er een uitspraak beschikbaar over een fusie tussen zorgverzekeraars. Zie Rb. Rotterdam 7 december 2005, CZ en OZ, MEDED 05/3047 HRK. In deze notitie wordt echter niet ingegaan op de positie van zorgverzekeraars.
- ⁶⁹ Zie bijvoorbeeld het besluit van de d-g NMa van 5 juni 1998 in zaak 165 Sophia Ziekenhuizen-Ziekenhuis/Verpleeghuis De Weezenlanden, het besluit van de d-g NMa van 20 augustus 1998 in zaak 1000 Drechtsteden Ziekenhuis-Merwedeziekenhuis, het besluit van de d-g NMa van 10 september 1998 in zaak 1013 Stichting Twenteborg Ziekenhuis-Stichting Streekziekenhuis Midden-Twente, het besluit van de d-g NMa van 31 januari 2000 in zaak 1675 Stichting Samenwerkende Ziekenfondsen, het besluit van de d-g NMa van 24 augustus 2000 in zaak 1756 AZG-Beatrixoord en het besluit van de d-g NMa van 4 oktober 2000 in zaak 2090 Pasteurziekenhuis Ignatiusziekenhuis De Baronie.
- ⁷⁰ De directeur-generaal (“d-g”) van de NMa anticipeerde niettemin in de eerdere beschikkingen reeds op een situatie waarin tengevolge van de introductie van marktwerking in de zorgsector fusies tussen ziekenhuizen in het kader van het concentratietoezicht kunnen worden verboden. Zie het besluit van de d-g NMa van 14 maart 2002 in zaak 2877/17 Sint Antonius Ziekenhuis-Mesos Medisch Centrum, het besluit van de d-g NMa van 24 juli 2001 in zaak

- 2589 Diaconessenziekenhuis- Sint Josephziekenhuis, het besluit van de d-g NMa Van 10 januari 2001 in zaak 2197 Stichting Samenwerkende Ziekenhuizen.
- 71 Het besluit van de d-g NMa van 28 januari 2004 in zaak 3524/47 Juliana Kinderziekenhuis/Rode Kruis Ziekenhuis-Leyenburg Ziekenhuis, punt 9-29.
- 72 Zo hebben wij ervoor gekozen om het besluit van de d-g NMa in zaak 5047/34 Erasmus MC-Havenziekenhuis en het besluit van de NMa in zaak 6115/14 Stichting Schiedamse en Vlaardingse Ziekenhuizen-Medisch Centrum Rijnmond Zuid niet aanbod te laten komen. In beide zaken heeft de NMa geconcludeerd dat geen vergunning vereist is.
- 73 De betrokken ziekenhuizen waren van mening dat ook een onderverdeling moest worden gemaakt naar specialismen. De NMa dacht hier anders over en besloot dat “op basis van de huidige onderzoeksresultaten niet met voldoende zekerheid kan worden gesteld dat aanbods substitutie voor alle door partijen genoemde specialismen mogelijk was en aldus of er gesproken kan worden van een markt van algemene ziekenhuiszorg.”
- 74 De NMa relateert de uitkomst van deze test, nu deze uitgaat van huidig en niet toekomstig keuzegedrag van patiënten. De NMa merkt op dat bijvoorbeeld bij een vermindering van kwaliteit van ziekenhuizen in de toekomst ook verder weg gelegen ziekenhuizen een reëel alternatief gaan vormen voor bepaalde patiënten, punt 57.
- 75 De EH-test bestaat uit twee criteria, namelijk het little out from outside (“LOFI”) en het little in from outside (“LIFO”). Het LIFO-criterium heeft betrekking op de import van ziekenhuisdiensten in een bepaald gebied. Om aan het LIFO-criterium te voldoen moet niet meer dan 10% van de patiënten binnen het gebied naar ziekenhuizen buiten dat gebied gaan. Het LOFI-criterium vormt een maatstaf voor de export van ziekenhuisdiensten. Om aan het LOFI-criterium te voldoen mag niet meer dan 10% van het aanbod van de ziekenhuisdiensten in het gebied worden afgenomen door patiënten woonachtig buiten het gebied. Als de drempelwaarden van beide criteria niet worden gehaald, impliceert dit dat de ziekenhuizen binnen het gebied onder externe concurrentiedruk staan. Wanneer patiënten van een bepaald gebied veel ziekenhuisdiensten afnemen van ziekenhuizen buiten dat gebied dienen deze ‘externe’ ziekenhuizen ook te worden meegenomen in de afbakening van de relevante geografische markt. Als de import gering is, maar sprake is van een grote export van ziekenhuisdiensten dan leidt dat op basis van de test eveneens tot een ruimere relevante geografische markt.
- 76 Punt 59-70.
- 77 Punt 75.
- 78 De NMa is voorts ingegaan op het mogelijk ontstaan of versterken van een economische machtspositie door verticale en portfolio-

effecten op het gebied van kindergeneeskunde en gynaecologie. Ook ten aanzien van deze ontwikkelingen, oordeelt de NMa dat het onaannemelijk is dat een economische machtspositie ontstaat dan wel wordt versterkt.

79 Het besluit van de d-g NMa van 15 juli 2004 in zaak 3897/45 Ziekenhuis Hilversum-Ziekenhuis Gooi-Noord. In de vergunningsfase voegt de NMa hieraan toe dat, gegeven de specifieke aard van de zorgvraag en het aangeboden product, een marktdefinitie uit te breiden op basis van vraagsubstitutie. Zie het besluit van de d-g NMa van 8 juni 2005 in zaak 3897/156 Ziekenhuis Hilversum-Ziekenhuis Gooi-Noord, punt 20.

80 Deze ziekenhuizen hebben desgevraagd de NMa bericht dat zij momenteel een gering aantal patiënten uit Het Gooi behandelen. Ook de grootste verzekeraars in dit gebied, Agis en Achmea, hebben bevestigd dat de uitstroom van patiënten op het gebied van algemene ziekenhuiszorg, naar ziekenhuizen in Amsterdam en Utrecht zeer minimaal is. Punt 22-29.

81 Punt 67.

82 Punt 45-54.

83 Gelet op het grote marktaandeel na de fusie voor niet-klinische mond- en kaakziekten geldt in het bijzonder voor dit specialisme dat als gevolg van de fusie een economische machtspositie kan ontstaan of worden versterkt. Voor de concentratie is een vergunning vereist. Punt 73. Tot slot wijst de NMa op de mogelijke verticale effecten van de fusie, aangezien de aanwezigheid van beide ziekenhuizen op het gebied van de upstream specialismen pathologische anatomie en medische microbiologie, tot gevolg kan hebben dat de posities van partijen op de downstream markten kunnen worden versterkt Punt 79-82.

84 Het onderzoeksbureau ECORYS-NEI heeft in opdracht van de NMa dit nader onderzoek verricht en stelt op basis van haar analyse de volgende relevante markten voor: (i) acute of spoedeisende hulp, (ii) niet-klinische electieve zorg, (iii) klinische electieve zorg, (iv) topklinische verrichtingen, (v) topreferente zorg en (vi) chronische zorg.

85 Het besluit van de d-g NMa van 8 juni 2005 in zaak 3897/156 Ziekenhuis Hilversum-Ziekenhuis Gooi-Noord, punt 41.

86 Punt 42-52.

87 Uitgegaan is van reistijd per auto inclusief 8 minuten voor instappen, file en parkeren.

88 Punt 66.

89 Punt 88.

90 Punt 89-91.

91 Het besluit van de d-g NMa van 18 november 2005 in zaak 5196/47 Ziekenhuis Walcheren-Stichting Oosterschelde-ziekenhuizen. Punt 13.

92 Punt 16-25.

- ⁹³ De NMa merkt op dat de Inspectie voor de Gezondheidszorg voor de bereikbaarheid in verband met acute zorg een tijdsnorm van 45 minuten hanteert van het moment van melding tot het moment dat de patiënt in het ziekenhuis wordt afgeleverd.
- ⁹⁴ Punt 27-34.
- ⁹⁵ Punt 39-44.
- ⁹⁶ Punt 48-61.
- ⁹⁷ Punt 64-85.
- ⁹⁸ Het besluit van de d-g NMa van 19 februari 2007 in zaak 5935/14 Laurentius Ziekenhuis Roermond-St. Jans Gasthuis.
- ⁹⁹ Het besluit van de d-g NMa van 13 september 2007 in zaak 5886/27 MCA-Gemini.
- ¹⁰⁰ Het besluit van de d-g NMa van 19 februari 2007 in zaak 5935/14 Laurentius Ziekenhuis Roermond-St. Jans Gasthuis. Punt 28. Het besluit van de d-g NMa van 13 september 2007 in zaak 5886/27 MCA-Gemini. Punt 24.
- ¹⁰¹ Het besluit van 29 februari 2008 van de d-g NMa in zaak 6260/36 Groene Hart Ziekenhuis- Zorgpartners Midden-Holland.
- ¹⁰² Zaak 6284. Zie http://www.NManet.nl/Images/6284MC_tcm16-112896.pdf.
- ¹⁰³ Zie bijvoorbeeld het Besluit van de NMa in zaak 3244, Thuiszorg Den Haag – Stichting GDVV groep van 9 maart 2005; het Besluit van de NMa in zaak 5171, Antaris-Amstelrade-Fontis van 21 oktober 2005; het Besluit van de NMa in zaak 5178, KVV-NZR van 21 oktober 2005; het Besluit van de NMa in zaak 4220, Vierstroom-DeZorgRing van 27 juni 2005; het Besluit van de NMa in zaak 5129, De Spromen –Opmaat van 15 november 2005; het Besluit van de NMa in zaak 5186 van 16 november 2005; het Besluit van de NMa in zaak 5518, Zorggroep Meander-Zorggroep Thuis van 13 april 2006 en het Besluit van de NMa in zaak 5705, Zorggroep Amsterdam-Tabitha-De kleine Johannes van 7 augustus 2006.
- ¹⁰⁴ Zie het besluit van de NMa in zaak 4245, Vizier-De Wendel van 7 maart 2005.
- ¹⁰⁵ Visiedocument AWBZ-zorgmarkten van de NMa, Den Haag, januari 2004.
- ¹⁰⁶ Zie randnummer 75 van dit visiedocument.
- ¹⁰⁷ Zie het besluit van de d-g NMa in zaak 4245, Vizier-De Wendel van 17 juni 2005.
- ¹⁰⁸ Zie het besluit van de d-g NMa in zaak 4988/23, Oosterlengte-Thuiszorg Groningen-Sensire van 18 augustus 2005.
- ¹⁰⁹ Zie randnummers 235-237 van de Richtsnoeren voor de Zorgsector van de NMa van 10 december 2007.
- ¹¹⁰ Zie het besluit van de NMa in zaak 4198, Proteion-TML-LvGG van 11 augustus 2005.
- ¹¹¹ Zie het besluit van de NMa in zaak 5603 van 24 mei 2006.
- ¹¹² Zie het besluit van de NMa in zaak 5603 van 25 september 2006.

- 113 Zie het besluit van de NMa in zaak 5082, Zorggroep West- en Midden-Brabant –Amarant van 11 juli 2006.
- 114 Zie Zorgvisie van 22 september 2006, Brabantse fusie op losse schroeven.
- 115 Zie randnummer 220 van de Richtsnoeren voor de zorgsector van de NMa.
- 116 Zie het besluit van de NMa in zaak 5206, Pantein-STBNO van 27 juli 2006.
- 117 Zie het besluit van de NMa in zaak 6141/338, Evean Groep-Philadelphia-Woonzorg Nederland van 1 april 2008.
- 118 Zie voor een uitgebreide beschrijving van deze zorg door Evean en Philadelphia verricht voetnoten 3 en 4 van het besluit.
- 119 Zie randnummers 10-33 van het besluit.
- 120 Zie randnummers 34-53 van het besluit.
- 120 Zie randnummers 61-126 van het besluit.
- 121 Zie randnummers 74-77 van het besluit.
- 122 Zie randnummers 92-102 van het besluit.
- 123 Zie randnummer 113 en 114 van het besluit.
- 124 Zie persbericht NMa d.d. 2 april 2008, “ NMa stelt eisen aan fusie Evean, Philadelphia en Woonzorg.” www.NManet.nl.
- 125 Zie randnummer 238 van de Richtsnoeren voor de Zorgsector van de NMa.
- 126 Voor mededingingsbeperkende afspraken is deze uitzonderling vastgelegd in artikel 11 Mw en voor machtsposities in artikel 25 Mw.
- 127 Zie de MvT bij de Mw, Kamerstukken 1995-1996, 24 707, nr. 3, p. 40 en 41.
- 128 Zie het besluit van de NMa in zaak 47, RAI-Jaarbeurs van 31 juli 1998.
- 129 Zie J.W. van de Gronden en S.A. de Vries, Independent competition authorities in the EU, Utrecht Law Review 2006, p. 56.
- 130 Zie het Besluit van de minister van EZ van 22 juni 1999, Kenmerk: ES/MW-M 99039903-b17.
- 131 NMa Richtsnoeren voor de Zorgsector d.d. 10 december 2007.
- 132 Dit is inclusief het toezicht op de marktontwikkeling en tarief- en prestatieregulering in de zorg.
- 133 Zie artikel 16 Wet Marktordening Gezondheidszorg.
- 134 Zie W.T. Algera en J.J.M. Sluijs, Marktordening in de gezondheidszorg, SEW 2007, p. 181.
- 135 Zie Visiedocument ziekenhuiszorg Analyse en aanbevelingen voor concurrentie in het B-segment, februari 2005, p.51.
- 136 Zie Oriënterende monitor Ziekenhuiszorg. Analyse van de onderhandelings over het B-segment in 2005, p. 31.
- 137 Zie Oriënterende monitor Ziekenhuiszorg. Analyse van de onderhandelings over het B-segment in 2005, p. 15.
- 138 Zie randnummer 24 van Beleidsregel AL/BR-100.069 van de NZa betreffende Aanmerkelijke Marktmacht in de Zorg.
- 139 Zie paragraaf 1.1 van de Toelichting op de beleidsregel AMM van de NZa.

- ¹⁴⁰ Zie paragraaf 3.5.1 en 3.6 van de Toelichting op de beleidsregel AMM van de NZa.
- ¹⁴¹ C.C. Meijer, Beleidsregel AMM in de zorg - een groeimodel, Markt en Mededinging 2007, p. 220.
- ¹⁴² Zie randnummers 11-15 van deze beleidsregel.
- ¹⁴³ Zie de definitie die het Hof van het begrip economische machtspositie gaf in het arrest in zaak 27/76, United Brands, Jur. 1978.
- ¹⁴⁴ Zie de Memorie van Toelichting bij de WMG, Kamerstukken II 2004-2005, 30 186, nr. 3, p. 20 en 21.
- ¹⁴⁵ Zie W. Sauter, Aanmerkelijke marktmacht (AMM) in de zorg, Markt en Mededinging 2007, p. 8.
- ¹⁴⁶ Van deze voorrangsregel kan worden afgeweken, indien overwegingen van efficiëntie (of van andere aard) ertoe leiden dat beter de NMa het voortouw kan nemen dan wel dat een gezamenlijk optreden van de NMa en NZa de voorkeur verdient.
- ¹⁴⁷ Zie het Protocol van 10 oktober 2006 tussen de NMa en de NZa over de wijze van samenwerken bij aangelegenheden van wederzijds belang.
- ¹⁴⁸ Zie randnummer 225 van de Richtsnoeren voor de zorgsector van de NMa.
- ¹⁴⁹ Zie het Besluit van de NMa in zaak 3897, Ziekenhuis Hilversum van 8 juni 2005.
- ¹⁵⁰ Zie het Besluit van de NMa in zaak 5196, Ziekenhuis Walcheren-Stichting Oosterscheldeziekenhuizen van 18 november 2005.
- ¹⁵¹ Zie randnummer 46 van het Besluit van de NMa in zaak 5886, MCA-Gemini van 13 september 2007.
- ¹⁵² Zie het besluit van de NMa in zaak 5518, Zorggroep Meander-Zorggroep Thuis van 13 april 2006.
- ¹⁵⁴ Zie het Besluit van de NMa in zaak 5082, Zorggroep West- en Midden-Brabant –Amarant van 11 juli 2006.
- ¹⁵⁵ Zie het Besluit van de NMa in zaak 5206, Pantein-STBNO van 27 juli 2006.
- ¹⁵⁶ Zie randnummer 160 van het besluit van de NMa in zaak 6141/338, Eveen Groep-Philadelphia-Woonzorg Nederland.
- ¹⁵⁷ Zie artikel 37 lid 2 en artikel 41 lid 2 Mw.
- ¹⁵⁸ Zie C.C. Meijer, De NZa – autoriteit in ontwikkeling, Markt en Mededinging 2006, p. 186 en 187.
- ¹⁵⁹ Vergelijk in dit verband M. Varkevisser, C.S. Capps en F.T. Schut, Defining hospital markets for antitrust enforcement: new approaches and their applicability to the Netherlands, Health Economics, Policy and Law 2008, p. 13
- ¹⁶⁰ Zie M. Varkevisser en E. Schut, NMa moet strenger zijn bij toetsen ziekenhuisfusies, ESB 2008, p. 198
- ¹⁶¹ Stb 2007, 204.
- ¹⁶² Vergelijk Kamerstukken II 2006-2007, 30 921, nr. 3, p. 1

Literatuurlijst

Boeken/ artikelen

W.T. Algera en J.J.M. Sluijs, Marktordening in de gezondheidszorg, SEW 2007, nr. 5, p.177-190.

R. Barents en L.J. Brinkhorst, Grondlijnen van Europees recht, twaalfde geheel herziene druk, Deventer, 2006.

C. Barnard, The substantive law of the EU. The Four Freedoms, Oxford, tweede druk, 2007.

C.C. Meijer, De NZa – autoriteit in ontwikkeling, Markt en Mededinging 2006, nr. 6, p. 183-188.

C.C. Meijer, Beleidsregel AMM in de zorg - een groeimodel, Markt en Mededinging 2007, nr. 8, p. 219-225.

J.W. van de Gronden en S.A. de Vries, Independent competition authorities in the EU, Utrecht Law Review 2006.

J.W. van de Gronden, Zorg tussen lidstaat en interne markt. Zorgverzekeringen, EG-recht en particulier initiatief, uitgave van het WI van het CDA, Den Haag, 2003.

V.G. Hatzopoulos, Killing national Health and Insurance systems but healing patients? The European market for health care services after the Judgments of the ECJ in Vanbraekel and Peerbooms, Common Market Law Review 2002, p. 683-729.

A. Jones en B. Sufrin, EC Competition Law. Text, Cases and Materials, Oxford, 2008.

E. Mossialos, M. McKee, W. Palm, B. Karl en F. Marhold, The influence of EU law on the social character of health care systems in the European Union, Report submitted to the Belgian Presidency of the European Union, Brussels, 19 November 2001.

S. Sahmer, Krankenversicherung in Europa: Die wettbewerbsrechtliche Stellung der Kranken- und Pflegeversicherungsträger in Bereich der freiwilligen Versicherung, in: 8. Bonner Europa-symposium. Die Krankenversicherung in der Europäischen Union, Bonn, 1997.

W. Sauter, Aanmerkelijke marktmacht (AMM) in de zorg, Markt en Mededinging 2007, nr. 1, p. 3-14.

H.M. Stergiou, Op één been kan men niet lopen. Het arrest Watts een stap dichterbij harmonisatie van patiëntenmobiliteit? Nter 2006 nr. 10, p. 219-226.

H.M. Stergiou, “Kalimera” dear doctor: het arrest Stamatelaki en andere recente ontwikkelingen op het terrein van grensoverschrijdende patiëntenmobiliteit. Nter 2007 nr. 11, p. 238-245.

E. Steyger, Europese zaken in de zorg: een sociaal stelsel met tochtgaten?, in: J.H. Hubben en L.A.M. van Zenderen (red.), Het Stelsel voorbij? Sturingsperikelen in de gezondheidszorg, en jurisprudentie-overzicht, Den Haag, 2002.

S.A. de Vries, Tensions within the Internal Market. The Functioning of the Internal Market and the Development of Horizontal and Flanking Policies, Groningen, 2006.

M. Varkevisser, C.S. Capps en F.T. Schut, Defining hospital markets for antitrust enforcement: new approaches and their applicability to the Netherlands, Health Economics, Policy and Law 2008, p. 7-29

M. Varkevisser en E. Schut, NMa moet strenger zijn bij toetsen ziekenhuisfusies, ESB 2008, p. 196-199

NMa-fusiebesluiten

Ziekenhuisfusiebesluiten

Het besluit van de NMa van 5 juni 1998 in zaak 165, Sophia Ziekenhuis- Ziekenhuis/Verpleeghuis De Weezenlanden.

Het besluit van de NMa van 20 augustus 1998 in zaak 1000, Drechtsteden Ziekenhuis-Merwedeziekenhuis.

Het besluit van de NMa van 10 september 1998 in zaak 1013, Stichting Twenteborg Ziekenhuis-Stichting Streekziekenhuis Midden-Twente.

Het besluit van de NMa van 31 januari 2000 in zaak 1675, Stichting Samenwerkende Ziekenfondsen.

Het besluit van de NMa van 18 augustus 2000 in zaak 346, Intrakoop Coöperatieve Inkoopvereniging voor gezondheids- en seniorenzorg.

Het besluit van de NMa van 24 augustus 2000 in zaak 1756, AZG-Beatrixoord.

Het besluit van de NMa van 4 oktober 2000 in zaak 2090, Pasteurziekenhuis Ignatiusziekenhuis De Baronie.

Het besluit van de NMa van 14 maart 2002 in zaak 2877/17, Sint Antonius Ziekenhuis-Mesos Medisch Centrum.

Het besluit van de NMa van 24 juli 2001 in zaak 2589, Diaconessenziekenhuis- Sint Josephziekenhuis.

Het besluit van de NMa Van 10 januari 2001 in zaak 2197, Stichting Samenwerkende Ziekenhuizen.

Het besluit van de NMa van 28 januari 2004 in zaak 3524/47, Juliana Kinderziekenhuis/Rode Kruis Ziekenhuis-Leyenburg Ziekenhuis

Het besluit van de NMa van 15 juli 2004 in zaak 3897/45, Ziekenhuis Hilversum-Ziekenhuis Gooi-Noord (meldingsfase).

Het besluit van de NMa van 8 juni 2005 in zaak 3897/156, Ziekenhuis Hilversum-Ziekenhuis Gooi-Noord (vergunningsfase).

Het besluit van NMa van 8 juni 2005 in zaak 5047/34, Erasmus MC-Havenziekenhuis.

Het besluit van de NMa van 18 november 2005 in zaak 5196/47, Ziekenhuis Walcheren-Stichting Oosterscheldeziekenhuizen.

Het besluit van de NMa van 19 februari 2007 in zaak 5935/14, Laurentius Ziekenhuis Roermond-St. Jans Gasthuis.

Het besluit van de NMa van 19 juli 2007 in zaak 6115/14, Stichting Schiedamse en Vlaardingse Ziekenhuizen-Medisch Centrum Rijnmond-Zuid.

Het besluit van de NMa van 13 september 2007 in zaak 5886/27, MCA-Gemini.

Het besluit van de NMa van 29 februari 2008 in zaak 6260/36, Groene Hart Ziekenhuis- Zorgpartners Midden-Holland.

Het besluit van de NMa van 1 april 2008 in zaak 6141/338, Eveen Groep-Philadelphia-Woonzorg Nederland.

Fusiesbesluiten in de AWBZ-sector

Het besluit van de NMa van 31 juli 1998 in zaak 47, RAI-Jaarbeurs.

Het besluit van de NMa van 7 maart 2005 in zaak 4245, Vizer-De Wendel.

Het besluit van de NMa van 11 augustus 2005 in zaak 4198, Proteion-TML-LvGG.

Het besluit van de NMa van 27 juni 2005 in zaak 4220, Vierstroom-DeZorgRing.

Het besluit van de NMa van 18 augustus 2005 in zaak 4988/23, Oosterlengte-Thuiszorg Groningen-Sensire.

Het besluit van de NMa van 21 oktober 2005 in zaak 5171, Antaris-Amstelrade-Fontis.

Het besluit van de NMa van 21 oktober 2005 in zaak 5178, KVV-NZR.

Het besluit van de NMa van 15 november 2005 in zaak 5129, De Spromen-Opmaat.

Het besluit van de NMa van 16 november 2005 in zaak 5186, Carint-Reggeland

Het besluit van de NMa van 13 april 2006 in zaak 5518, Zorggroep Meander-Zorggroep Thuis.

Het besluit van de NMa van 24 mei 2006 in zaak 5603, Zorggroep Noord-Limburg-TML-LvGG.

Het besluit van de NMa van 25 september 2006 in zaak 5603, Zorggroep Noord-Limburg-TML-LvGG.

Het besluit van de NMa van 11 juli 2006 in zaak 5082, Zorggroep West- en Midden-Brabant –Amarant.

Het besluit van de NMa van 27 juli 2006 in zaak 5206, Pantein-STBNO.

Het besluit van de NMa van 7 augustus 2006 in zaak 5705, Zorggroep Amsterdam-Tabitha-De kleine Johannes.

Wet- en regelgeving/overige documenten

Bekendmaking Europese Commissie inzake de bepaling van de relevante markt voor het gemeenschappelijke mededingingsrecht, 9 december 1997, Pb 199 C 372.

Beleidsregel AL/BR-100.069 van de NZa betreffende Aanmerkelijke Marktmacht in de Zorg.
Kamerstukken II, 2006/2007, 27 659, nr. 84.

Memorie van Toelichting bij de Mededingingswet, Kamerstukken 1995-1996, 24 707, nr. 3.

NMa Richtsnoeren voor de Zorgsector d.d. 10 december 2007.

NMa Visiedocument AWBZ-zorgmarkten nr. 3130/66, januari 2004.

NZa Oriënterende monitor Ziekenhuiszorg. Analyse van de onderhandelingen over het B-segment in 2005.

NZa Visiedocument ziekenhuiszorg. Analyse en aanbevelingen voor concurrentie in het B-segment, februari 2005.

Richtlijn 88/361/EEG van de Raad van 24 juni 1988 voor de uitvoering van artikel 67 van het Verdrag, Pb. 1988, L 178/5.

Verordening nr. 1/2003 van de Raad van 16 december 2002 betreffende de uitvoering van de mededingingsregels van de artikelen 81 en 82 van het Verdrag, Pb. 2003 L1/1.

Verordening 139/2004 van de Raad van 20 januari 2004 betreffende de controle op concentraties van ondernemingen, Pb. 2004 L24/1.

Richtlijn 2006/123/EG van het Europese Parlement en de Raad van 12 december 2006 betreffende diensten op de interne markt, Pb EU 2006, L376/36.

Schaalgrootte van zorginstellingen: implicaties van vraagsturing

Robert Mouton



Inhoudsopgave

1	Inleiding	205
1.1	Bekostiging en budget versus vraagsturing en prijs	206
1.2	Integrale tarieven en financieel scheiden van wonen en zorg	211
1.3	Resumé	213
2	Schaalgrootte, de context voor zorgondernemers: motieven en normen	214
3	Schaalgrootte en fusietoets: wet- en regelgeving	220
4	De wenselijkheid van een fusietoets	222
5	Consumentisme versus voorzieningen	223
6	Schaalgrootte en cure	224
	Noten	225

1 Inleiding

Voordat nader op de vragen rond schaalgrootte wordt ingegaan is het van belang twee fundamentele kwesties aan de orde te stellen in het huidige stelsel. Kwesties die in het regeerakkoord Balkenende IV zijn genoemd, inmiddels ook door adviesorganen, brancheverenigingen, werkgevers en werknemers zijn onderkend en geleid hebben tot het onlangs verschenen SER-rapport¹. Beide kwesties hebben grote invloed op het debat rond schaalgrootte en fusietoetsen:

- (1) aanbodbekostiging versus vraagbekostiging
- (2) integrale tarieven versus financieel scheiden van wonen en zorg.

De uitwerking van deze twee ‘dossiers’ hebben ieder afzonderlijk, maar zeker in combinatie, een dermate grote impact op de vraag hoe om te gaan met “schaal en zorg” en “fusietoetsen” dat een beschouwing hiervan vooraf noodzakelijk is. De impliciete vraag die voorligt kan als volgt expliciet worden gemaakt:

Gaat de gezondheidszorg de ingeslagen weg van vraagsturing van dusdanige instrumenten voorzien dat

- a) toegankelijkheid en capaciteit van het aanbod aan krachten van een symmetrische markt wordt overgelaten. Dit in tegenstelling tot een toelatingsbeleid.
- b) betaalbaarheid aan de kant van de individuele toewijzing (indicatie / diagnose) wordt gereguleerd met een correctiemechanisme naar het BKZ op grond van parameters die de rechtvaardige verdeling uitdrukken (bijv. inkomen, vermogen, eigen huis, mate van mantelzorg, etc.). Correctie zou evt. via de fiscus plaats kunnen vinden. Dit in tegenstelling tot een (vrijwel) volledige vergoeding van alles voor iedereen.
- c) Een stringent regime van certificatie en toetsing vervangt de toelatings- en kwaliteitssysteemvereisten (Wtzi en Kwaliteitswet Zorginstellingen). Er kan alleen gewinkeld worden waar het certificaat is behaald en wordt onderhouden.

Voor al deze, onderling samenhangende wijzigingen geldt dat de overheid *fundamenteel* afscheid neemt van de grip op het totale aanbod² binnen de landsgrenzen, maar niet van de kosten en de kwaliteit. Er zijn uiteraard tal van aanvullende systeemvragen, bijvoorbeeld over de rol van de verzekeraars, de vaststelling en omvang van pakketten, de vraag wat gebrek aan tarieven voor invloed heeft op beschikbaarheid, of er uitzonderingen moeten worden gemaakt, etc. Met deze opsomming wordt slechts beoogd aan te geven in welke context een vraag over schaalgrootte zich bevindt: welke fundamentele vragen er achter liggen als op dit moment (mei 2008) een advies wordt geformuleerd.³

Dit essay behandelt de *care* en de *cure* los van elkaar, maar niet zonder dat er op verbanden wordt gewezen. Voor de eerste lijn en de acute zorg wordt verwezen naar de desbetreffende achtergrondstudies van de RVZ. De ambitie van dit essay is om naast een inleidende beschouwing en een oplossingsrichting ook een ingang te bieden voor het debat dat op alle schaalgroottes (micro, meso, macro) gevoerd zal moeten worden: van werkvloer tot politiek forum.

De *pragmatische* stelling in het essay is dat de twee maatregelen als één programma zouden moeten worden voorbereid. Andere maatregelen die op grond van RVZ-adviezen en SER-advies zouden kunnen worden getroffen⁴ zullen bij gelijktijdige invoering waarschijnlijk een dermate complexe realiteit scheppen dat niemand meer strategisch gedrag *kan* vertonen, of dit nu op schaalgrootte betrekking heeft of niet. Invlechting tijdens de rit is natuurlijk wel mogelijk. De achterliggende gedachte is dat dit verdedigbaar is *juist* vanuit het oogpunt van kostenbeheersing, zoals hieronder wordt uiteengezet.

De pakketverschuivingen tussen verzekeringen- en voorzieningenwetten die stelselmatig de revue passeren worden in dit essay buiten beschouwing gelaten. De argumenten voor overheveling zullen een meerwaarde aan moeten kunnen tonen. Tot op heden is in geen enkel rapport een dergelijke studie volledig en zorgvuldig verantwoord. Vaak wordt zelfs de indruk gewekt dat emotionele en *a priori* argumenten de boventoon voeren “ergens bijhoren”, “ketencontractering”. Welke problemen het oplost en genereert wordt niet in volledigheid in ogeschouw genomen⁵ laat staan dat het strategisch gedrag van actoren - ook t.a.v. schaalgrootte - gesimuleerd of voorspeld wordt⁶.

1.1 Bekostiging en budget versus vraagsturing en prijs

Het gedrag van een zorginstelling die via een distributief systeem van parameters en tarieven bekostigd wordt is onvergelijkbaar met het gedrag van een ondernemer die op basis van kostprijs, onderhandeling en concurrentie op prijs zijn omzet en winst dient te genereren. In het eerste geval is sprake van een tevoren vastgesteld budget waaruit het maximale rendement moet worden gehaald. De primaire opdracht is de begroting niet te overschrijden. In het tweede geval is sprake van een begroting die afgeleid is uit omzet en winstdoelstelling: de primaire opdracht is productie draaien. Dat het niet zo zwart-wit ligt in de praktijk is waar, maar de twee modellen, de twee motieven en de twee gedragingen zijn er onmiskenbaar. Beide opdrachten lopen in de zorgpraktijk op dit moment zelfs zo door elkaar heen dat de grijstinten ervan verbloemen dat er wel degelijk een zwartwitte achtergrond is [noot, voorbeelden ook in brieven van de staatssecretaris]. Er is en blijft een budgettaire opdracht (macro, meso en micro) en er ontstaat steeds duidelijker een systeem dat wordt bekostigd op basis van productie. Omdat

blijvend op deze twee gedachten wordt gehinkt lopen de daartoe bedachte hybride systemen dan ook vast vaak al voordat ze goed en wel tot implementatie zijn gekomen: functiegerichte bekostiging, integrale tarieven voor DBC's en ZZP's, en maatstafconcurrentie zijn de intellectuele resultanten van pogingen een markt- en prijsmechanisme te gebruiken als concurrentiemiddel en gelijktijdig de hoogte van de tarieven en het aantal toelatingen te gebruiken om budgettaire kaders te bewaken. Pogingen om ter ener zijde vraagsturing te introduceren en vast te houden stranden ter andere zijde door de harde realiteit van het macro budgettaire kader⁷.

In deze context zal het gedrag van schaalvergroting, van beperkingen of maatstaven en van de consumentensoevereiniteit moeten worden geanalyseerd. Deze context dicteert probleemstelling en mogelijke oplossingsrichtingen. Geconstateerd moet worden dat de consumentensoevereiniteit (vraagsturing) die ten tijde van de start van het groot project modernisering AWBZ (staatssecretaris Vliegthart) tot uitgangspunt van beleid werd gesteld, die met de lancering van de ZZP's als opdracht is verkondigd, die tot transparantie van het individuele zorgaanbod zou moeten leiden, niet wordt waargemaakt. De harde realiteit van het macrobudgettaire kader drukt derhalve de tweespalt die tussen de twee hierboven aangeduide opdrachten bestaat zowel op macro-, meso-, als microniveau voortdurend naar de zijde van de budgetbewaker, de opdracht om maximum rendement te persen uit een minimum aan middelen: meer presteren, minder inkomsten. Dit in tegenstelling tot de opdracht van de ondernemer ditzelfde te doen, maar dan wel met een zelf te sturen koppeling tussen prestatie en inkomsten. Het pessimisme dat hier mogelijk van kan worden afgeleid is gemakkelijk te vertalen naar imagoproblemen, zwartepietenspel bij kortingen, personeelstekort etcetera. Het is echter de kunst om het geschetste schema als zodanig te herkennen opdat de voortdurende spanning die er in is aangebracht doorbroken kan worden⁸.

Het behoeft ook weinig betoog dat deze worsteling tussen de twee opdrachten in een steeds zakelijker omgeving geen stand zal houden. Bij prijs-onderhandeling is sprake van een economische activiteit en die verhoudt zich noch als zakelijke handeling, noch als juridische overeenkomst tot een doelstelling van budgetmaximering, althans niet in de kapitalistische maatschappij waarin wij leven. Anders gesteld: gedwongen worden om onder de kostprijs te leveren is op basis van een onpersoonlijke markt verklaarbaar en oplosbaar. Gedwongen worden om onder de kostprijs te leveren terwijl de leverancier slechts een beperkt aantal leveranciers met gemaximeerde prijzen kent is tenminste onrechtvaardig en kent een schuldige en veroorzaker. Het is dan ook voorspelbaar dat het niet lang meer zal duren voordat via een juridische procedure, een knieval van de tariefbazen of een analyse van het kabinet wordt geconcludeerd dat de huidige, dubbelzinnige opdracht die de gezondheidszorg in zijn greep houdt zal moeten worden gewijzigd. Alle elementen van een revolutie zijn inmiddels aanwezig⁹.

In eerdere adviezen van de RVZ, de Nza, het CVZ en zelfs in de poging van VWS zelf¹⁰ wordt impliciet erkend dat deze “route van de hybride sturing” na ruim 20 jaar budgettering zijn einde begint te naderen. Het wachten is op een uitspraak van een rechter, een calamiteit of een intellectuele oplossing die ruimte biedt voor beide opdrachten tegelijkertijd¹¹. Als een dergelijke oplossing bovendien meer ruimte biedt om in te spelen op de naderende capaciteitsproblemen¹² dan zal ongetwijfeld draagvlak ontstaan.

De kunst voor een dergelijke benadering is om een nieuwe context te creëren, zodanig dat recht gedaan wordt aan een programma van eisen die voor een stelsel geldt (betaalbaarheid, toegankelijkheid, kwaliteit), een budgettair kader als realiteit accepteert en tot slot afrekenet met het idee dat de burger geen verantwoordelijkheid voor zijn eigen lot zou mogen dragen. Als dit laatste niet als uitgangspunt wordt erkend en er teruggegrepen wordt op een ethiek waarbij de ander als zorgobject werd ge-positioneerd, dan wordt de realiteit van schraalhans¹³, de toegenomen mondigheid en de eis van de zorgconsument blijkbaar nog niet onder ogen gezien.

Dit is geen pleidooi voor liberale bekostiging – hier blijft het primair bij een sociale verzekering – maar een pleidooi voor een oplossing die recht doet aan de wensen en het gedrag van de moderne burger aan de ene kant en een rechtvaardig en werkbaar zorgaanbod aan de andere kant. Als achtergrondgedachte kan gewezen worden op de enorme vlucht die zich de afgelopen 10 jaar in de particuliere woonzorg voor ouderen heeft voorgedaan en de opkomst van alternatieve arrangementen in de gehandicaptensector. Vormen tussen huur en koop en tussen publiek en privaat gefinancierde vormen van zorg en dienstverlening zijn potentieel interessant voor een groeiende groep ouderen in het middensegment. ActiZ schat bijvoorbeeld dat van de 75-plus huishoudens in 2015 ca. 40% behoort tot de belangrijke middengroep met een iets hoger inkomen en vermogen, die deels ook zonder huursubsidie kan huren of in staat is om (deels) te kopen in de gemengd privaat/sociale sector.

Het antwoord op de hybride sturing is eenvoudiger dan vaak wordt aangenomen en kan iedere titel uit het verleden meekrijgen, van cliëntensoevereiniteit, consumentisme en vraagsturing tot geleide marktwerking, stap in de stelselwijziging of handhaving van de toelaatbaarheid, betaalbaarheid en kwaliteit van de gezondheidszorg. Een titel is in ieder geval aan te bevelen, waarbij in lijn van het SER-advies een nieuwe naam voor de (romp)AWBZ vanuit de optiek van de hieronder voorgestelde verandering te overwegen is^{14 15}. Het moeilijke van het antwoord zit hem niet in deze intellectuele oplossing maar in het organiseren ervan: het veranderen en opheffen van schakels in het stelsel die nu onmisbaar zijn vergt een doordachte aanloop en goed geleide implementatie¹⁶ en

voldoende vrijheid en symmetrie van posities van actoren om er in te kunnen opereren.

In het SER-rapport wordt al een voorstel geformuleerd dat er op neerkomt de persoonsvolgende bekostiging drastisch in te voeren, zij het dat de uitwerking te wensen overlaat. Persoonsvolgende bekostiging speelt in op een maatschappelijke behoefte, maar ook op het bovenstaande schisma. Drastische doorvoering van een uitkeringsregime aan de cliënt (indicatie = individueel budget) betekent automatisch een drastische verandering van de wijze waarop de zorgvrager zich zal gedragen en de zorgaanbieder zich zal opstellen – ook in het kader van de zucht naar schaalgrootte.

Zijn “countervailing power” is niet meer gelegen in een aantal monopolide zorgkantoren of verzekeraars, maar in een te beïnvloeden bevolking en cliëntèle: marketing en communicatie worden onmisbare strategische instrumenten¹⁷.

Als we het SER-voorstel over het persoonsvolgend budget plaatsen in de context van de hierboven beschreven hybride opdrachten dan leidt dit tot een stelsel waarin de som van de “uitkeringen” (pvb’s) toch met een feedback aan een BKZ zal moeten worden gekoppeld¹⁸. Begrijpelijk is dat SER dit niet als probleem heeft geanalyseerd, maar tegelijk ook een gemiste kans¹⁹. De hybriditeit blijft immers in het stelsel zitten: wat als het macro- of mesobudget op is? Wordt het pvb dan navenant gekort, net zoals de tarieven op dit moment worden beknot?

Er zal dus een extra stap gezet (gedurfd) moeten worden om de valkuil van het huidige systeem niet te transponeren op een ongeclausuleerd of ondoordacht pvb-systeem. Daarbij kan worden gedacht aan de inbouw van een aantal parameters bij de uitkering. Naast de indicatie kunnen dat een beperkt aantal parameters²⁰ zijn die betrekking hebben op de persoonlijke situatie (inkomen, vermogen, thuiswonende familieleden, leeftijd etc.). Essentiële voorwaarde daarbij is dat de “zorg in natura” niet als alternatief wordt aangeboden, anders zal vordering moeten plaatsvinden. De uitkeringsgerechtigden zijn zelf – dan wel hun plaatsvervangers – verantwoordelijk voor de inkoop van een passend en door de inspectie gekeurd zorgaanbod. Met de huidige elektronica, webbased applicaties en identificatiemogelijkheden zijn de administratieve handelingen hierbij relatief simpel te houden. Bijkomend voordeel is dat het aantal partijen dat zich met pakket, prijs en uitvoering bemoeit geminimaliseerd kan worden.

Samengevat komt het er op neer dat niet alleen in de premieheffing sprake is van (bijvoorbeeld) inkomenssolidariteit, maar dat deze ook terug te vinden is in de uitkerings sfeer²¹. In sociale verzekeringen is dat overigens niet ongebruikelijk. Uiteraard zal de bediening van de “knoppen” in principe een ministeriële verantwoordelijkheid zijn; voor de WMO zou

dat een gemeentelijke aangelegenheid zijn. De rol van de verzekeraar in de (nieuwe) AWBZ is geminimaliseerd tot uitkeringsinstantie: een rol die zij van oudsher eigenlijk al hadden²².

De volgende bedenking is meer dan een voetnoot waard. In de hang naar betere stuurbaarheid en beheersbaarheid is de laatste jaren flink geïnvesteerd in DBC's, ZZP's en hun voorgangers. Dagelijks wordt nog aan deze systematiek geschaafd. Niets is meer verleidelijk dan als bestuurder, politicus of administrateur te denken dat deze eenheden, die als diagnose of indicatie gesteld worden een betrouwbare, valide en getoetste relatie hebben met de werkelijkheid. Dat moet ten stelligste ontkend worden. Dat professionals leren omgaan met de administratieve eenheden en daarbijbehorende beloningen is geen maat voor de validiteit. Deze bedenking is voor een persoonsvolgende en ook nog op de persoon genormeerde bekostiging van groot belang: is er vooraf wel te bepalen met welk "toegangsbewijs" de cliënt op stap kan gaan? Het pragmatische antwoord is om de indicatie waar nodig een meer dynamisch karakter te geven (monitoring). Of dit uiteindelijk een oplossing biedt zal moeten blijken: feitelijk wordt immers geprobeerd om een niet werkend concept (een voorgeknipte zzp-multistrippenkaart of streepjescode) maat te laten zijn voor de sorteer- en afwerkroute. Maar helemaal aan het begin van het sorteren blijkt de streepjescode al niet meer te kloppen. Iedereen weet dat. De administrateur rekt rustig door aan de kassa en de professional benut de ruimte om aan alle kanten te realloceren. Het werkt - maar niet als winkel: degene die een speelgoedtrein koopt betaalt ook de helft van de legostenen die zijn buurman koopt. ZZP's en in mindere mate ook DBC's, zijn daarmee budgetparameters geworden, geen afspiegeling van producten en kosten²³. Daarenboven heeft het gebruik van deze schijneenheden niet alleen buiten de zorg, maar ook diep binnen de zorg ingegrepen: de administratieve werkzaamheden door zorgprofessionals zijn toegenomen.

Als er inderdaad een systeem wordt ingevoerd zoals beschreven, dan heeft dat enorme invloed op de opdracht die de zorgaanbieder heeft. Zijn zoektocht²⁴ naar schaalgrootte in bestuurlijke zin (en juridische fusie) wordt versterkt door de hang naar risicospreiding. Tegelijkertijd zou de vraag naar de schaal op menselijke maat – de vraag die achter de moties van de kamer ligt²⁵ – zich wel eens snel en drastisch aan kunnen gaan passen aan datgene wat de cliënt wil (afdwingt), mits daar uiteraard op kan worden ingespeeld. En we weten uit studies en eigen ervaring dat de komende generatie zorgvragers die menselijke maat zal prefereren boven de manier waarop verblijf in traditionele zin wordt geboden (verpleeghuisflats, bejaardenoorden, serviceflats, etc.). Zeker als ze zelf eigen middelen in (moeten) brengen. En als er geen aanbod is in de reguliere zorg, dan zullen de belemmeringen die er mogelijk nog liggen worden omzeild²⁶.

1.2 Integrale tarieven en financieel scheiden van wonen en zorg

De tweede ontwikkeling die in beschouwing genomen dient te worden is het scheiden van wonen en zorg. In de jaren '90 zijn hier reeds diverse adviezen voor ontwikkeld door de RVZ²⁷. De achterliggende gedachte is dat de cliënt net als iedere burger in beginsel zijn eigen verblijfscomponent betaalt. Tot op heden wordt deze component – afhankelijk van de sector als eigen bijdrage inkomensafhankelijk geïnd en gestort in het AFBZ²⁸. In het regeerakkoord van Balkenende IV is het scheiden van wonen en zorg als maatregel opgenomen en in het SER-rapport wordt het financieel scheiden van wonen en zorg als belangrijke bijdrage gezien in de verdere modernisering en afbakening van de AWBZ. Tegelijkertijd is het niet verwonderlijk dat de invoeringsdatum van de hierboven geschetste integrale tarieven voor ZZP's wordt uitgesteld: integrale tarieven zijn hooguit een eerste stapje als men de bekostiging van wonen en zorg gaat scheiden, dus als men dit laatste inderdaad gaat doen dan zijn integrale tarieven überhaupt niet meer aan de orde²⁹.

Als men het financieel scheiden van wonen en zorg wil doorvoeren dan is sprake van een majeure operatie: de volledige ex post vergoeding van afschrijving en rente wordt vervangen door een onzekere aan cliëntenvoorkeur en –portemonnee gebonden ex ante bekostiging, waarbij ligging, schaalgrootte, de mate van binding aan de zorgleverancier, betaalbaarheid, kwaliteit en concurrentie met andere leveranciers van woonvoorzieningen voor een totaal ander speelveld en risicoprofiel zorgen³⁰. Dit terwijl de bestaande afschrijvingen en renteverplichtingen van de reguliere zorgaanbieders gewoon doorgaan. De reactie van zorgaanbieders op deze verandering zal uiteenlopen in vormen van afstoting, differentiatie en opsplitsing tot vormen van schaalvergroting, specialisatie en alliantievorming. De woonmarkt is bovendien een markt waar alle dienaangaande wetten van toepassing zijn en partijen vanuit verschillende achtergronden op werkzaam zijn, variërend van buitenlandse investeerders tot woningcorporaties. Schaalvergroting van zorginstellingen zal – indien zij zelf het beheer wensen te blijven voeren – een vanzelfsprekend en bewust uitgelokte reflex om de risico's van leegstand en het gebrek aan expertise bij kleinschalige voorzieningen te compenseren uitlokken. De middelen om schaalvergroting tegen te gaan zijn uitsluitend de mededingingsrechtelijke: de zorgautoriteit zal geen bemoeienis hiermee hebben, het valt na onttrekking van het zorgdomein buiten zijn bevoegdheid.

Als financiële scheiding van wonen en zorg impliceert dat de AWBZ het wonen niet meer vergoedt en dat in de geëigende gevallen een vorm van huursubsidie voor compensatie moet zorgen, dan is het de vraag met welke instrumenten men denkt nog sturing te kunnen hebben. En wat te doen met verhuurders die niet uitkomen terwijl onder goedkeuring geïnvesteed is? Met het financieel scheiden van wonen en zorg wordt wonen

tegelijk geen zaak meer waar een zorgminister zich over buigt. Hooguit vanuit VROM kan via subsidiebeleid invloed worden uitgeoefend: dan moet er echter wel toepasselijk subsidiebeleid zijn en er ruimte ontstaan in de begroting van VROM. Het onttrekken van de kosten van verblijf aan de verantwoordelijkheid van een minister van VWS onder gelijktijdige introductie van subsidiebeleid voor zorgverblijf bij een minister van VROM lijkt in beginsel een eenvoudige overheveling. Dat is het geenszins. Ongetwijfeld is het uitvoerbaar, maar de vervlechting van de zorgvraag van het individu en de materiële verblijfsituatie en –behoefte is voor een groot deel van de AWBZ-populatie groot. Uit emancipatoir oogpunt is het evenwel toe te juichen en er zijn ook grote doelgroepen waarvoor het wel degelijk bijdraagt zich onder het aanbidersjuk te ontworstelen. Met introductie van een pvb kan financiële scheiding van wonen en zorg op maat worden ingevoerd.

Op de schaalgrootte van zorginstellingen zal een dergelijke scheiding een groot effect sorteren, zeker in combinatie met de introductie van persoonsvolgende bekostiging. In de eerste plaats worden twee domeinen gecreëerd. Het domein van de zorg en het domein van het verblijf. De vraag aan de oorspronkelijke zorginstelling is hoe hij zich hierin opstelt: met twee separate “verkoopproducten”, met gecombineerde woonzorgarrangementen, splitst hij zich, welke financiering hij kan (blijven) bolwerken³¹, welke risico-opslag hij moet rekenen, etc. Een logische reflex bij het introduceren van risico’s zal de speurtocht naar spreiding ervan zijn: allianties in bestuurlijke zin, maar ook de grootschaligheid die we uit de woningcorporatiebranche kennen zal in een risicovolle markt wel eens op kunnen doemen; afhankelijk van de doelgroep en de eigen bijdrage uiteraard. Het financieel scheiden van wonen en zorg zal de bestaande woonzorgaanbieders dus allen voor de vraag stellen: ga ik door als zorgverlener, als verblijfsaanbieder, beiden of zoek ik logische partners (collega’s, thuiszorginstellingen, woningcorporaties, projectontwikkelaars). De sturing die hieraan kan worden gegeven door derden is lastig; wellicht kan worden gedacht aan fiscale voordelen.

Schaalvergroting is overigens in een dergelijke context een manier om niet alleen risico’s voor de verhuurders te spreiden, maar vooral om continuïteit aan de huurders te kunnen bieden.

1.3 Resumé

In het voorgaande wordt een pleidooi gehouden om twee maatregelen uit het SER-rapport te gebruiken als startpunt van verandering. Dit vergt nog nadere doordenking op beoogde en gesorteerde effecten, niet in de laatste plaats inkomsten- en sturingseffecten. Ook de neveneffecten die deze maatregelen sorteren, bijvoorbeeld op het gebied van schaalgrootte, verdienen een zorgvuldige beschouwing vooraf. Effectanalyse (simulatie) lijkt tevoren nodig: wordt wel bereikt wat men wenst te bereiken?

Welke tegenkrachten worden opgeroepen? Kan men doelgroepsgewijs van start, zo nee, welke belemmeringen zijn er dan? Gaandeweg is aandacht gevraagd voor de relatie tussen de werkelijke zorgverlening en de administratieve werkelijkheid. Bestuurders veronderstellen dat dit onderzocht, veilig en betrouwbaar is. Professionals zouden het graag willen, maar zo werkt het nu niet. Met bulkcontracten is daar in de praktijk mee te leven. Op het moment dat pvb en eigen bijdragen een hoofdrol gaan spelen zullen individuele contractanten geen genoegen nemen met een dergelijk manco³². Op het moment dat wonen en zorg gescheiden worden zullen ook individuele contractanten separaat wonen en zorg in gaan kopen. Kortom: een individuele inkoop vergt een bedrijfsvoering waar men ook na de invoering van de ZZP's nog lang niet klaar voor is. Hier zijn overigens wel internationaal gevalideerde en uitgewerkte alternatieven voor in de markt³³.

Kortom, alvorens de richtingaanwijzers worden aangezet is nadere oriëntatie zeker nodig. De eenvoud van een regeerakkoord en een SER-advies verhuult de principiële keuze voor een volstrekt andere ordening van zorg en wonen in onze samenleving. Daar moet bij worden stilgestaan. Schaalgrootte speelt daarbij een rol, maar is ondergeschikt aan de verschuiving van verantwoordelijkheden en bestedingen.

Een inleiding van zo'n benadering wordt in het navolgende geschetst.

2 **Schaalgrootte, de context voor zorgondernemers: motieven en normen**

Vooraleerst is een ordeningsvraagstuk nodig. Gebruikelijk is om ordening te doen op basis van een bestaand stramien. Vervolgens wordt dit stramien gebruikt om te herordenen en verandert er als gevolg daarvan weinig. Voorgesteld wordt om een stramien te baseren op de voorgestelde maatregelen en pas dan zonedig naar een ordening te kijken.

Als:

- 1) wonen buiten de AWBZ-sfeer valt en
- 2) persoonsvolgende bekostiging wordt ingevoerd en
- 3) de ouderenzorg de enige significant groeiende sector is binnen de AWBZ (69% van de AWBZ-cliënten in 2007³⁴)
- 4) de ziektelast en daarmee gepaard het zorggebruik neemt navenant toe³⁵.
- 5) verpleeghuizen, ziekenhuizen en thuiszorgorganisaties de gebruikelijke platforms zijn die in verschillende samenstelling al dan niet gezamenlijk tot werkbare onderling afgestemde ketenconcepten komen³⁶.
- 6) toegankelijkheid voor basale zorgvoorzieningen (gegarandeerd) verplicht verzekerd zal blijven worden...

...welke strategie (marketingconcept) zal er dan grosso modo worden gevolgd door zorgondernemers? Het meest logische is – uiteraard is niet gezegd dat dit zal gebeuren – dat de verreweg grootste groep (ook nog groeiende) zorgvragers, zorgvragers die in principe zelfstandig rechten op kunnen bouwen - op een andere manier verzekerd zullen zijn dan al diegenen die levenslang als gevolg van een handicap zijn aangewezen op een verzekering³⁷. De vraag of de overheid een dergelijk onderscheid wel of niet maakt is voor zorgondernemers feitelijk secundair: zij kijken waar de behoefte is, de getallen in hun regio en gaan uit van de verantwoordelijkheid die nu en in de toekomst geprojecteerd wordt op hun doelgroep. Het risicodragerschap van cliënten zal evenredig moeten zijn met de eigen verantwoordelijkheid, het inkomen, de keuzevrijheid, de mate van invloed die uitgeoefend kan worden in het aanbod en de mogelijkheid extra te besteden. Dat ligt op dit moment volstrekt anders. Om over de andere daadwerkelijke setting (woonsituatie) nog maar te zwijgen. Dat wil niet automatisch impliceren dat het verzekerd recht anders ligt (zie punt 6 hierboven).

Wat hier als boude voorspelling staat genoemd is in feite al geruime tijd aan de gang. In herinnering kan worden geroepen wat mevrouw Vliegthart, destijds staatssecretaris, bij de start van de Modernisering van de AWBZ zei: een indicatie geeft recht op zorg, ongeacht waar dit wordt

verzilverd en hoeveel cliënten bij willen betalen. Met een persoonsvolgend budget zal een dergelijke redenering op dezelfde manier geldig worden: toelatingen en tarieven zullen terugtrekkende bewegingen moeten maken. Op het moment dat de bekostiging van de wooncomponent via andere wegen wordt gevonden en bekostigd zullen zorginstellingen zich net als in andere markten verdringen rond de voorkeur van de cliënt: de schaarste van aanbodgerichtheid maakt ruimte voor de schaarste van vraaggerichtheid. Niet alleen de aangeboden dienst, maar juist de combinatie van wonen en zorg en de aansluiting (keten) met derden zullen hierbij een hoofdrol gaan spelen. Wie hoofdcontractant van een collectief is – dat hoeft geen verzekeraar te zijn – heeft zich een goede positie verworven. Op dit punt speelt uiteraard de grootte van de collectiviteit een hoofdrol: op vergroting van schaal wordt automatisch aangestuurd bij dit mechanisme. De bewaking van de marktverhoudingen waarbij de grootte aan de vraagkant een gevaar vormt voor een machtsverhouding zou daarbij nog wel eens belangrijker kunnen worden dan die van de aanbodkant. Die laatste is immers door Nma, consumentenautoriteit en patiëntenwetgeving in stelling gebracht, maar wat als een cliëntencollectief massaal bepaalde aanbieder(s) negeert³⁸: een keten of organisatie met flinke schaalgroottes kan opeens kwetsbaar zijn en hoeft dus niet vanzelfsprekend te worden geassocieerd met macht of keuzebeperking: zodra dit beeld wordt opgeroepen wordt het ongetwijfeld afgestraft.

Niet alleen de omgeving van de zorgondernemer verandert dus. Zelf verandert hij ook. Zorgondernemers bewegen zich nu in een andere omgeving dan conventionele ondernemers. Er zijn ook overeenkomsten, maar het gaat om fundamenteel ander gedrag en andere motieven in verschillende omgevingen. Voor de ondernemer is het primaire doel de onderneming in stand te houden, producten of diensten te verkopen en winst te genereren. Het is zijn bron van inkomsten en van zijn bestaan. Voor de instelling die met budgetten werkt is dit op het eerste gezicht het zelfde. Er is echter wel een verschil: werkt de ondernemer in een omgeving die zorgdraagt dat vraag en aanbod de prijs in evenwicht houdt, bij de instelling wordt door tarief- en capaciteitsbeheersingen schaarste van zorgaanbod kunstmatig in stand gehouden. Is in het eerste geval sprake van economische principes als prijselasticiteit, keuzevrijheid en een aanbodovervloed, in het tweede geval is sprake van centrale (maximum) tariefaanpassing bij budgettekort, beperkte keuzevrijheid en kunstmatig aanbodtekort. Schaarste is het sleutelbegrip: de ondernemer zoekt de schaarste op en gebruikt dit voor de verhoging van zijn afzet, de zorgondernemer houdt binnen het stelsel de schaarste in stand en productieverhoging leidt niet automatisch tot hogere beloning.

Hoewel het dus nu lijkt dat er aan de buitenkant veel overeenkomsten lijken te zijn in termen van dienstverlening, basaal zijn mechanismen, motieven van bestuurders, afhankelijkheden van derden en wet- en regelgeving verschillend van conventionele ondernemingen. Deze verschillen

hebben ook een normatieve component: een bestuurder van een zorginstelling heeft zich volgens de gevestigde moraal niet te gedragen als een productiebedrijf. Dat zou hij zelf misschien nog kunnen verdedigen, de omgeving (het toezicht) maakt echter korte metten zodra onrendabele lijnen worden afgestoten en onrendabele cliënten aan hun lot worden overgelaten.

Een debat over stelsel en maatregelen gaat in belangrijke mate hierover: met schaars aanbod is er geen verspilling en met schaars aanbod zit iedereen in het keurslijf van toelating, tarief en is er geen of weinig selectie aan de poort van de zorginstelling³⁹.

Het huidige economisch verkeer waarin de zorgondernemer zich bevindt is dus wezenlijk anders. De meest relevante voor het onderwerp schaalgrootte zijn: hij bepaalt noch zijn prijs, noch zijn product (ZZP/DBC), noch zijn omzet (zorginkoper en capaciteit). In een zogenoemde marktomgeving waarin zorginkoper(s) bij de zorgaanbieders met een dichtgetimmerd stramien inkopen is de meest logische en door de wetgever opgeroepen reflex: schaalgrootte zoeken. Countervailing power, risicospreiding, overheadvermindering, inkoopvoordelen, bescherming van de cliëntenmarkt etc. Zoals uiteengezet kan in de ouderenzorg⁴⁰ een appèl gedaan worden op de eigen verantwoordelijkheid van de burger/cliënt. Een dergelijke verantwoordelijkheid ter ene (vraag-)zijde zal in symmetrie een verantwoordelijkheid aan aanbodzijde vereisen wil er sprake zijn van een zichzelf corrigerende markt. De systeemvraag is dan in hoeverre een door sociale premies opgebrachte bekostiging in deze vraag-aanbod verhouding kan worden ingebracht zonder deze noodzakelijke symmetrie in disbalans te brengen. We weten dat pogingen dit via de aanbodkant te organiseren (inkoop van aanbod door overheid of zorgkantoor) de asymmetrie in de hand werkt – de schaalgroottereflex oproept. De logische gevolgtrekking is om de cliënt het principiële, basale recht op zorg ook vanuit deze optiek dus toe te kennen aan de zorgvrager.

De schaalgroottereflex in zowel het huidige en in het aldus geprojecteerde zorgsysteem. Is op zichzelf weer wel vergelijkbaar met de fusiegolf in het bedrijfsleven: de oorzaak is echter een geheel andere. Bij zorgaanbieders is de oorzaak gelegen in een door de overheid uit kosten- en machtsoverwegingen afgedwongen overlevingsstrategie (budgetbeheersing en countervailing power naar de verzekeraar inkoper), in het bedrijfsleven is sprake van een gekozen overlevingsstrategie waarbij kosten, inkomsten, producten en doelgroepen met een bewuste en zich voortdurend aanpassende marketing in relatie tot elkaar staan.

Dat geldt ook voor motieven richting cliënten/klanten: naast het tevreden stellen van een klant door beantwoording van een vraag wordt in de gezondheidszorg gerefereerd aan diepgewortelde normen en waarden in onze samenleving: wij dienen ons te ontfermen, barmhartig te zijn,

solidair te zijn, zorgzaamheid te betrachten, altruïsme te tonen, etc. Als dit niet getoond zou worden in het dagelijks verkeer met cliënten en stakeholders dan zijn we geen zorgondernemers. Deze begrippen gaan weliswaar samen met de economische ruilrelatie die ook in een marktsituatie aan de orde is, maar ze is van een andere orde. Deze begrippen moeten ook niet verward worden met de kunstmatige glimlach, de verleidelijkheid van producten of de neiging met de mode mee te willen doen. De vraag die een dergelijke context oproept is of men hieraan kan of wil ontsnappen. De vraag naar nabijheid, schaalgrootte en menselijke maat is juist een vraag naar erkenning en overzichtelijkheid: niet voor niets schieten kleinschalige initiatieven als paddestoelen uit de grond. De hele idee van een grootschalige zorgfabriek waarin onpersoonlijk en met turflijstjes door anderen gesleuteld wordt aan de eigen existentie stamt uit de tijd van de industriële revolutie. Maatschappelijk gezien is het een anachronisme dat onder het mom van efficiency en investeringen de schaarstehandhaving wordt voortgezet en als apologie dient voor het finetunen van een fabrieksparadigma. Wat dat betreft is er wezenlijk sprake van een paradigmategenstelling in de gezondheidszorg: de behoefte aan zorg en zorgzaamheid versus de behoefte aan efficiency en snelheid. Het fnuikende hiervan is niet de tegenstrijdigheid zelf, maar het feit dat ze elkaar oproepen: hoe efficiënter de fabriek, hoe groter de roep om de menselijke maat (zelfs politieke slogans worden hierop geënt). Andersom geldt hetzelfde: hoe meer roep om de menselijke maat, hoe groter de tegenkracht dat het nu maar eens tijd wordt voor spierballen, efficiency en ondernemerschap⁴¹. In feite is de tegenstelling een perceptiekwesie waaraan een normbesef voor maatschappelijke inrichting en verplichtingen voorafgaat. Met andere woorden: de fabriek en het hotel, om deze metaforen maar te introduceren, zijn onlosmakelijk en bij de veronachtzaming van de één zal de ander vanzelfspreken.

De huidige context bevat dus een veelledige opdracht: het slechten van bewandelde paden, het opzetten van nieuwe en het tegelijk betaalbaar en toegankelijk houden boven een kwaliteitsgrens. Dit vergt niet alleen het toelaten van private betaling (aanvulling op pvb) – maar verwijdering van concurrentiebelemmeringen en de schaarstehandhaving rigoureuus ten einde te brengen: geen aanbodbekostiging maar vraagbekostiging (pvb)⁴².

De vraag naar de mogelijkheid van een aanvullende fusietoets voor zorginstellingen is in dit licht anders dan in het licht van de huidige context. De vraag komt voort uit het besef dat zorgverlening in de menselijke maat (verhoudingen) voor vele betrokkenen het meest gewild is: korte afstanden, overzichtelijke gebouwen, niet te groot, bekende gezichten, huiselijke omstandigheden, etc. Het opgaan van bestaande arrangementen met deze eigenschappen in grootschalige onpersoonlijke constructen is op het eerste gezicht een onwenselijke situatie die indruist tegen de zojuist genoemde waarden en tegenstellingen. De moties zoals aangenomen

in de Tweede Kamer⁴³ zijn volstrekt legitiem. De schoen wringt hem in het zojuist genoemde verschil in perceptie en voorrang van waarden⁴⁴.

Op het moment dat er contracteervrijheid wettelijk is afgesproken tussen zorginkoper (verzekeraar of cliënt) en zorgaanbieder is de mate waarin behoefte bestaat aan en de mate waarin afgerekend wordt op deze, laten we zeggen - warme - eigenschappen, een kwestie van vraag en aanbod naast de al bestaande en geïnstitutionaliseerde controle op kwaliteit (normen verantwoorde zorg, HSK) en klantenervaring (cliëntentevredenheid, CAHPS Quote), inspraak van cliëntenraden, bewonersraden, ondernemingsraden, Raad van Toezicht, etc. Als sprake is van nieuwbouwplannen dan hebben namens de burgerij ook wethouders, gemeenteraden, bouwcollege, zorgautoriteit, vws, college sanering etc. namens de gemeenschap inspraak over verschillende aspecten van de bouw. Dit uiteraard naast de raad van bestuur, het managementteam, de architect, de binnenhuisarchitect etc. Niettemin is het mogelijk dat na een aanvankelijke bestuurlijke fusie in een dichtgetimmerde markt een oerlelijk gebouw wordt bedacht als verlengstuk van het ego van een bestuurder of erger, van twee bestuurders. Handhaving van deze institutionele controle werkt als stroop en voegt niets toe. Als schaalgrootte inderdaad via preferentie van cliënten tot stand moet komen, dan moet de markt zijn werk doen: dan moet er het tegenovergestelde van schaarste zijn, dan moet ook een deconfiture opgevangen kunnen worden binnen de reservecapaciteit die een markt eigen is. De eerste overname in de ziekenhuisbranche is inmiddels een feit: feitelijk een injectie van privaat geld in een onderrenderende instelling.

Als het financieel scheiden van wonen en zorg impliceert dat de cliënt zelf zijn – misschien deels gesubsidieerde – verblijf kiest, dan zijn de doorslaggevende factoren ongetwijfeld gelijk aan de factoren die gebruikelijk de doorslag geven: Hoe ver is het? hoor ik erbij? Hoe groot is het? Wat kost het? Hoe persoonlijk is het? Is het goed, schoon, etc.? Om deze vragen te beantwoorden zou vooral de markt zijn werk moeten doen, uiteenlopend van kleinschalige initiatieven tot grootschalige ketens. Om dat te bewerkstelligen zal juist het financieel scheiden van wonen en zorg en het pvb bijdragen om de door Nma en Nza vrijwel ongemoeide monopolieposities van verzekeraars en zorgkantoren te doorbreken: een verzekeraar kan verzekeren, kan zelfs korting geven aan collectieven door mantelcontracten, maar zou niet vrijwel risicoloos moeten kunnen inkoop met gemeenschapsgeld. Dat is een weeffout in het huidige systeem. Daar krijgt je schaalgrootteproblemen en een soort secundaire overheden mee. Pvb en financieel scheiden van wonen en zorg kunnen deze posities doorbreken.

Met het afscheid van dit regime doen we iets heel gewoons. Zijn we in de individuele inkoop iets anders gewend in Nederland? Hoeveel hotels behoren tot een keten? Hoeveel winkels in het centrum van een willekeurige plaats zijn zelfstandig? En hoeveel verschillende soorten kaas kan

men om de hoek halen? Dit zijn retorische vragen. Het wordt indringender als er aan toe wordt gevoegd: stel dat omwille van een publiek belang (toegankelijkheid) toetsing plaats zou moeten vinden. Druist de organisatie van zo'n toetsing dan niet regelrecht in tegen het doel dat je nastreeft: toegankelijkheid vereist immers keuzevrijheid en keuzevrijheid vereist beweeglijkheid van zowel de aanbieder als de vrager. Om over de betutteling en de bureaucratie nog te zwijgen. De twee eerder genoemde waarden die om voorrang strijden (efficiency en menselijke maat) worden bovendien noch geholpen, noch geborgd door een dergelijke toets. Het verzorgende en beschermende paradigma en het paradigma dat een optimale bedrijfsvoering nastreeft kunnen juist in een markt heel goed samen en naast elkaar bestaan: de consument (pjb-er) kiest voor zijn schaalgrootte, de aanbieder kiest voor zijn consument (pjb-er).

Op dit moment (medio 2008) is de vraag of we hier daadwerkelijk hengaan nog niet zozeer aan de orde, maar achter alle adviezen en voornemens zijn scepsis, gevestigde belangen en de bewaking van de verzorgingsstaat populair. In de transitie van de ene omgeving naar de andere, d.w.z. van een distributief naar een marktgericht systeem doen zich vanzelfsprekend spanningen en paradoxale situaties voor. Op zich is dat geen probleem, mits er van te voren goed over nagedacht is en er goede communicatie over plaatsvindt. Op het moment dat bestuurders van instellingen geacht worden zich in een marktomgeving te gaan oriënteren en voorbereiden, dan zullen ook de daarbijbehorende verantwoordelijkheden moeten worden gekregen. Het kan immers niet zo zijn dat men verantwoordelijk wordt gemaakt voor een omzet op een markt van zorginkopers enerzijds en dat tegelijk een prijsmechanisme wordt geïntroduceerd die je straft voor je inspanningen⁴⁶.

In een marktomgeving geldt bovendien dat schaalgrootte voordelen van in- en verkoop oplevert. Dat weten we vanuit de supermarkten, de verzekeraarsbranche, de bankwereld, de kruideniersketens etc. Schaalgrootte van organisatie moet dan ook worden gescheiden van juridische schaalgrootte. Als bovendien het aantal inkopers beperkt zou blijven en voorgesorteerd is per regio (zorgverzekeraars, zorgkantoren en gemeenten) zullen zorgaanbieders zich vanzelfsprekend in een reflex van schaalgrootte storten. Een van de bedoelingen van het creëren van schaalgrootte kan zelfs deconcentratie zijn: door bestuurlijke schaalgrootte kan juist schaalverkleining worden georganiseerd.

3 **Schaalgrootte en fusietoets: wet- en regelgeving**

Fusies zijn moedwillig door de invoering van de nieuwe wet- en regelgeving voorzien⁴⁷. Om deze reflex niet onbeheerst in een kettingreactie eindeloos door te laten lopen zijn beheersingsinstrumenten geïntroduceerd. Deze blijken niet voldoende in te gaan op de hierboven beschreven ongerustheid omtrent het verlies aan 'warmte' door fusiebewegingen. Als wetgeving zijn de mededingingswet en de WMG (wet marktordening gezondheidszorg) van kracht. De aanvullende wetgeving via de WMG is een kunstgreep waarvan nog steeds de vraag gesteld wordt of deze Europeesrechtelijk stand zal houden⁴⁸. De mededingingswet is immers een op het Europees Verdrag gestoelde wet die daardoor van een hogere orde is dan de nationale wetgeving⁴⁹. De impliciete vraag is of bij keuze voor marktwerking aanvullende wet- en regelgeving überhaupt geoorloofd is en zo ja waar en hoe dan de grens wordt getrokken⁵⁰.

Een korte toelichting. In de eerste plaats is er de mededingingswet. Sinds 1998 is deze wet (1994) onverkort van toepassing op de gezondheidszorg. De consequenties van deze toepasselijkheid zijn tevoren niet goed doordacht. Als handhaver van deze wet is de Nma ingesteld. Tot voor kort was er een meldingsplicht bij fusie van 113 miljoen euro gezamenlijke omzet ongeacht de sector. Sinds 1 januari 2008 is door een wetswijziging en een Amvb voor de zorg een nieuwe meldingsdrempel van kracht van 55 miljoen gezamenlijke omzet. De Nma hanteert een visiedocument waarin criteria staan vermeld. In tegenstelling tot wat het blote oog biedt houdt de Nma in de pre-adviesfase al een behoorlijk aantal – ongeregistreerde – fusievoornemens tegen. Daarnaast gaat van de werking van één negatief (beargumenteerd) advies, bijvoorbeeld het verbod tot fusie van twee regionale GGZ-en, uiteraard een preventieve werking uit. Het aantal bekendgemaakte meldingen en oordelen is dus geen maat voor de effectiviteit van de Nma.

In de tweede plaats is er de Wet Marktordening Gezondheidszorg. Deze wet is als onderdeel van de stelselwijziging geïntroduceerd en wordt gehandhaafd door de Nederlandse Zorg Autoriteit. Deze is bij wet expliciet belast met markttoezicht, marktontwikkeling en tarief- en prestatieregulering op het terrein van de gezondheidszorg (art.16, lid 1). De zorgautoriteit heeft rechtspersoonlijkheid en kan zelfstandig beleidsregels uitvaardigen. Eén van de taken van de Nza is onderzoek naar de concurrentieverhoudingen en het marktgedrag op het gebied van de zorg (art. 32, lid 1). Indien de zorgautoriteit van oordeel is dat een of meer zorgaanbieders of een of meer ziektekostenverzekeraars alleen dan wel gezamenlijk beschikt onderscheidenlijk beschikken over aanmerkelijke marktmacht volgens de beginselen van het algemene mededingingsrecht afgebakende markt, kan de zorgautoriteit die zorgaanbieder of zorgaan-

bieders danwel die ziektekostenverzekeraar of ziektekostenverzekeraars verplichtingen opleggen. In het visiedocument van de Nza zijn deze beginselen uiteengezet⁵¹.

In concreto komen de bevoegdheden van de Nza er op neer dat bij iedere verdenking van aanmerkelijke marktmacht – er zijn criteria in termen van percentage voor inkoop- en voor verkoopmacht gesteld – een burger, consument, verzekerde, cliënt of concurrent de Nza om nader onderzoek kan vragen⁵². Daarnaast heeft de Nza de taak tariefregulering, prestatieregulering en informatieregulering te handhaven. De Nza kan aanwijzingen doen aan zowel verzekeraars als aanbieders.

4 De wenselijkheid van een fusietoets

Met inachtneming van het bovenstaande kan een advies over schaal-grootte en fusietoets zich beperken tot de vraag of buiten de reeds bij wet gereguleerde mogelijkheid tot ingrijpen een toets zou moeten bestaan die de kwalitatieve eigenschappen die door gebruikers en burgers aan de desbetreffende instellingen toedicht betreft in een onafhankelijk oordeel. Deze fusietoets zou zelfs los kunnen komen te staan van Nma en Nza. Dat dit te regelen is moge voor zich spreken, maar of het wenselijk is kan men zich afvragen: op de markt waar we heen gaan wordt dit toch naar behoefte min of meer automatisch geregeld? Waarom zouden daar normen of commissies en een bijbehorende bureaucratie voor moeten bestaan? Welk belang zou precies (!) moeten worden bewaakt? Er is toch ook geen fusietoets voor ander ondernemingen in de dienstverlening, anders dan de toets die de keuzevrijheid resp. marktmacht beziet.

Bovendien geldt dat ondernemers, ook zorgondernemers, geleid worden naar een context waarin men hun vrijheid en verantwoordelijkheid niet straffeloos kan beknotten op de manier waarop zij hun werk moeten doen. Hoe kunnen aanbieders aan het lijntje worden gehouden aan de ene kant en de ondernemersrisico's die zijn gekoppeld aan consumentengedrag niet door hen worden gepareerd met strategische keuzes?

De tegenovergestelde vraag is dan of er voldoende variatie van aanbod wordt gecreëerd als zorgaanbieders in belangrijke mate het kleinschalige aanbod zouden moeten verlaten omdat het onrendabel is. De vervolgvraag is of het acceptabel is dat kleinschalig zorgaanbod overwegend wordt benut door degene die in staat zijn hun pvb voor een belangrijk deel uit eigen middelen te financieren. Het antwoord is uiteraard bevestigend: de hoogte van de uitkering is al op (bijvoorbeeld) inkomen geënt, mag dan uit aanvullende eigen middelen een arrangement worden ingekocht? Een negatief antwoord zou ons terugvoeren in plaats van verder brengen.

Kortom: bij een omslag van aanbosturing naar vraagsturing is een fusietoets op aanbod een vraag die als systeemvraag niet aan de orde is. Uiteraard kan in het kader van governance, kwaliteitsbeleid en cliëntenraadpleging altijd nader naar de strategische en zorginhoudelijke afwegingen worden gevraagd. Dit zijn echter primair aangelegenheden waarin de zorgaanbieder zijn eigen correctiemechanismen heeft. Vooralsnog zal overigens de huidige collectieve zorginkoper ook een rol hebben (zorgverzekeraars, zorgkantoren).

5 Consumentisme versus voorzieningen

Welke waarde heeft in het geval van een geconstateerde zorgbehoefte voorrang: de op autonomie en keuzevrijheid gebaseerde waarde of de op gelijkheid, toegankelijkheid, betaalbaarheid en minimaal kwaliteitsniveau waarde?

Voorbeeld

Wat is beter bij gelijk budget? Een open systeem dat keuzevrijheid biedt en waar iedereen dezelfde basisuitkering voor krijgt [dit is bepleit in paragraaf 1] of een systeem waarbij de aanbieder zich over iedereen op dezelfde manier op basis van louter professionele zorgcriteria ontfermt en op grond daarvan zijn budget spendeert?

Iedereen uit de praktijk zal zeggen: was het maar zo makkelijk. Het antwoord in dit paper is dat de handhaving van schaarste (door toelating en tarief) altijd naar de tweede variant zal neigen en dat het bevorderen van overaanbod altijd naar het eerste zal leunen. Maar geheel onlosmakelijk zijn de varianten niet en geheel oplosbaar zijn de problemen van elke variant ook niet.

Wat weer niet wil zeggen dat er geen beweging moet worden gevolgd. De relativiteit ervan moet echter onderkend worden: de werkvloer laat zich niet zonder meer sturen door een bekostigingssysteem; daar is veel meer voor nodig.

Blijft de vraag hoe verandering kan worden bewerkstelligd. De enige evidente maatregel die tot daadwerkelijke gedragsverandering zal leiden is de [geleidelijke] opheffing van een toelatingsregime [Wtzi] onder acceptatie van [mogelijk] hogere kosten: capaciteit wordt niet meer 100% benut, faillissementen worden mogelijk en door introductie van risico's zullen de kosten van banken stijgen. Om e.e.a. gecontroleerd te laten verlopen wordt hier dan ook niet gepleit voor een opheffing van de Wtzi, maar een geleidelijke oprekking van de criteria die er in worden gehanteerd. De zojuist genoemde extra kosten kunnen dan worden gemonitord op macroniveau. Overigens zouden deze meerkosten toch wel eens mee kunnen vallen gelet op de bestaande spreiding. Het is echter goed mogelijk dat zich opens een verpleeghuis vestigt met een veel hoger personeelsrendement. Maar dat kan nooit een reden zijn om het bestaande te beschermen? Dat zou de omgekeerde wereld zijn. Dit leidt tot de volgende, laatste paragraaf.

6 Schaalgrootte en cure

Het bovenstaande is voornamelijk gericht op de AWBZ: een persoonsvolgend budget in de cure is evident ongepast en het scheiden van de kosten van verblijf in het ziekenhuis van de overige kosten is bij een intensieve zorg en gemiddelde verpleegduur van een dag of 7 volstrekt buiten proportie. Het kan natuurlijk wel, maar dan zal iedereen het ogenblikkelijk er over eens zijn dat het ook tot het basispakket behoort en ben je weer terug bij af.

Over schaalgrootte in de cure zijn wel een aantal afzonderlijke opmerkingen te maken⁵³. Nog meer dan in de care wordt schaalgrootte gezocht om de regionale autonomie ten opzichte van de zorginkoper te kunnen behouden. Uiteraard speelt het argument van efficiency een rol in de verdediging, maar dit blijkt in de praktijk weinig om het lijf te hebben.

De suggestie om dergelijke schaalgroottebewegingen te benutten om zodoende op regionale schaal onderscheid te maken tussen instituten met uitsluitend electieve ingrepen en instituten met uitsluitend niet-electieve ingrepen is nog nergens aan de orde. Nog steeds prevaleert de – wellicht terecht – voorkeur voor artsen om zich voortdurend op het zo breed mogelijke handelingspakket in te zetten. Uit het oogpunt van bedrijfsvoering zal dat in een echt competitieve omgeving niet vol te houden zijn: tenzij de regionale aankoop van zorg een uitgemaakte zaak is en het toelatingsbeleid hetzelfde blijft.

Reflexen om het oude te behouden nemen in de cure absurdistische vormen aan. Zo zijn er regio's waarin de ziekenhuizen zich in uitzonderlijke grote gebouwen onder een nieuwe naam concentreren, al het oude doen wat ze al deden, er twee of drie activiteiten tegenaan plakken en beweren dat sprake is van een innovatieve en moderne setting. Nog een gemeentelijke sporthal en een paar winkels ernaast en de projectontwikkelaars staan in de rij. Dergelijke reflexen, hoe goed bedoeld ook, hebben uiteraard weinig te maken met innovatie, cliëntgerichtheid en keuzevrijheid en zijn feitelijk de aanbodgerichtheid ten top. Zeker als de plaatselijke verzekeraar ondershands afname garandeert.

Het is op dit niveau dat de mededingingswet en de wet marktordening gezondheidszorg zijn werk zouden moeten doen. Zowel de Nma als de Nza kan bij aanmerkelijke marktmacht ingrijpen (invallen doen) en bij een vermoeden van prijs- en contractduurafspraken met de verzekeraar tot controle overgaan⁵⁴. Het feit dat dit niet gebeurt en/of geen ruchtbaarheid aan wordt gegeven duidt er op dat er blijkbaar geen klagende partij is. Ook dat geeft te denken...

Noten

- ¹ SER, Langdurige zorg verzekerd, Advies over de toekomst van de AWBZ, 18 april 2008 (www.ser.nl)
- ² In retrospectief heeft de overheid na WO II een consistente beweging doorlopen van verantwoordelijkheidsneming, integratie, afstemming en sturing. Met de constatering dat grenzen bereikt zijn – hetgeen naast economische argumenten uiteraard ook normatieve beoordeling vergt – is niet alleen het stelsel als samenspel van wetten en partijen, maar staan ook de fundamentele verantwoordelijkheden ter discussie die elders in de maatschappij van gedaante zijn veranderd in deze periode: keuzevrijheid, medezeggenschap, informatie-recht, inkomsten- en uitgavenverantwoordelijkheid, etc. zullen in een aangepast stelsel in lijn moeten zijn met de gebruikelijke mores. De enquêtevragen zijn gericht op de individu en zijn wens en voorkeur.
- ³ Overigens is in ieder stelsel dat zowel de volledige overheidscontrole over betaalbaarheid, toegankelijkheid en kwaliteit nastreeft en tegelijk pretendeert marktwerking op prijs en kwaliteit te beogen impliciet inconsistent: economische activiteit vergt een andere Umwelt dan een uitvoeringsorgaan, waarbij pakketpolitie, tarievenpolitie, budgetpolitie, investeringspolitie, bouwpolitie en de minister zelf permanent benadrukken dat sprake is van een publiek domein met alle daaraan gekoppelde bevoegdheden. Er is één uitzondering: aanbesteding Mouton, R.F., Overheid moet gaan aanbesteden, HMF-magazine, 3 juni 2003, pp. 38-41.
- ⁴ Vermoedelijk zal dit in de uitvoering tot problemen leiden: er wordt dan te veel gevraagd van de zorgaanbieder als ondernemer, hoeder van het publieke belang en verantwoordingsgenerator: de bureaucratische positie zou dan zo versterkt worden dat het doel van vraagsturing bij voorbaat voorbij wordt gestreefd.
- ⁵ 200 miljoen over aan WMO-gelden (2007) na overheveling is voor de één een argument om de overheveling toe te juichen en voor de ander een bewijs dat een sector om zeep wordt geholpen ten gunste van verkeersdrempels en sportkantines. Zowel de ondernemer, de dienstverlening, het speelveld aan concurrentie, de spelregels (aanbesteding), de afrekening, de continuïteit van bedrijf, de machtsposities, de zorgaanspraak als de aansprakelijkheid zijn van gedaante veranderd. Een overheveling is daarom nooit een overheveling sec maar altijd middel en doel van strategisch gedrag. Dat geldt voor alle partijen, niet in de laatste plaats de cliënt. Overhevelen van de ene verzekering (ZVW/AWBZ of voorzieningenwet (WMO)) naar de andere op grond van het “behoren” argument is net zo valide als je adoptiekind de deur uit met het argument dat hij bij zijn biologische moeder hoort. Terwijl je gewoon van hem af wilt. (gedeeltelijke) Overheveling van verpleeghuiszorg naar de ZVW zal bijvoorbeeld

als neveneffect sorteren dat algemene ziekenhuizen als spin in dit netwerk tot samenwerkingsafspraken komen die uitmonden in fusies en conglomeraten waarvan de schaalgrootte nog niet te overzien is. Met de grootte van verzekeraars in het achterhoofd kan dat nog lang doorgaan. Kortom: de logica van daadwerkelijke overheveling overstijgt de logica van beoogde overheveling vele malen.

- ⁶ Mouton, R.F. en J. de Beer. Gevraagd aanbod: commentaar op en consequenties van Vraag aan bod, Open Ankh, Soesterberg, zie ook: De Waal. S, nieuw strategieën voor het publieke domein, Samson, 2000: zes strategieën p. 117.
- ⁷ ZZP's weg ermee, Mouton 2008, lezing Elsevier: ZZP's als gedefiniëerde dienstenpakketten hebben inmiddels via kaasschaven plaatsgemaakt voor kortingobjecten, non-transparante voorlichtingspapieren en zijn feitelijk nieuwe budgetparameters voor aanbieders geworden.
- ⁸ Interessant is in deze de Theory of Constraints die niet zozeer de efficiency (verhouding input/output beschouwt) maar telkens de zwakste schakel in het proces aanpakt om doorloop te vergroten: er wordt daardoor meer productie gedraaid door op die zwakste schakel de precies benodigde hoeveelheid middelen in te zetten (kan meer zijn). Uiteindelijk lijkt dit tot verhoging van de productiesnelheid, de onderlinge afstemming van capaciteiten (gatenkaas), tot tevreden personeel, etc. Er kan bovendien lang mee worden doorgedaan. Zie: Goldratt, E.M., the Goal, 1984.
- ⁹ Een nadere analyse kan worden gedaan op basis van o.a. het werk van Kuhn: Kuhn Th, The structure of scientific revolutions, Chicago Un. Press, 1962,
- ¹⁰ RVZ, Mensen met een beperking in Nederland: de AWBZ in perspectief, 2006; RVZ, beter zonder AWBZ?, 2008; CVZ, Rapport voorliggende voorzettingen (afbakening van de AWBZ van andere beleids-terreinen). Nza, Care voor de toekomst, 2007; IBO-werkgroep, Toekomst AWBZ, Interdepartementaal Beleidsonderzoek, 2004-2005, nr. 4
- ¹¹ Andere aangrijpingspunten zijn ook denkbaar, zoals via pakketverschuivingen of maatregelen die de tarieven drukken (maatstafconcurrentie, kaasschaafmaatregelen voor tarieven e.d), maar zijn lastig te onderbouwen en politiek lastig te verkopen: de politicus die een pakketmaatregel afkondigt en met de kaasschaaf zwaait houdt dit niet lang vol en maakt zich ook niet bepaald populair.
- ¹² arbeid, zorgplaatsen en een groter appèl op de individuele verantwoordelijkheid, inkomen en vermogen.
- ¹³ Maatschappelijk ondernemen in zorg: mythe en werkelijkheid, oratie prof.dr. M.G. Boekholdt. Vrije Universiteit, 29 maart 2007
- ¹⁴ In dit essay wordt niet ingegaan op de mogelijke overhevelingen naar de WMO, dat vergt een separate, maar wel samenhangende beschouwing en analyse

- ¹⁵ Een eerdere titel is geopperd als “deltaplan voor de zorg” [Mouton, 2006] en als naam van een aangepaste AWBZ zou een afkorting kunnen volstaan, bijvoorbeeld WLGZ (wet langdurige gehandicaptenzorg). Een andere naam rechtvaardigt vaak met minimale uitleg wat een afroming of omvorming niet lukt.
- ¹⁶ Zoals de invoering van de Zorgverzekeringswet met strakke regie binnen één kabinetsperiode plaatsvond.
- ¹⁷ Wellicht door sommigen als bizar onderwerp aangesneden, maar de kosten voor (en het bereik van) dergelijke activiteiten alleen al zijn reden om schaalgrootte te zoeken. Nergens is tegelijkertijd gesteld dat een weg naar volwassen marktwerking tussen zorgvragers en zorgaanbieders goedkoper zou zijn dan aanbodsuring; het is maar net welke kosten waar aan worden toegerekend: als uitsluitend het pvb zelf wordt gerekend als sociale kosten dan is per definitie de opdracht dat de kosten gelijk blijven.
- ¹⁸ dit is gestoeld op een aantal macro-economische beginselen, waarbij koopkracht, internationale concurrentiepositie en internationale juridische overeenkomsten een hoofdrol spelen. Als hieraan getornd wordt valt ook de basis voor een fatsoenlijke samenleving weg. De “overheveling” naar een particulier verzekeringssegment is een heel andere kwestie: dit levert juist een bijdrage aan het bnp. Zie o.a. ICL/Zorg voor later (Boekholdt).
- ¹⁹ De huidige eigen betalingen zijn wel geanalyseerd (pp. 22 ev.)
- ²⁰ correlaties tussen parameters zijn vaak hoog, slechts een handvol dient afdoende te zijn. Voorwaarde is wel dat de parameters van indicatie en van bekostiging elkaar niet ongebreideld beïnvloeden.
- ²¹ Gevoelig is deze opstelling wel. Er is immers (1) sprake van een “dubbele aanslag” op degene met een gevulde portemonnee en (2) de voorvechters van gelijkheid zullen deze propositie kunnen afdoen als het introduceren van armenzorg. Een eenvoudig antwoord op deze argumenten is dat het alternatief bestaat uit pakketverkleining of voortdurende belasting van het bnp zonder introductie van een vorm van gewogen eigen verantwoordelijkheid en met behoud van een bureaucratisch beheersingssysteem. De vraag is of dit politiek voor te bereiden is.
- ²² Het deel dat door de burger zelf wordt betaald aan zorg hoeft ook niet als premie geïnd te worden: er zijn argumenten die de eigen bijdragen als vrijwillige koop op een markt kunnen doen beschouwen. Daarmee wordt zorg niet alleen tot economische kosten gerekend (premies), maar ook tot economische opbrengsten. Dit vergt uiteraard bestudering van deskundigen (macro-economen / fiscalisten).
- ²³ Frijters, D.H.M. & Achterberg, W.P., betrouwbaarheid van de zorgzwaartepakket (ZZP) Scorelijst, Tijdschrift voor Gerontologie & Geriatrie, 2007: 38; zie ook: Zorgvisie: www.zorgvisie.nl, “nieuwe zzp’s verpleeghuizen zijn betrouwbaar”. Dit kopt het webnieuwsbericht van 13 febr. 2008; nadere bestudering staaft deze berichtgeving niet, integendeel: gesteld wordt dat omdat de beslisregels worden

gevolgd deze valide zijn. Maar het wel of niet volgen van een beslissing heeft niets met validiteit te maken. Daarenboven wordt een score van het volgen van het advies van 88% van de gevallen als conclusie genoemd. Maar a) zegt dit niks en b) 12% dus niet. Op 12500 cliënten is dat een aantal waar in het normale dienstenverkeer zo'n 1500 wanprestaties uit voortvloeien. Hoezo betrouwbaar? Methodologisch hapert de instrumentering en de verantwoording aan alle kanten. Een zzp is daarmee een welhaast neoplatoonse uitvinding die eerder in een religie of een roman dan in de wetenschap en de economie thuishoort.

- 24 Of deze zoektocht in beginsel rationeel is, is niet vast te stellen. Markt- en concurrentieanalyses zijn niet de taal waarin (al) wordt gedacht en gesproken, dat gebeurt meestal pas na de eerste verkenningen.
- 25 noot, zie woordgebruik in de handelingen voorafgaand aan de formulering van de notie: behoud van "nabijheid", "menselijke maat" e.d. typeren de zorgen van de betreffende kamerleden.
- 26 Hoewel de vergelijking niet helemaal opgaat, kan verwezen worden naar de startfase van de commerciële omroepen. Het onderscheid dat in de zorg nu nog wordt gemaakt tussen AWBZ-zorg met zijn intramurale oorsprong en zijn beperkende wetgeving en de zorg die nu al via pgb, volledig pakket thuis in combinatie met woonarrangementen kan worden getroffen, zal uiteindelijk verdwijnen. De stelling in dit essay is om dit beter op tijd en met sturing te doen dan dat schaarste en individuele draagkracht tot een onoverzichtelijke soep van complex koop- en verkoopgedrag leidt.
- 27 RVZ, Met zorg wonen, deel 1 en 2, 1997
- 28 Algemeen Fonds Bijzondere Ziektekosten.
- 29 RVZ, Management van vastgoed in de zorgsector, 2006.
- 30 Mouton, R.F., Schaarste in de AWBZ: van capaciteitsprobleem naar marktuitedaging, ESB Dossier 10 februari 2005, jaargang 90, nr. 4452, pp. D14 – D15.
- 31 De toekomst van het waarborgfonds zorg is met afschaffing van het bouwregime niet zeker meer. Of andere corporatiefondsen van toepassing kunnen zijn vergt studie.
- 32 Referte nieuwsbericht 23 mei 2008 VWS: kabinet maakt wet voor sterkere positie cliënt.
- 33 Voorbeeld NedRAI (zie www.nedrai.nl).
- 34 SER-rapport, P. 24.
- 35 Kanker, hart- en vaatziekten, suikerziekte, dementie, zintuigstoornissen, cara en aandoeningen van het bewegingsapparaat (RIVM, VTV, zorg voor gezondheid, 2006): "Omdat de meeste ziekten vooral bij ouderen voorkomen, zal de ziektelast toenemen en daarmee ook het zorggebruik. In de komende 20 jaar zal hierdoor, maar ook door de huidige leefstijl en het overgewicht, de ziektelast van chronische ziekten van de oude dag met soms 40% of meer toenemen. Dit vraagt om meer zorg, maar ook om andere zorg, onder andere een verdere

verschuiving van genezing naar verzorging. Louter op grond van demografische projectie mag verwacht worden dat de zorguitgaven zullen stijgen van ruim 57 miljard in 2003 tot bijna 70 miljard in 2025. Een kleine 5 miljard daarvan is toe te schrijven aan bevolkingsgroei en 10 miljard aan de veranderende samenstelling van de bevolking (vooral vergrijzing) p. 17.

- ³⁶ GGZ wordt niet genoemd, deze kent echter parallele, vergelijkbare ketens en platforms.
- ³⁷ Mouton, R.F., Schaarste in de AWBZ: van capaciteitsprobleem naar marktuitedaging., ESB Dossier 10 februari 2005, jaargang 90, nr. 4452, pp. D14 – D15
- ³⁸ Vergelijk de hausse rond de ‘ Brent Spar’
- ³⁹ Dit is althans wat men doorgaans veronderstelt. Niets is minder waar: het onderlinge verwijsgedrag tussen centrum- en topziekenhuizen wordt naast de complexiteit van behandeling bepaald door de belastbaarheid van staf en budget. De gemiddelde verpleegduur is de laatste 15 jaar gehalveerd, niet omdat dit uit het oogpunt van medische zorgvuldigheid aan te raden was, maar omdat de budgetparameters en het Amerikaanse voorbeeld daartoe aanleiding gaven. Onbedoeld gevolg moet zijn dat de arbeidsbelasting bij zowel ziekenhuis, verpleeghuis als thuiszorg navenant is toegenomen, om over mantelzorg nog maar te zwijgen.
- ⁴⁰ Andere doelgroepen worden niet uitgesloten; de vraag ligt primair bij deze 69% van de AWBZ-gebruikers die – in aanloop- op eigen verantwoordelijkheid kunnen worden aangesproken.: we weten immers allen dat we oud worden en zorgbehoefte zullen kunnen hebben? Een sociale verzekering (horizontale inning en uitkering) voor alle vormen van ouderenzorg is dan geen vehikel van doorslaggevend gewicht, hooguit als vangnet. Gedacht kan bijvoorbeeld worden aan een (vrijwillige) aanvulling / inwisselbaarheid op de pensioenverzekering : zorg voor de oude dag in den breedte.
- ⁴¹ zelfs adviesraden kunnen hiervan soms worden verdacht.
- ⁴² Een verwijzing naar de Europese Gemeenschap waar Nederland van uitmaakt is in deze relevant. Weliswaar is Nederland vooraanvoegende gebonden in de vorm van een sociaal stelsel toegankelijkheid, betaalbaarheid en kwaliteit voor de eigen bevolking te garanderen, maar dit sluit geenszins uit dat door aanvullende maatregelen (binnen en buiten het sociale zekerheidssysteem) dezelfde doelstellingen kunnen worden gehaald. Zeker als in andere landen dit de gewoonste zaak van de wereld / Europa is. Daarbij speelt de internationale concurrentie in de gezondheidszorg Nederland bovendien parten: waarom geen wachttijden en een lagere kostprijs bij het buurland en vasthouden aan het dure, rigide en aanbodgerichte systeem van het eigen land? Met een recht (verzekering) op grensoverschrijdende consumptie impliceert dat eenvoudigweg dat Nederlands premiegeld drukt op het Nederlands bnp en bijdraagt aan de economie van het buurland. Dat is niet slim, zeker niet als dat flinke porties gaat aannemen.

- ⁴³ Motie: De Kamer, gehoord de beraadslaging, overwegende dat door fusies van zorginstellingen steeds meer grootschalige instellingen ontstaan; overwegende dat de huidige wet- en regelgeving onvoldoende instrumenten biedt om fusies tussen zorginstellingen en concentraties van zorgvoorzieningen te toetsen op criteria als maatschappelijke functie en leefbaarheid; verzoekt de regering, bij het onderzoek naar een adequate toetsing van fusies van zorginstellingen en/of concentraties van zorgvoorzieningen het criterium "maatschappelijke functie en leefbaarheid" bij dit onderzoek te betrekken, en gaat over tot de orde van de dag. De voorzitter: Deze motie is voorgesteld door de leden Kant, Jan de Vries, Schippers, Wiegman-van Meppelen Scheppink, Van der Vlies, Kos, er Kaya, Vendrik, Van der Veen en Agema. Zij krijgt nr. 39 (31200-XVI).
Motie: De Kamer, gehoord de beraadslaging, constaterende dat door fusies in zowel de ziekenhuiszorg als de langdurige zorg steeds meer grootschalige instellingen ontstaan; overwegende dat deze schaalvergroting in veel gevallen een bedreiging vormt van de bereikbaarheid, kwaliteit, diversiteit en keuzevrijheid en tot meer bureaucratie leidt; overwegende dat de regering de mogelijkheid van een aparte fusietoets in de zorg zal onderzoeken; verzoekt de regering, lopende het onderzoek bij zorginstellingen het belang van bereikbaarheid, kwaliteit, diversiteit en keuzevrijheid onder de aandacht te brengen en deze instellingen te wijzen op alternatieve samenwerkingsvormen, en gaat over tot de orde van de dag. De voorzitter: Deze motie is voorgesteld door de leden Jan de Vries, Kant, Wiegman-van Meppelen Scheppink, Van der Veen, Van der Vlies, Schippers, Kos, er Kaya, Agema en Vendrik. Zij krijgt nr. 45 (31200-XVI) 15 november 2007, TK 24 24-1792.
- ⁴⁴ Toulmin, S., De verwerving van normen en waarden in hedendaagse samenlevingen, in: van Spengler, L. van e.a., Hoe waarden veranderen; een leerproces, Prometheus, 1994.
- ⁴⁵ Het is een weeffout, maar geen onbewuste weeffout. Met de keuze een sociale verzekeringswet met al zijn borgingen en verplichtingen uit te laten voeren door een private partij met winstdoelstelling kan het niet anders dan dat bij de uitvoerder private en publieke belangen strijden en dat strijdigheid met (Europese) regelgeving ontstaat op het raakvlak van privaat- en publiek domein (recht).
- ⁴⁶ Het voorstel van maatstafconcurrentie voor de ziekenhuiszorg is voornamelijk op de lange baan geschoven. Of dit ook geldt voor de toepasselijkheid op ZZP's (AWBZ) mag verondersteld worden.
- ⁴⁷ Mouton, R.F. en J. de Beer. Gevraagd aanbod: commentaar op en consequenties van Vraag aan bod, Open Ankh, Soesterberg, 2001. zie ook: Mouton, R.F. en van Kooij, R., Modernisering van de gezondheidszorg, achtergronden, analyse en handreikingen, SWP, Amsterdam, 2006.
- ⁴⁸ Bij een mogelijke overlap van bevoegdheden van autoriteiten heeft de minister een aanwijzingsbevoegdheid.

- ⁴⁹ overigens geldt een dergelijk voorbehoud eveneens de nieuwe grens voor melding van fusie bij zorginstellingen i.c. 55 miljoen euro].
- ⁵⁰ bijvoorbeeld als er sprake is van een onderneming die zijn eigen markt-, product en toelatingsbeleid mag/moet bepalen? de criteria van het Hof liggen al in een veel vroeger stadium, o.a. als sprake is van economische activiteit, zie RVZ, Europa en de gezondheidszorg, 1999.
- ⁵¹ NZa: visiedocument, (In) het belang van de consument, het consumentenprogramma van de Nza, 2007.
- ⁵² de grootte van de markt is in de wet niet vastgesteld en kan per casus worden bepaald.
- ⁵³ zie ook RVZ, marktconcentraties in de ziekenhuissector, 2003.
- ⁵⁴ Ook de Consumentenautoriteit kan worden ingeschakeld en uiteraard de civiele rechter.

Rapportage Schaal en zorg

drs. P.J.M. van Zijl

prof. dr. R. Huijsman, MBA

drs. Th.P.M. Schraven



Inhoudsopgave

Samenvatting	237
1 Vraagstelling	239
2 Aanpak	240
3 Rapportage	241
4 Borging publieke belangen	242
5 Effecten van de schaalvergroting	245
6 Betrokkenheid van stakeholders	250
7 Aanvullende fusietoets?	252
Noten	253
Bijlage 1 Deelnemers aan de bijeenkomst ‘Schaal en zorg’	254
Bijlage 2 Deelnemers aan de telefonische verkenning	255
Bijlage 3 Vragenlijst	256
Bijlage 4 Voorbeelden	261
Geraadpleegde literatuur	263

Samenvatting

Welke argumenten hanteren bestuurders van zorgorganisaties wanneer het gaat om besluiten rond schaalvergroting door samenwerking of fusie? Dat is de vraag die is gesteld door de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg.

Bestuurders van negentien zorgorganisaties zijn telefonisch ondervraagd. Een deel van hen was aanwezig op een bijeenkomst over dit onderwerp op 7 april jl. met vertegenwoordigers van de Raad. Twee voorbeelden van schaalvergroting door fusie of samenwerking zijn verder uitgelicht en aan onderhavige rapportage toegevoegd.

Bij besluitvorming over schaalvergroting wegen bestuurders publieke belangen als kwaliteit, beschikbaarheid en bereikbaarheid, dan wel keuzemogelijkheid uitdrukkelijk mee. Volgens bestuurders worden deze belangen wel degelijk gediend door fusie en samenwerking. Deze publieke belangen staan ook vaak verwoord in de statutaire doelomschrijvingen van veel organisaties.

Hoewel publieke belangen voor bestuurders een rol spelen, gaan ze niet uit boven de eigen organisatorische belangen. De publieke belangen worden primair door de overheid geborgd. Die stellen eisen aangaande “het wat”. Daarbij zijn ook zorginkopers in sterke mate bepalend. Van zorgaanbieders mag als maatschappelijk ondernemers gevraagd worden daar een aanbod op te doen. Zij zijn verantwoordelijk voor de wijze waarop dit wordt aangeboden en vanuit welke organisatorische constellatie (“het hoe”).

Het begrip grootschaligheid is niet eenduidig. Het kent meerdere dimensies. Grootschaligheid wordt vaak gezien als voorwaarde om kleinschalige en gedeconcentreerde zorg te kunnen bieden. Zeker in situaties waarin dit niet of nauwelijks kostendekkend kan. Grootschaligheid is ook vaak nodig voor specifieke kapitaal- of tijdintensieve functies. Grootschalige organisaties dragen onevenredig bij aan de infrastructuur van de sector door het realiseren van dergelijke functies maar ook door onderzoek en opleidingen. Ook daarmee dienen grootschalige organisaties het publieke belang.

Bij bestuurlijke besluitvorming over fusie en schaalgrootte is slechts een beperkt aantal stakeholders betrokken. Bestuurders informeren en “verstaan zich” wel met een groot aantal stakeholders. Deze hebben echter geen bindende invloed en zijn ook vaak niet geïnteresseerd. De eigen Raad van Toezicht en de NMa oefenen als stakeholders wel daadwerkelijk invloed uit. De NMa richt zich op het publieke belang van mededinging en keuzevrijheid. De eigen Raad van Toezicht staat primair voor

het organisatiebelang. Lokale stakeholders als politieke partijen en ook vakbonden lijken wel steeds actiever op te treden bij voorgenomen fusies om de specifieke eigen belangen goed voor het voetlicht te brengen en te verdedigen.

Toetsing van het beleid van zorgaanbieders met betrekking tot schaalomvang vindt plaats door de marktpartijen die als inkoper fungeren. Denk aan de zorgverzekeraar, het zorgkantoor in de AWBZ en de gemeente in de WMO. Zij realiseren dit door gebruik te maken van hun inkoopmacht, door te belonen of te korten in de volume- en/of prijscomponenten van het contract of door nadere condities over de leveringsvoorwaarden te bedingen. Daar waar dit marktmechanisme niet goed werkt, kunnen inspectie, NMa en NZa ingrijpen. Dit past bij het huidige sturingsparadigma binnen de zorg. Een aanvullende fusietoets wordt als onwenselijk gezien.

1 Vraagstelling

De Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ) wil ter voorbereiding van zijn advies Schaal en zorg meer helderheid krijgen over de motieven en argumenten die worden gehanteerd in de besluitvorming over schaal-grootte en samenwerking. In hoeverre spelen daarbij publieke belangen zoals bereikbaarheid, kwaliteit, keuzemogelijkheden en/of leefbaarheid een rol (“economies of scope”)? Of gaat het veel meer om kosten (econo-mies of scale) dan wel marktmacht (“economies of power”).

Daarmee moet meer duidelijkheid komen over de vraag of en in hoeverre zorginstellingen bij beslissingen over schaalgrootte en samenwerking de maatschappelijke functie ook in gedachte hebben. Hoe verhoudt deze oriëntatie zich bij de besluitvorming tot andere belangen als kosten of marktmacht? Hoe verhouden de maatschappelijke en zakelijke belan-gen zich tot elkaar? Is er sprake van een zekere hiërarchie van belangen? Welke stakeholders worden bij de besluitvorming betrokken die mogelijk invloed uitoefenen op die hiërarchie van belangen?

2 Aanpak

Ten behoeve van bovengenoemde doelstellingen heeft Zorg Consult Nederland de volgende activiteiten ondernomen:

1. Op 7 april jl. heeft een bijeenkomst plaatsgevonden met bestuurders van zorgorganisaties die zijn betrokken bij vormen van integratie en samenwerking. Aan deze bijeenkomst wordt deelgenomen door een vertegenwoordiging van de verschillende zorgorganisaties naar sector, regio en naar type samenwerking en integratie. Bij de bijeenkomst zijn vertegenwoordigers van de raad en bureau van de RVZ aanwezig. Als bijlage 1 is de lijst deelnemers toegevoegd.
2. Voorafgaand aan de bijeenkomst is een telefonische verkenning uitgevoerd naar de besluitvorming bij schaalbeslissingen en naar effecten ervan voor onder meer de publieke belangen. Bij de keuze van de steekproef is gestreefd naar een goede verdeling over de verschillende sectoren alsmede naar voldoende spreiding over de verschillende landsdelen. De steekproef is verder niet representatief. Gegevens uit deze verkenning zijn ingebracht op de hiervoor genoemde bijeenkomst. Als bijlage 2 en 3 zijn respectievelijk toegevoegd de lijst van organisaties die aan de verkenning hebben deelgenomen en de vragenlijst. De deelnemers aan de bijeenkomst behoorden tot de respondenten.
3. Tenslotte is een korte kwalitatieve verkenning uitgevoerd naar het hiervoor genoemde onderwerp bij enkele zorgorganisaties, zowel in de cure als in de care. Daarmee zijn de resultaten uit de hiervoor genoemde verkenning verder ingekleurd. Voor deze kwalitatieve verkenning zijn leden van Raden van Bestuur ondervraagd en de benodigde dossiers bestudeerd.

3 Rapportage

Bij de beschrijving van de resultaten worden uitgegaan van een viertal thema's, te weten:

1. Op welke wijze worden bij besluiten over schaalgrootte publieke belangen geborgd?
2. Wat zijn de effecten van de schaalvergroting bij zorgaanbieders?
3. Wie worden betrokken bij besluiten over schaalgrootte en de daartoe benodigde samenwerking? Welke stakeholders spelen daarbij een rol?
4. In hoeverre is er behoefte aan een aanvullende fusietoets naast de toetsing die plaatsvindt door de NMa in het kader van haar concentratietoezicht?

Deze vier thema's stonden centraal in de bijeenkomst met de bestuurders van zorgorganisaties op 7 april jl. De bevindingen uit deze bijeenkomst en uit de verkenning worden hierna per thema in afzonderlijke paragrafen weergegeven.

4 Borging publieke belangen

Bij publieke belangen gaat het om thema's als bereikbaarheid, beschikbaarheid, betaalbaarheid en vooral kwaliteit van zorg. Wat is met het oog op deze belangen de juiste balans tussen marktwerking en overheidsbemoediging en in hoeverre wordt de groei van de schaalomvang binnen de zorg vooral ingegeven door marktoverwegingen? Gaat deze groei ten koste van bijvoorbeeld kwaliteit en bereikbaarheid?

Voor bestuurders in de zorg spelen genoemde publieke belangen wel degelijk een rol bij besluiten over schaalvergroting. Zeker aspecten als kwaliteit en beschikbaarheid. Een regionale verantwoordelijkheid is zelfs in veel gevallen statutair vastgelegd. Besturen van zorgorganisaties zijn daarop aanspreekbaar. Dit vinden we terug in onderstaande resultaten van de telefonische verkenning.

Tabel 1 Verschillende doelen bij schaalvergroting

Doelstelling schaalvergroting	Beoogd	Gerealiseerd ¹
• Kwaliteit van zorg	19	12
• Bereikbaarheid en beschikbaarheid	14	8
• Schaalvoordelen bedrijfsvoering	13	10
• Marktpositie	10	5
• Risicobeheer/continuïteit	6	6
• Innovatie	12	9
• Anders	4	3
Nog in voorbereiding	-	7

Uit de tabel blijkt dat kwaliteit van zorg, bereikbaarheid en beschikbaarheid van zorg de meest genoemde argumenten zijn om tot schaalvergroting te komen. Echter, de mate waarin ze gerealiseerd zijn, varieert. In vier gevallen was sprake van een overname van organisaties die in ernstige problemen verkeerden. Zonder de overname zou de continuïteit ervan ernstig in gevaar zijn gekomen. Bij de categorie “anders” worden zaken genoemd als bijvoorbeeld het gevaar de boot te missen of het (publieke) belang van de onafhankelijkheid van de dienstverlening. Voor de betreffende bestuurders is een gefuseerde situatie de enige weg om dat belang organisatorisch te borgen.

Bereikbaarheid en beschikbaarheid lijken niet te lijden onder de voortgaande schaalvergroting. Schaalvergroting gaat niet gepaard met concentratie van het zorgaanbod. Het aantal voorzieningen neemt niet af. Concentratie heeft primair betrekking op de ondersteunende en staf-functies. Illustratief is onderstaande tabel waarin het aantal verpleeg- en verzorgingshuislocaties wordt weergegeven. Dit aantal neemt niet af,

ook al vermindert in de beschreven periode het aantal organisaties voor verpleeg- en verzorgingshuiszorg door fusies aanzienlijk.

Tabel 2 Aantal verzorgings- en verpleeghuislocaties in de ouderenzorg

	2000	2001	2002	2003	2004
Verpleeghuizen	331	331	333	339	345
(waarvan 'stand alone')		(14%)			(7%)
Verzorginghuizen	1352	1346	1342	1340	1336
(waarvan 'stand alone')		(24%)			(17%)
Totaal	1683	1677	1675	1679	1681

Bron: I.N. Fabbriotti, "Zorgen voor zorgketens", 2007

Bij alle in de interviews beschreven fusies en andere vormen van schaalvergroting wordt de kwaliteit van zorg als doelstelling genoemd. Vooral het mogelijk maken van een ketengerichte benadering speelt daarbij een belangrijke rol. Echte horizontale fusies tussen gelijksoortige organisaties doen zich dan ook nauwelijks voor. In vrijwel alle gevallen gaat het om samenwerking of fusies tussen organisaties met een verschillend productaanbod die elkaar wat betreft dit aanbod aanvullen.

Bestuurders binnen de zorg hebben de indruk dat overheden bij het borgen van de publieke belangen vooral betaalbaarheid centraal stellen. Dit geeft een zware druk op de marges zowel binnen de cure (maatstafconcurrentie) als binnen de care (WMO). Om binnen deze financiële condities toch te kunnen blijven voldoen aan de andere eisen aangaande bereikbaarheid, beschikbaarheid en kwaliteit is grootschaligheid onontkoombaar. Vooral de margedruk is aanleiding voor de vele fusies en andere vormen om productievolume te realiseren.

Natuurlijk spelen er in de meeste situaties ook argumenten die expliciet te maken hebben met de bedrijfsvoering. De forse uitgaven voor ICT die de organisaties de komende jaren staan te wachten, kunnen bijvoorbeeld beter binnen grotere verbanden worden gedaan. Maar ook treasury, employeefaciliteiten, inkoop of opleidingen worden genoemd.

Wanneer een tegenstelling ontstaat tussen deze publieke belangen en het organisatorische belang, ligt de primaire verantwoordelijkheid van de bestuurder niet bij de publieke belangen maar bij het eigen organisatorische belang. Daarvoor wordt de bestuurder ingehuurd.

De primaire verantwoordelijkheid voor het zekerstellen van publieke belangen ligt elders. De overheid is hier eerstverantwoordelijk. Daarbij onderscheidt de caresector zich van de cure-sector. Voor de care ligt deze verantwoordelijkheid steeds meer bij de gemeentelijke overheid. In het veelkleurige politieke spectrum binnen het lokaalbestuur kunnen

zeer uiteenlopende keuzes gemaakt worden die bij wisseling van coalitie bovendien in de tijd kunnen wijzigen. Voor de cure ligt deze verantwoordelijkheid vooral bij de landelijke overheid. De overheid stelt, vanuit haar verantwoordelijkheid voor de verschillende publieke belangen, eisen aan de dienstverlening; aan “het wát” van de dienstverlening. De wijze waarop aan deze eisen tegemoet wordt gekomen (“het hoe”), is de verantwoordelijkheid van de bestuurder van de zorgorganisatie.

Het is afhankelijk van de mate waarin de individuele zorgconsument als zorginkoper optreedt, dan wel dat deze daarin wordt vertegenwoordigd door bijvoorbeeld een zorgverzekeraar. Wanneer, conform het concept SER-advies, meer verantwoordelijkheid bij de individuele consument wordt gelegd, zal de overheid haar verantwoordelijkheid voor het publieke belang meer serieus moeten nemen. Vooral omdat de individuele consument graag shopt bij kleinschalige, alternatieve nicheorganisaties. In het andere geval kan deze verantwoordelijkheid worden gedelegeerd aan bijvoorbeeld de zorgverzekeraar. Daar ligt in dat geval de zorgplicht.

Overigens heeft de overheid in de loop der jaren niet nagelaten om zich ook direct te bemoeien met de schaalomvang van zorgorganisaties. Deze bemoeienis was meestal gericht op schaalvergroting. Voorbeelden daarvan zijn de fusiebonus binnen de ziekenhuizen, het samenvoegen van ketenpartners in de GGZ, het samenvoegen van functies binnen de thuiszorg of de minimumeisen die aan MEE-organisaties worden gesteld..

Samengevat

Voor bestuurders van zorgorganisaties spelen genoemde publieke belangen wel degelijk. Ze gaan echter niet uit boven de eigen organisatorische belangen. Publieke belangen worden primair door de overheid geborgd. Die stellen eisen aangaande “het wat”. Daarbij zijn zorginkopers in sterke mate bepalend. Zorgaanbieders doen daar als maatschappelijk ondernemers een aanbod op. Zij bepalen hoe dit aanbod het beste kan worden gerealiseerd.

5 Effecten van de schaalvergroting

In onderstaande tabel wordt de omvang van de ondervraagde organisaties weergegeven.

Tabel 3 Jaaromzet van de onderzochte organisaties

Huidige omzet (in miljoenen euro)	Aantal organisaties
<50	5
50-100	3
100-200	8
>200	3

Voor wat betreft de schaalomvang behoren de onderzochte fusies tot de grotere zorgorganisaties. Zeker wanneer rekening wordt gehouden met enkele thans lopende fusieprocessen. Het aantal organisaties met een jaaromzet groter € 200 miljoen zal binnenkort verdubbelen.

Het begrip schaalgrootte heeft echter meerdere betekenissen. Het kan zowel gaan over de omvang van de zorgorganisatie zelf, over de omvang van te onderscheiden resultaatverantwoordelijke eenheden, als over de omvang van de eenheden waarbinnen de directe zorg wordt georganiseerd. In de tabel hierboven wordt ingegaan op de omvang van de totale gefuseerde organisatie. Dit zegt weinig over de omvang van resultaatverantwoordelijke eenheden en van de eenheden waarbinnen de zorg wordt geleverd. Soms worden tien of meer resultaatverantwoordelijke eenheden onderscheiden en een veelvoud daarvan aan afdelingen, locaties of zorgeenheden.

Voorts is schaalvergroting niet identiek aan fuseren. Het kan ook worden gerealiseerd door bijvoorbeeld franchise- of shared service centerachtige vormen van samenwerking waarbij schaalgrootte veel meer op specifieke organisatorische functies wordt gerealiseerd. Deze vormen van samenwerking lijken op dit moment een duidelijke bloei door te maken zoals wordt geïllustreerd uit onderstaande tabel die is opgesteld op basis van de telefonische verkenning.

Tabel 4 Juridische vormen voor fusie en samenwerking bij de onderzochte organisaties

Juridische vorm	Laatste schaalvergroting	Huidige schaalvergroting
Juridische fusie	14	5
Bestuurlijke fusie	1	4
Samenwerkingsstichting	1	2
Coöperatieve vereniging	1	5
Overeenkomsten	2	2
Defusie	-	1

De vorm van de samenwerking zegt iets over de wijze waarop schaalvergroting wordt nagestreefd. De juridische fusie faciliteert schaalvergroting door middel van verregaande organisatorische integratie. Bij de andere juridische vormen is eerder sprake van schaalvergroting op specifieke functies. Per functie kan daarvoor samenwerking met verschillende partijen worden aangegaan.

In vrijwel alle onderzochte gevallen wordt de schaalvergroting gerealiseerd door samenwerking met één of enkele partner(s). In één geval kiest men vanwege de regionale situatie bewust voor een netwerk met zoveel mogelijk regionale partners, om op die manier de regionale verantwoordelijkheden voor met name de eerder genoemde publieke belangen waar te maken.

Opmerkelijk is het grote aantal coöperatieve verenigingen. Na jaren lijkt de coöperatie zich nu een plaats binnen de zorgsector te hebben gecreëerd. Binnen de coöperatieve vereniging worden voor de aangesloten leden specifieke taken gemeenschappelijk uitgevoerd. Het kan gaan om inkoop, ICT, control, marketing en/of ondersteuning bij aanbesteding. In één geval is sprake van defusie. Het betreft een transmurale organisatie. Het gaat om de ver-zelfstandiging van organisatieonderdelen die ieder vragen om een eigen samenhang met derden. Enerzijds zijn er kapitaal-intensieve ziekenhuisfuncties en anderzijds de benodigde schaalomvang om huishoudelijke hulp te kunnen blijven bieden. De voordelen van de transmurale samenwerking binnen één organisatorisch verband (het full-serviceconcept) bleken in deze casus niet op te wegen tegen de nadelen die het met zich meebrengt. Defusie zal hier leiden tot schaalvergroting binnen andere verbanden.

Bij de keuze voor fusie wordt in een enkel geval gesproken over persoonlijke ambities van bestuurders. Niet in de zin van persoonlijk gewin. Sommige bestuurders hebben meer affiniteit met de heldere aansturinglijnen die een gefuseerde situatie biedt dan anderen die beter uit de voeten kunnen met de vaak minder heldere zeggenschapsverhoudingen die kenmerkend zijn voor andere vormen van samenwerking.

De in paragraaf 4 genoemde doelstellingen voor schaalvergroting blijken volgens de geïnterviewden in het merendeel van de gevallen ook te worden gerealiseerd. De effecten van schaalvergroting verschillen echter tussen care en cure. Vooral de care wordt gekenmerkt door een enorme groei van de organisaties. Bij de V & V en de gehandicaptenzorg gaat volgens geïnterviewden die grootschaligheid gepaard met een goede spreiding van door de cliënt gewenste kleinschalige, decentrale zorg. Schaalvergroting is echter geen voorwaarde om zorg kleinschalig te kunnen organiseren. Talloze initiatieven tot kleinschalige zorg ontstaan buiten de grootschalige organisaties om. Daarbij is wel vaak sprake van bijzondere omstandigheden (bijvoorbeeld vrijwilligers) of van aanvullende, private middelen.

Wanneer deze niet voorhanden zijn, is het grootschalig organiseren van kleinschaligheid vaak wel een voorwaarde.

Schaalomvang blijkt vaak ook een voorwaarde om 24 uurbereikbaarheid, differentiatie, kwaliteit en betaalbaarheid van gespecialiseerde, complexe, tijdsintensieve en continue diensten te kunnen realiseren of om nachtzorg of onrendabele medisch-technisch verrichtingen overeind te kunnen houden. De geringe marktvrage en de beschikbare tarieven maken dit voor kleinere organisaties onmogelijk. Dit vraagt investeringen die het vermogen van kleinere organisaties te boven gaan. Zou je dergelijke functies als kleinschalige organisatie moeten aanbieden, zijn daarvoor hogere tarieven nodig. Grootschaligheid biedt ook de mogelijkheid om bijvoorbeeld een specifiek merk of “brand” in de markt te kunnen zetten. Bij de thuiszorg (hulp bij het huishouden) tenslotte blijkt schaalomvang een mogelijkheid om de kosten te kunnen drukken. De aanbestedingen in het kader van de WMO dwingen daartoe.

Bij de cure is schaalvergroting nodig om te blijven voldoen aan de kwaliteitseisen bij steeds verdergaande specialisatie. Zowel de acuut/complexe zorg als de chronische zorg vragen om voldoende volume. Dit betekent concentratie die ten koste gaat van bijvoorbeeld bereikbaarheid, omdat functies niet meer op alle locaties kunnen worden aangeboden. Wetenschappelijke verenigingen, Inspectie voor de Gezondheidszorg maar ook het benodigde kapitaalbeslag vragen om schaalomvang en concentratie. Planbare, electieve zorg is wel gemakkelijker kleinschalig te organiseren.

Bestuurders binnen de verschillende zorgsectoren zijn er van overtuigd dat de grotere zorgorganisaties een belangrijke rol spelen bij het realiseren van de benodigde infrastructuur voor de betreffende zorgsector. Zij dragen zorg voor specialistische, kapitaal- of tijdsintensieve functies en investeren in onderzoek, opleidingen en kwaliteitssystemen. Zo worden bijvoorbeeld binnen de GGZ franchiseconcepten als PsyQ, onderzoek en innovatie, ketenaanpak en de realisatie van allerlei specifieke functies bijvoorbeeld binnen de OGGZ en de forensische psychiatrie, vaak gezien als resultante van schaalvergroting. Soortgelijke conclusies worden ook getrokken binnen de ziekenhuissector en de verpleging en verzorging.

Politieke en externe stakeholders maken zich vooral zorgen over de machtsconcentratie die met de schaalvergroting gepaard gaat. Het leidt tot andere machtsverhoudingen, bijvoorbeeld rond de zorginkoop. Zo worden nogal wat gemeenten als zorginkoper geconfronteerd met zodanige zorgaanbieders dat van countervailing powers geen sprake meer is. Dit geldt nog meer wanneer meer inkoopmacht wordt neergelegd bij individuele zorgconsumenten.

Iets soortgelijks zien we bij de cure. Ook daar is volgens geïnterviewden onvoldoende sprake van countervailing powers. Daar hebben niet zozeer

de zorginkopers te maken met schaalvergroting bij de zorgaanbieders. Hier ervaren juist de zorgaanbieders een enorme schaalvergroting bij de zorgverzekeraars. Deze situatie is een argument om als GGZ of als ziekenhuizen zelf ook weer te streven naar schaalvergroting.

Schaalomvang is ook weer van invloed op de aantrekkelijkheid als samenwerkingspartner. Enerzijds omdat een grotere organisatie er dan regionaal of nationaal meer toe doet. Met een grotere organisatie zijn ook gemakkelijker langdurige ketenafspraken te maken. Maar ook de positie en aantrekkelijkheid als werkgever op de arbeids- en scholingsmarkt wordt op deze wijze versterkt.

De bestuurders geven aan dat er geen eenduidige criteria zijn voor een optimale schaalomvang. Dit optimum is van veel factoren afhankelijk. Wel wordt gesproken over een “dalparabool” in de relatie tussen omvang en kosten per productie-eenheid. Bij te kleine omvang is sprake van ondoelmatigheid. Bij te grote omvang ontstaat te veel complexiteit die eveneens leidt tot ondoelmatigheid. Het optimum ligt in principe tussen grenzen. Binnen de AWBZ wordt door een enkele bestuurder een exploitatieomvang van circa € 150.000 miljoen als optimum genoemd. Schaars onderzoek op dit terrein echter suggereert dat er niet zo zeer sprake is van een mooie “dalpara-bool” maar meer van een hockeystick waarvan de rechtpoot lang en tamelijk vlak doorloopt bij oplopende schaal en pas later en tamelijk geleidelijk oploopt. Ondoelmatigheid bij kleine omvang is wel een duidelijk onderbouwd gegeven maar wanneer verdere schaalvergroting echt leidt tot oplopende marginale kosten is veel minder eenduidig.

Alle respondenten voorzien de komende jaren verdere schaalvergroting. In welke vorm varieert. Per sector worden andere keuzen gemaakt.

Tabel 5. Plannen voor toekomstige fusies per deelsector

	Ja	Nee
Gehandicaptenzorg	-	3
Ziekenhuizen	1	3
GGZ	3	3
VVT	4	1

Niemand sluit de mogelijkheid van toekomstige fusies volledig uit. Ook organisaties die niet opteren voor een fusie werken wel aan andere vormen van schaalvergroting. Vaak is sprake van combinaties van samenwerkingsvormen, bijvoorbeeld joint ventures met franchiseachtige constructies.

Samenvattend:

Grootschaligheid blijkt vaak een voorwaarde om kleinschalig en gedeconcentreerd zorg te bieden. Het begrip grootschaligheid kent meerdere dimensies. Ook blijkt er grote variatie in de wenselijke omvang te bestaan en in de wijze waarop deze wordt gerealiseerd. Grootschaligheid is vaak ook een voorwaarde om specifieke kapitaal- en/of tijdintensieve functies te realiseren. De beschikbaarheid van deze functies wordt door overheid en door de zorgorganisaties gezien als een publiek belang. Soms moet je blijikbaar fuseren om deze functies te kunnen realiseren.

6 Betrokkenheid van stakeholders

Een belangrijke vraag is wie wordt betrokken bij besluiten over schaalvergroting. De Kwaliteitswet zorginstellingen verwijst naar overleg met zorgverzekeraar en met organisaties met patiënten en consumentenorganisaties om er voor te zorgen dat de organisatie van de zorgverlening ook in de toekomst verantwoorde zorg garandeert. Als fusie of samenwerking daar mogelijk effect op heeft, is overleg aangewezen. Ook de Zorgbrede Governancecode verwijst naar overleg met externe stakeholders wanneer besluitvorming over schaalgrootte plaatsvindt. Relevante belanghebbenden moeten over fusie of samenwerking worden geraadpleegd. Deze aanwijzingen worden niet altijd opgevolgd.

Uit de telefonische enquête blijken de volgende stakeholders actief te zijn betrokken bij de besluitvorming:

Tabel 6. Betrokkenheid van verschillende stakeholders

• Raad van Toezicht	100%
• Ondernemingsraad	89%
• Cliëntenraad	89%
• Professionals (waaronder medische staven)	58%
• Vakbonden	58%
• Zorgkantoor	42%
• Zorgkantoor	42%
• NMa	32%
• Patiënten/consumentenorganisaties	21%
• Provincie of rijk	21%
• NZa	16%
• Zorgverzekeraar	11%
• Gemeente	5%
• Andere betrokken partijen	26%

De betrokkenheid van externe stakeholders bij processen van schaalvergroting is beperkt. De maatschappelijke verantwoording loopt vooral via interne gremia. De zorgorganisatie als maatschappelijke onderneming lijkt weinig af te wijken van reguliere, commerciële ondernemingen wanneer het gaat om de maatschappelijke betrokkenheid bij de besluitvorming over dit onderwerp.

Bij besluiten over schaalgrootte zoals bij fusie geeft men aan zich wel te “verstaan” met externe stakeholders. Men informeert partijen als zorgkantoor, zorgverzekeraar, ziekenhuis, bank, gemeente en andere zorgorganisaties en is geïnteresseerd in de reactie. Echter, deze reactie is niet bindend. Genoemde partijen zijn wel geïnteresseerd maar hebben zelden

een echt oordeel over de intentie tot schaalvergroting zolang wordt voldaan aan de eisen aangaande kwaliteit en kosten.

Dit geldt ook voor het brede publiek. Dat is er evenmin actief geïnteresseerd in fusie of samenwerking van zorginstellingen. Hooguit wanneer een ziekenhuislocatie dreigt te worden gesloten. Politieke partijen blijken nog wel eens een rol op te eisen. Zij krijgen dan de nodige aandacht van bestuurders. Bij fusies spelen werknemersorganisaties wel een rol. Vooral de laatste tijd spreken zij zich uitdrukkelijk uit tegen fusies en benutten daarbij ook relaties met politieke partijen. Bij fusies tussen ziekenhuizen spelen vooral medische staven een belangrijke rol.

Patiënten en consumenten worden bij besluiten over schaalvergroting vooral vertegenwoordigd door de cliëntenraad. Vooral buiten de Randstad wordt ook met regionale platforms van patiënten en consumenten overleg gevoerd. Soms worden specifieke patiëntenverenigingen benaderd. Deze blijken daarvoor niet echt geëquipeerd. Een enkeling overweegt (thuiszorg)ledenorganisaties een rol te geven bij de besluitvorming. Dit is nergens echt uitgewerkt.

Bij besluitvorming over fusie en schaalvergroting is dus vooral sprake van verticaal toezicht. De Raad van Toezicht staat daarbij centraal en heeft invloed. De Raad ziet er op toe dat de organisatiebelangen worden gediend. Ze zien vanuit een bedrijfsmatige achtergrond toe op de zorgvuldigheid van de besluitvorming en de hardheid van de argumenten. Ze zijn niet primair aanspreekbaar op een maatschappelijke verantwoordelijkheid voor publieke belangen.

Besluiten over schaalvergroting worden getoetst door de NMa. Die gaat na of de verhoudingen binnen markten niet nadelig worden gewijzigd. Zij zien toe op de effecten van concentraties of van mededingingsbeperkende samenwerking. Door de recente aanpassing van de richtlijnen zijn zij daarvoor voldoende geëquipeerd. Daarnaast heeft de NZa mogelijkheden om in te grijpen wanneer zich in de genoemde markten onevenwichtigheden voordoen. Van deze mogelijkheden wordt nog weinig gebruik gemaakt. De betrokkenheid van de NZa had in alle gevallen te maken met financiële ondersteuning van in problemen verkerende, over te nemen zorgorganisaties.

Samenvattend:

De betrokkenheid van stakeholders bij bestuurlijke besluitvorming over fusie en schaalgrootte is beperkt. Bestuurders informeren en verstaan zich wel met een groot aantal stakeholders. Men communiceert met deze partijen. Ze hebben echter geen bindende invloed en zijn vaak niet geïnteresseerd. De eigen Raad van Toezicht en de NMa oefenen wel daadwerkelijk invloed uit. De NMa richt zich op het publieke belang van de mededinging. De Raad van Toezicht staat primair voor de belangen van de eigen organisatie.

7 Aanvullende fusietoets?

Op dit moment vindt de enige toets plaats door de NMa. Deze toets vindt uitsluitend plaats op basis van mededingingsoverwegingen. Bij weer tegen uitspraken van de NMa kunnen efficiency- of kwaliteitseisen worden ingebracht. De bestuurders kunnen zich hierin vinden. Zeker wanneer dit wordt aangevuld met het toezicht vanuit de marktmeesterfunctie van de NZa. Een dergelijke toets past binnen de marktwerking zoals die wordt voorgestaan en past bij het maatschappelijke ondernemerschap.

Toetsing van het beleid van zorgaanbieders met betrekking tot schaalomvang vindt ook plaats door de marktpartijen die als inkoper fungeren. Zorgverzekeraars, zorgkantoren en gemeenten kunnen eisen stellen aan de in te kopen productie. Wanneer schaalvergroting en fusie zouden leiden tot verslechtering van het aanbod kunnen zij dit met hun inkoop bestraffen. Tenzij sprake is van ongelijke machtsverhoudingen tussen marktpartijen en er een situatie is ontstaan waarin door misbruik van die economische machtspositie zorg van onvoldoende kwaliteit tegen te hoge prijs moet worden gecontracteerd. Die situatie vraagt dan om ingrijpen van de NZa of de inspectie.

Dit ingrijpen moet niet gericht zijn op de wijze waarop de zorg wordt georganiseerd en binnen welke schaal. Men dient daar buiten te blijven. Inspectie, NMa en NZa hebben volgens de bestuurders voldoende mogelijkheden om in te grijpen wanneer prijs en/of kwaliteit door disfunctioneren van de markt uit de pas lopen. Deze vorm van ingrijpen past bij het huidige sturingsparadigma binnen de zorg. Het vervangt de eerdere instrumenten van de overheid om betaalbaarheid, bereikbaarheid en beschikbaarheid te garanderen. Deze zijn door de overheid terecht uit handen gegeven.

Noten

- ¹ Bij één van de respondenten zijn met name de kwaliteit, bereikbaarheid- en innovatiedoelstellingen uitgewerkt in een vijftigtal meetbare prestatie-indicatoren aan de hand waarvan de fusie wordt geëvalueerd.

Bijlage 1 Deelnemers aan de bijeenkomst ‘Schaal en zorg’

Zorggroep Almere de heer drs. J.H.W.P. Stienen	Voorzitter Raad van Bestuur
Isala Klinieken mevrouw drs. M. Sint	Voorzitter Raad van Bestuur
Corona de heer dr. A.F.I. Bannenberg	Voorzitter Raad van Bestuur
Stichting Zorgspectrum mevrouw drs. M.H. Groenendijk	Voorzitter Raad van Bestuur
ZorgAccent & Thuiszorg de heer drs. G.H. Ingenhoest	Raad van Bestuur
Vivium Zorggroep de heer drs. F.F.L. Vlak	Voorzitter Raad van Bestuur
MEE Zuidoost Brabant de heer drs. L.A.J.M. Middelhoff	Algemeen directeur
Stichting De Open Ankh de heer Mouton	Hoofd beleidszaken
Rivas Zorggroep de heer P.H.E.M. de Kort	Voorzitter Raad van Bestuur
GGZ Drenthe de heer R. Feijen	Voorzitter Raad van Bestuur
Stg Koraal Groep de heer C.G.M. Diemel	Voorzitter Raad van Bestuur
Raad voor de Volksgezondheid en Zorg de heer drs. P. Vos mevrouw mr. M.W. de Lint mevrouw mr. A.M. van Blerck-Woerdman de heer prof. dr. W.N.J. Groot	Algemeen secretaris Senior adviseur Raadslid Raadslid
Zorg Consult Nederland drs. P.J.M. van Zijl drs. Th.P.M. Schraven	Managing partner Managing partner

Bijlage 2 Deelnemers aan de telefonische verkenning

Oosterschelde ziekenhuizen	ziekenhuizen
Isala klinieken	ziekenhuizen
Rivas Zorggroep	ziekenhuizen en V&V (transmuraal)
Zuwe	ziekenhuizen en V&V (transmuraal)
GGZ Drenthe	GGZ
Emergis	GGZ
Rivierduinen	GGZ
Mondriaan Zorggroep	GGZ
Kwintes	GGZ
Parnassia Bavo-Groep	GGZ
Het Gors	GZ
Koraal Groep	GZ
MEE Zuidoost Brabant	GZ
Open Ankh	AWBZ
Vitalis Woonzorg Groep	VVT
ZorgAccent&TNWT	VVT
Swinhove	V&V
Zorgspectrum	V&V
Zorggroep Almere	Eerstelijns en V&V(transmuraal)

Bijlage 3 Vragenlijst

Algemene gegevens

Instelling _____

Naam/functie respondent _____

Omvang budget

< 5

5 – 30

30 – 100

> 100

Datum samenwerking/fusie

voor 2000

2001 – 2003

2004 – 2006

2007 – 2008

Vorm van de samenwerking

volledige fusie

bestuurlijke fusie/concern

joint venture

overeenkomst

anders, namelijk _____

Doelstellingen van de schaalvergroting

	Ja	Nee
Kwaliteit patiëntenzorg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medisch/wetenschappelijke richtlijnen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Efficiency bedrijfsvoering	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Innovatiekracht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Omzetvergroting	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Marktmacht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ondernemingsrisico's	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anders, namelijk	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	
Toelichting		

Besluitvorming over	Nauwelijks 1	2	3	4	Heel zwaar 5
Kwaliteit zorg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bereikbaarheid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beschikbaarheid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Betaalbaarheid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anders, namelijk	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>				
Toelichting					

Realisatie van genoemde doelstellingen

	Nee	Ja, niet meetbaar	Ja, meetbaar
Kwaliteit patiëntenzorg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medisch specialistisch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Efficiency	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Innovatie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Omzet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Marktmacht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Risicobeheer en continuïteit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bereikbaarheid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beschikbaarheid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Betaalbaarheid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anders, namelijk	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>		
Toelichting			

Betrokkenheid stakeholders bij de besluitvorming over de fusie

	Nee	Ja, maar passief	Ja, actief
Raad van Toezicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ondernemingsraad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cliëntenraad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Professionals	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gemeente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Provincie/Rijk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
NMA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
NZa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verzekeraars	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zorgkantoor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vakbonden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kerken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anders, namelijk	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>		
Toelichting			

Toekomstige ontwikkelingen (2 – 4 jaar)

	Ja	Nee
Autonome groei	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nieuwe fusies/holding	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere vormen van samenwerking	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anders, namelijk	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	
Toelichting		

Bijlage 4 Voorbeelden

Casus 1

Twee regionale ziekenhuizen met aangrenzende verzorgingsgebieden hebben plannen ontwikkeld om te komen tot een bestuurlijke fusie. Na meer dan een jaar wordt een juridische fusie voorzien.

De fusie is gericht op vergroting van het volume van behandelingen zodat kan worden voldaan aan de eisen dienaangaande van de diverse medisch-wetenschappelijke verenigingen. De kwetsbaarheid van een aantal kleine maatschappen wordt ermee opgevangen. Daarnaast biedt fusie het voordeel dat nieuwe medische voorzieningen (zoals dotteren) kunnen worden binnengehaald. Kortom, de fusie dient om als volwaardig algemeen ziekenhuis te kunnen blijven functi-oneren.

Voor een optimale inrichting van de medische zorg is een taakverdeling tussen de ziekenhuizen wenselijk. Dit vraagt om herverdeling van medische functies en het inrichten van een centrum voor acute complexe zorg, voor electieve zorg en voor chronische zorg. Dan kan de gewenste schaal voor de medische zorg worden gerealiseerd. Een dergelijke lateralisatie vraagt om éénheid van bestuur. Deze kan worden gerealiseerd door middel van fusie.

Bij het besluit over de voorgenomen fusie zijn een groot aantal in- en externe stakeholders betrokken. Intern zijn er natuurlijk de Raden van Toezicht, managementteams, ondernemingsraden, cliëntenraden en medische staven. Externe partijen die actief bij de fusievoornemens zijn betrokken zijn het provinciebestuur, regionale patiënten/consumentenplatforms, zorgverzekeraar en Inspectie voor de Gezondheidszorg. Al deze geledingen adviseren positief.

Bij de NMa vindt melding plaats. Na onderzoek blijkt een vergunningsaanvraag noodzakelijk te zijn. Door de fusie vindt een te grote beperking plaats van de keuzevrijheid van patiënten. Van een vergunningsaanvraag wordt afgezien.

De voordelen van inhoudelijke samenwerking op medisch gebied leiden tot verdergaande samenwerking tussen de maatschappen van beide ziekenhuizen. Daardoor ontstaat ook zonder de voorgenomen fusie steeds meer samenhang tussen de medische staven. Vooralsnog zonder dat de voorheen gewenste lateralisatie kan worden gerealiseerd. Ook een aantal bedrijfsondersteunende functies wordt ondergebracht in een shared service center. Daarmee wordt ook voor deze functies als P. en O., Financiën en sommige medische ondersteunende functies de gewenste schaalgrootte mogelijk wordt gemaakt.

Casus 2

Een thuiszorgorganisatie en een organisatie met verpleeg- en verzorgingshuizen hebben een gedeeltelijk overlappend verzorgingsgebied. Beide organisaties met een gezamenlijke omzet van circa € 80 miljoen gaan in 2006 een juridische fusie aan waarbij eenheid van bestuur en van toezicht wordt gerealiseerd. Bij de bestuurlijke fusie wordt het voornemen uitgesproken om binnen drie jaar te komen tot een juridische fusie. De fusie heeft primair tot doel integraal een breed pakket aan zorg en dienstverlening aan te kunnen bieden. Als visie hanteert men daarbij de idee van woonzorgzones. Ook ziet men groei-mogelijkheden door in de niet overlappende delen van elkaars verzorgingsgebied het aanbod van zorg en dienstverlening uit te breiden met nieuwe functies. De fusie biedt daarmee mogelijkheden om de zware concurrentie binnen de regio het hoofd te bieden.

Bij het besluit over de fusie zijn vooral interne stakeholders betrokken. Raad van Toezicht, ondernemingsraad, cliëntenraad en managementteams hebben zich over de fusie uitgesproken. Gemeentelijke overheden en zorgkantoor zijn geïnformeerd maar verder niet actief bij de besluitvorming betrokken. Met de vakbonden is een sociaal plan overeengekomen. Vanwege de toenmalige meldingscriteria is geen melding nodig bij de NMa.

Na de fusie zijn beide organisaties onder gemeenschappelijke bestuurlijke verantwoordelijkheid min of meer gescheiden blijven functioneren. Op het niveau van de holding is vormgegeven aan bestuurlijke control en aan risicomanagement. Daarnaast zijn voor de verschillende organisatieonderdelen integratieplannen opgesteld en uitgewerkt. Deze worden geïmplementeerd na de juridische fusie wanneer niet langer sprake is van gescheiden werkgevers.

De genoemde schaalvoordelen bieden onvoldoende soelaas voor de risico's die men loopt bij vooral de aanbestedingen van de zorg bij het huishouden. Deze vragen om een grotere schaal-omvang. Tegelijkertijd vragen ook de ontwikkelingen rond de WTZi om professioneel vastgoedbeheer. Ook dit is gebaat bij grotere schaalomvang. Om deze schaal te kunnen realiseren vinden verschillende verkenningen plaats naar mogelijke, nieuwe samenwerkingsconstructies. Deze leiden tot een intentie tot bestuurlijke fusie met enkele soortgelijke organisaties in aangrenzende regio's. Daarover is melding gedaan bij de NMa.

Geraadpleegde literatuur

Andriessen, Jan en Jan Willem van Zuthem, “Kleinschalig zorg verlenen door grootschalige organiseren” in Tussen professionals, Bilthoven, 2004.

Bultsma, Jan, “Focus op fusie in de non-profit sector”, Assen 2004.

Fabricotti, Isabelle, “Zorgen voor Zorgketens, integratie en fragmentatie in de ontwikkeling van zorgketens”, Rotterdam, 2007.

Glas, René en Piet van Zijl, “Bestuurlijke inrichting bij schaalvergroting” in Tussen professionals, Bilthoven, 2004.

Kaats, Edwin, Philip van Klaveren en Wilfrid Opheij, “Organiseren tussen organisaties, inrichting en besturing van samenwerkingsrelaties”, Schiedam, 2005.

Lugt, Peter G. van der en Robbert Huijsman, “Fusiemanagement in de gezondheidszorg”, Utrecht, 1995.

Man, Ard-Pieter de en Geert Duysters, “Alliantiemangement, theorie en praktijk”, Management en Organisatie, nummer 3/4, mei/augustus 2007. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, “Beleidsagenda 2008, zorg voor de toekomst”, Den Haag, 2007.

Opheij, Wilfrid en Edwin Kaats, “Persoonlijke motieven in de hoofdrol; bestuurders in allianties en netwerken”, Zorgvisie, nummer 4, april 2008.

PricewaterhouseCoopers, “Stilstaan om verder te kunnen; cijfers en trends in de zorgsector”, 2007.

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, “Marktconcentraties in de ziekenhuissector”, Zoetermeer, 2003.

Zorg Consult Nederland, “NIPO 2003 onderzoek en segmentatie in GGZ” Bilthoven, 2007.

Zijl, P.J.M. van en Lex van Wijngaarden, “Kleinere organisaties

Overzicht publicaties

De adviezen zijn te bestellen en/of te downloaden op de website van de RVZ (www.rvz.net). Tevens kunt u de adviezen per mail aanvragen bij de RVZ (mail@rvz.net).

De publicaties van het Centrum voor Ethiek en Gezondheid zijn te bestellen bij het CEG per mail info@ceg.nl

Adviezen en achtergrondstudies

08/09	Schaal en zorg: achtergrondstudies (achtergrondstudie bij het advies Schaal en zorg)
08/08	Schaal en zorg
08/07	Onderhandelen met zorg (achtergrondstudie bij het advies Zorginkoop)
08/06	Zorginkoop heeft de toekomst: maar vraagt nog een flinke inzet van alle betrokken partijen (achtergrondstudie bij het advies Zorginkoop)
08/05	Zorginkoop
08/04	Screening en de rol van de overheid: achtergrondstudies
08/03	Screening en de rol van de overheid
08/02	Leven met een chronische aandoening (Acht portretten behorend bij het RVZ-advies Beter zonder AWBZ?)
08/01	Beter zonder AWBZ?
07/04	Rechtvaardige en duurzame zorg
07/03	Vertrouwen in de arts: achtergrondstudies (achtergrondstudie bij het advies Vertrouwen in de arts)
07/02	Vertrouwen in de arts
07/01	Briefadvies De strategische beleidsagenda zorg 2007-2010
06/12	De patiënt beter aan zet met een Zorgconsumentenwet?
06/11	Publieke gezondheid: achtergrondstudies (achtergrondstudie bij advies Publieke gezondheid)
06/10	Publieke gezondheid
06/09	Arbeidsmarkt en zorgvraag: achtergrondstudies (achtergrondstudie bij het advies Arbeidsmarkt en zorgvraag)
06/08	Arbeidsmarkt en zorgvraag
06/07	Zicht op zinnige en duurzame zorg (achtergrondstudie bij het advies Zinnige en duurzame zorg)
06/06	Zinnige en duurzame zorg
06/04	Strategisch vastgoedbeheer in de zorgsector: economische en juridische aspecten (achtergrondstudie bij het advies Management van vastgoed in de zorgsector)
06/03	Dossier management van vastgoed in de zorgsector (achtergrondstudie bij het advies Management van vastgoed in de zorgsector)
06/02	Management van vastgoed in de zorgsector
06/01	Briefadvies Houdbare solidariteit in de gezondheidszorg

05/15	Mensen met een beperking in Nederland: de AWBZ in perspectief
05/14	De AWBZ internationaal bekeken: langdurige zorg in het buitenland (achtergrondstudie bij het advies Mensen met een beperking in Nederland: de AWBZ in perspectief)
05/13	Informele zorg: het aandeel van mantelzorgers en vrijwilligers in de langdurige zorg (achtergrondstudie bij het advies Mensen met een beperking in Nederland: de AWBZ in perspectief)
05/12	Achtergronden voor internationale vergelijkingen van langdurige zorg (achtergrondstudie bij het advies Mensen met een beperking in Nederland: de AWBZ in perspectief)
05/11	Blijvende zorg: economische aspecten van langdurige ouderenzorg (achtergrondstudie bij het advies Mensen met een beperking in Nederland: de AWBZ in perspectief)
05/07	Medische diagnose: achtergrondstudies (achtergrondstudie bij het advies Medische diagnose: kiezen voor deskundigheid)
05/06	Medische diagnose: kiezen voor deskundigheid
05/05	Weten wat we doen: verspreiding van innovaties in de zorg (achtergrondstudie bij het advies Van weten naar doen)
05/04	Van weten naar doen
05/03	Briefadvies Standaardisering Elektronisch Patiënten Dossier
05/02	De WMO in internationaal perspectief (achtergrondstudie bij briefadvies WMO)
05/01	Briefadvies Wet Maatschappelijke Ondersteuning
04/09	De GHORdiaanse knoop doorgehakt (gezamenlijk advies met de Raad voor het openbaar bestuur)
04/08	Gepaste zorg
04/07	Met het oog op gepaste zorg (achtergrondstudie bij het advies Gepaste zorg)
04/06	De invloed van de consument op het gebruik van zorg (achtergrondstudie bij het advies Gepaste zorg)
04/04	De Staat van het Stelsel: achtergrondstudies
04/03	Verantwoordingsprocessen in de zorg op basis van de balanced scorecard (achtergrondstudie bij het advies De Staat van het Stelsel)
04/02	Indicatoren in een zelfsturend systeem, prestatie-informatie voor systeem, toezicht, beleid en kwaliteit (achtergrondstudie bij het advies De Staat van het Stelsel)
04/01E	The state of the system (Engelse vertaling van het advies De Staat van het stelsel)
04/01	De Staat van het Stelsel
03/15	Acute zorg (achtergrondstudie)
03/14	Acute zorg
03/13	Gemeente en zorg (achtergrondstudie)
03/12	Gemeente en zorg

- 03/10 Kiezen in de gezondheidszorg (achtergrondstudie bij het advies Marktconcentraties in de ziekenhuiszorg)
- 03/09 Marktconcentraties in de ziekenhuissector (achtergrondstudie bij het advies Marktconcentraties in de ziekenhuiszorg)
- 03/08 Marktconcentraties in de ziekenhuiszorg
- 03/07 Internetgebruiker en kiezen van zorg (resultatenonderzoek bij het advies Van patiënt tot klant)
- 03/06 Zorgaanbod en cliëntenperspectief (achtergrondstudie bij het advies Van patiënt tot klant)
- 03/05 Van patiënt tot klant
- 03/04 Marktwerving in de medisch specialistische zorg: achtergrondstudies
- 03/03 Anticiperen op marktwerving (achtergrondstudie bij het advies Marktwerving in de medisch specialistische zorg)
- 03/02 Health Care Market Reforms & Academic Hospitals in international perspective (achtergrondstudie bij het advies Marktwerving in de medisch specialistische zorg)
- 03/01 Marktwerving in de medisch specialistische zorg
- 02/19 Consumentenopvattingen over taakherschikking in de gezondheidszorg (achtergrondstudie bij het advies Taakherschikking in de gezondheidszorg)
- 02/18 Juridische aspecten van taakherschikking (achtergrondstudie bij het advies Taakherschikking in de gezondheidszorg)
- 02/17 Taakherschikking in de gezondheidszorg
- 02/15 Gezondheid en gedrag: debatten en achtergrondstudies (achtergrondstudies en debatverslagen bij het advies Gezondheid en gedrag)
- 02/14 Gezondheid en gedrag
- 02/13 De biofarmaceutische industrie ontwikkelingen en gevolgen voor de gezondheidszorg (achtergrondstudie bij Biowetenschap en beleid)
- 02/12 Achtergrondstudie Biowetenschap en beleid
- 02/11 Biowetenschap en beleid
- 02/10 Want ik wil nog lang leven (achtergrondstudie bij Samenleven in de samenleving)
- 02/09 Samenleven in de samenleving (incl. achtergrondstudies NIZW, Bureau HHM op CD-ROM)
- 02/07 Internetgebruiker, arts en gezondheidszorg (resultaten onderzoek bij E-health in zicht)
- 02/06 Inzicht in e-health (achtergrondstudie bij E-health in zicht)
- 02/05 E-health in zicht
- 02/04 Professie, profijt en solidariteit (achtergrondstudie bij Winst en gezondheidszorg)
- 02/03 Meer markt in de gezondheidszorg (achtergrondstudie bij Winst en gezondheidszorg)

02/02	'Nieuwe aanbieders' onder de loep: een onderzoek naar private initiatieven in de gezondheidszorg (achtergrondstudie bij Winst en gezondheidszorg)
02/01	Winst en gezondheidszorg
01/11	Kwaliteit Resultaatanalyse Systeem (achtergrondstudie bij Volksgezondheid en zorg)
01/10	Volksgezondheid en zorg
01/09	Nieuwe gezondheidsrisico's bij voeding (achtergrondstudie bij Gezondheidsrisico's voorzien, voorkomen en verzekeren)
01/08	Verzekerbaarheid van nieuwe gezondheidsrisico's (achtergrondstudie bij Gezondheidsrisico's voorzien, voorkomen en verzekeren)
01/07	Gezondheidsrisico's voorzien, voorkomen en verzekeren
01/05	Technologische innovatie in zorgsector (verkennde studie)
01/04E	Healthy without care
00/06	Medisch specialistische zorg in de toekomst (advies en dossier)
00/04	De rollen verdeeld: achtergrondstudies (achtergrondstudie bij De rollen verdeeld)
00/03	De rollen verdeeld

Bijzondere publicaties

Sig 08/01A	Publieksversie Vertrouwen in de spreekkamer
07/06	Adviseren aan de overheid van de toekomst (verslag van de invitational conference, 22 mei 2007)
Sig 07/01A	Publieksversie signalement Uitstel van ouderschap: medisch of maatschappelijk probleem?
06/05	De AWBZ voldoet niet meer. Verslag van vier debatten met de zorgsector over het advies van de RVZ over de AWBZ
06/01E	Tenable Solidarity in the Dutch Health Care System
05/13E	Informal care: The contribution of carers and volunteers to long-term care
05/16	Adviseren aan de andere overheid (verslag van de invitational conference, 16 juni 2005)
05/10	Uw stem in de WMO (brochure bij het briefadvies Wet Maatschappelijke Ondersteuning (05/01) en het advies Gemeente en zorg (03/12))
05/09	Internetgebruiker en veranderingen in de zorg
05/08E	The Dutch health care market: towards healthy competition (Engelse vertaling samenvattingen van de adviezen Winst en gezondheidszorg, Marktwerking in de medisch specialistische zorg en Marktconcentraties in de ziekenhuiszorg)
04/11	RVZ: sanus sine cure (rapport bij evaluatieverslag 2000-2004)
04/10	De RVZ in beweging (Evaluatierapport RVZ 2000-2004)
04/05	Tot de klant gericht (conclusies van de invitational conference Van patiënt tot klant)

03/11E	The preferences of healthcare customers in Europe
03/11	De wensen van zorgcliënten in Europa
02/16	Gezondheidszorg en Europa: een kwestie van kiezen
01M/02	Meer tijd en aandacht voor patiënten? Hoe een nieuwe taakverdeling kan helpen
01M/01E	E-health in the United States
01M/01	E-health in de Verenigde Staten
01M/03	Publieksversie Verzekerd van zorg
01M/02	De RVZ over het zorgstelsel
01M/01	Management van beleidsadvisering
00/05	Himmelhoch jauchzend, zum Tode betrübt (essay)

Signalementen met achtergrondstudies

Sig 07/02	Goed patiëntschap
Sig 07/01	Uitstel van ouderschap: medisch of maatschappelijk probleem?
Sig 05/04	Houdbare solidariteit in de gezondheidszorg: essays en maatschappelijk debat (behoort bij briefadvies Houdbare solidariteit in de gezondheidszorg (06/01) en bij Houdbare solidariteit in de gezondheidszorg: signalement (Sig 05/02).
Sig 05/03	Risicosolidariteit en zorgkosten (achtergrondstudie bij Houdbare solidariteit in de gezondheidszorg)
Sig 05/02E	Tenable Solidarity in the Dutch Health Care System
Sig 05/02	Houdbare solidariteit in de gezondheidszorg: signalement
Sig 05/01	Het preventieconcert: internationale vergelijking van publieke gezondheid
Sig 03/01	Exploderende zorguitgaven

Publicaties Centrum Ethiek en Gezondheid

Signalering Ethiek en Gezondheid 2003
Drang en informele dwang in de zorg (2003)
Signalering Ethiek en Gezondheid 2004
Signalering Ethiek en Gezondheid 2005
Bundel achtergrondstudies Economisering van zorg en beroepsethiek (2004)
Mantelzorg...onbetaalbaar? Verslag van het debat gehouden in Utrecht, 26 februari 2004
De vertwijfeling van de mantelmeeuw (2004)
Achtergrondstudie Ethiek in de zorgopleidingen en zorginstellingen (2005)
Signalement Vertrouwen in verantwoorde zorg? (2006)
Testen van bloeddonors op variant Creutzfeldt-Jakob? (2006)
Over keuzevrijheid en kiesplicht (2006)
Overwegingen bij het beëindigen van het leven van pasgeborenen. (2007)
Formalisering van informele zorg (2007)
Financiële stimulering van orgaandonatie (2007)

Passend bewijs: ethische vragen bij het gebruik van evidence in het zorgbeleid (2008)

Afscheid van de vrijblijvendheid (2008)

Argumentenwijzer voor het debat over orgaandonatie (2008)

Publicaties Commissie Bestrijding Vrouwelijke Genitale Verminking

De commissie is een ad hoc adviescommissie ingesteld door de minister van VWS, ondersteund door het secretariaat van de RVZ.

VG 05/04 Vrouwelijke genitale verminking nader bekeken (achtergrondstudie bij Bestrijding vrouwelijke genitale verminking)

VG 05/03 Bestrijding vrouwelijke genitale verminking: achtergrondstudie (achtergrondstudie bij Bestrijding vrouwelijke genitale verminking)

VG 05/02 Genitale verminking in juridisch perspectief (achtergrondstudie bij Bestrijding vrouwelijke genitale verminking)

VG 05/01 Bestrijding vrouwelijke genitale verminking

Werkprogramma's en jaarverslagen

07/05 Werkprogramma 2008

00/02 Werkprogramma RVZ 2001 – 2002

04/12 Jaarverslag 2002-2003 RVZ

02/08 Jaarverslag 2001 RVZ

01/06 Jaarverslag 2000 RVZ

00/01 Jaarverslag 1999 RVZ

