

Schaal en zorg

Advies uitgebracht door de Raad voor de Volksgezondheid en
Zorg aan de minister en staatssecretaris van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

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: Kaft: Quantes, Rijswijk
Binnenwerk: WPT, Rijswijk
Uitgave: 2008
ISBN: 978-90-5732-196-2

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

© Raad voor de Volksgezondheid en Zorg

Inhoudsopgave

	Samenvatting	7
1	Waarom dit advies?	15
1.1	Aanleiding	15
1.2	Achtergrond	15
1.3	Feiten: een eerste indruk	16
1.4	Probleemstelling: visie RVZ	18
1.5	Adviesdomein, werkwijze en leeswijzer	19
1.6	Wat wil de RVZ met dit advies bereiken?	20
2	Het verband tussen schaal en zorg	21
2.1	Definiëring relevante begrippen	21
2.2	Het verband tussen schaalgrootte en de publieke belangen; de publieke belangen onderling	22
2.3	De relevantie van segmentering van de zorgsector	24
2.4	Conclusie: groot- en kleinschaligheid (concentratie en deconcentratie) in perspectief	25
3	Schaal en zorg nader bekeken	26
3.1	De acute zorg	26
3.2	Planbare medisch -specialistische zorg	28
3.3	Langdurige zorg (AWBZ)	31
3.4	De eerste lijn	34
3.5	Disease management en ketenzorg	36
3.6	E-health	36
3.7	Conclusies	38
4	Borging van de publieke belangen	40
4.1	Verantwoordelijkheidstoedeling per zorgsegment	40
4.2	Risico's voor de publieke belangen	41
4.3	Fusietoets als sturingsmiddel voor schaal?	42
4.4	Beoordeling noodzaak aparte fusietoets	47
4.5	Andere juridische instrumenten	48
4.6	Conclusie	50
5	Advies en aanbevelingen	52
5.1	Visie en advies van de Raad	52
5.2	Aanbevelingen	53

Bijlagen

1	Adviesvraag	xx
2	Verantwoording van de adviesprocedure	xx
3	Schaal en belangen in de gezondheidszorg	xx
4	Acute zorg	xx
5	Eerstelijnszorg	xx
6	Schaal en e-health	xx
7	Toetsingskader voor spreiding	xx
8	Lijst van afkortingen	xx
9	Literatuurlijst	xx

Overzicht publicaties RVZ

Fuseren of niet, dat is de verantwoordelijkheid van de zorgaanbieder. De markt – lees patiënt en zorgverzekeraar – moeten een verkeerde fusiebeslissing kunnen afstraffen. Kortom: geen wet, maar markt.

Welk probleem lost dit advies op?

Dreiging van een 'zorgfusietoets'. Het ontbreken van checks and balances bij fusiebeslissingen. Stagnerende ontwikkeling marktwerking.

Wat zijn de gevolgen voor de consument?

Meer countervailing power bij fusiebeslissingen. Versterking cliëntenraad. Mededingingsrecht, kwaliteitstoezicht en marktmeesterschap in dienst van de consument. Kwaliteit boven bereikbaarheid.

Wat zijn de gevolgen voor de zorgverlener?

Meer ondernemersrisico. Verantwoordelijkheid voor schaalbeslissingen onverkort bij governance-systeem. Geen rolverwarring met overheid. Scherp optreden marktmeester.

Wat zijn de gevolgen voor de zorgverzekeraar?

Krijgt als inkoper meer steun van toezichthouders en marktmeester. Moet met selectieve zorginkoop verkeerde schaalbeslissingen afstraffen.

Wat kost het?

Dit advies kan kostenneutraal worden gerealiseerd.

Wat is nieuw?

Pleidooi tegen fusietoets. Prioriteit bij kwaliteit boven bereikbaarheid. Acute zorg is overheidsverantwoordelijkheid. Deconcentratie als wapen tegen schaalvergroting. Stratificatie toekomstige medische zorg. Tucht van de markt, geen wetgeving.

Schaal en zorg

Samenvatting

Aanleiding

Parlementaire onrust is de aanleiding voor dit advies. De Tweede Kamer maakt zich grote zorgen over fusies van zorginstellingen. Die zouden negatieve gevolgen hebben voor kwaliteit, bereikbaarheid en diversiteit van het zorgaanbod. En dus moet de minister van VWS fusies kunnen verbieden, vindt de Kamer: een aparte fusietoets voor de zorgsector moet er komen. De minister vraagt de RVZ om advies.

Feiten

Eerst de feiten. Onmiskenbaar vertoont het zorgaanbod een neiging zijn schaal te vergroten, onder andere door fusie. Dat is wel verklaarbaar. Schaalvergroting is soms puur financiële noodzaak, bijvoorbeeld om kleinschalige zorg te kunnen bieden. En verder dwingen wetenschap en technologie zorgaanbieders steeds meer tot schaalvergroting, tot concentratie van kennis. Maar de verklaring die het meest hout snijdt is dat zorgaanbieders onzeker zijn en veel risico's zien. De zorgsector is in transitie - van overheid naar markt - en dat stimuleert kennelijk defensief gedrag. Dat komt tot uiting in hun schaalbeslissingen, in hun neiging tot schaalvergroting.

Steeds meer vervangt samenwerking tussen zorginstellingen of tussen professionals, bijvoorbeeld om ketens te kunnen vormen, de fusie. Het aantal rechtspersonen in de zorgsector is duidelijk afgenomen, het aantal locaties niet. Dat is in de AWBZ zelfs toegenomen. De bereikbaarheid van Nederlandse zorginstellingen was en is dus goed. Wel schiet de acute zorg, die het hart vormt van de bereikbaarheid, in kwalitatief opzicht te kort, afgemeten aan de internationale standaard. Er zijn geen aanwijzingen dat de kwaliteit en de betaalbaarheid van het zorgaanbod zijn aangetast door de schaalvergroting.

Probleem

Als de publieke belangen - kwaliteit, toegankelijkheid, betaalbaarheid - dus niet in gevaar zijn, wat is dan wél het probleem? Dat is onenigheid over de verantwoordelijkheid. Wie gaat er over schaalbeslissingen: de overheid of de zorginstelling zelf? De beleidslijn van de afgelopen jaren is overigens glashelder: daar gaat de zorginstelling over en de markt moet een verkeer-

de schaalbeslissing afstraffen. Maar die markt werkt nog niet goed en straft niet af. De overheid bemoeit zich nog steeds nadrukkelijk met de zorgsector. Dat schept enerzijds verplichtingen (en creëert verwachtingen), veroorzaakt anderzijds onduidelijkheid over de verantwoordelijkheid. Strekt de ministeriële 'stelselverantwoordelijkheid' zich nu wel of niet uit over schaalbeslissingen van zorgaanbieders? Daarover bestaat geen politieke overeenstemming.

Een afgeleid probleem is dat het erg lastig is om schaalvergroting te toetsen aan de publieke belangen. Zo is kwaliteit soms gediend met schaalvergroting, maar bereikbaarheid met schaalverkleining. Daar komt bij dat reisafstand voor de patiënt wel is te meten, maar kwaliteit niet. Een ernstige zaak. Zorgelijk, tenslotte, is het dat de ophef over de fusies ons doet vergeten dat er te weinig beleid is gericht op innovatie, zorg op maat en kleinschalige zorgverlening.

Verband tussen schaal en zorg

Om te beginnen dit. In de parlementaire discussie over fusies en schaalvergroting gaat het alleen over het juridische aspect, over het ontstaan van nieuwe en grotere rechtspersonen, instellingen. Maar schaal heeft ook van doen met het niveau waarop zorg bij de klant komt (aan huis, in de eerste lijn, in een kleine dagopvang, in een ziekenhuis). En dat laatste is voor de patiënt het belangrijkste. Grootschaligheid in juridische zin kan heel goed samen gaan met kleinschalige zorg op maat, is daarvoor vaak zelfs een economische voorwaarde.

Dit geeft aan dat het verband tussen schaal en zorg veel complexer is dan het lijkt. Het is niet zo dat kleinschalig altijd identiek is met kwaliteit, met klantvriendelijkheid, met doelmatigheid; het omgekeerde kan ook waar zijn. Daarbij komt dat er nogal wat externe krachten van invloed zijn op het verband tussen schaal en zorg. Zo moet men tegenwoordig, wil men verantwoorde zorg kunnen geven, steeds vaker kennis en techniek bundelen. Dat betekent concentratie. Dat betekent schaalvergroting. Dit alles pleit voor 'beleid op maat', pleit tegen generieke maatregelen voor de hele zorgsector.

Er zijn, zoals gezegd, geen harde aanwijzingen gevonden dat grootschaligheid in de zorg ten koste gaat van kwaliteit, betaalbaarheid en bereikbaarheid. Kwaliteit wijst voor sommige zorgfuncties eerder in de richting van het tegendeel: grootschaligheid is soms noodzaak. Verdere schaalvergroting kan wel ten koste gaan van de bereikbaarheid. Dat is het geval als

schaalvergroting gepaard gaat met concentratie van functies en/of het opheffen van locaties. Dit is niet denkbeeldig. De risico's voor zorgaanbieders nemen immers toe.

Een eventuele afname van bereikbaarheid is overigens voor de meeste zorgsegmenten geen probleem: de bereikbaarheid is zonder meer goed in Nederland en snelle bereikbaarheid is objectief gezien veelal niet noodzakelijk, behalve bij acute zorg. Iets anders is dat (eventuele) afname van bereikbaarheid niet strookt met de preferenties van de klant. Maar daarbij speelt het probleem dat die klant wel zijn reistijd kent, maar niet de te verwachten kwaliteit. Hij kan die zaken dus niet goed afwegen.

Segmentering zorgsector nodig!

Dit waren twee nuanceringen. Er is nog een derde nodig. Het verband tussen schaal en zorg neemt binnen onderdelen, segmenten, van de zorgsector steeds een andere vorm aan. En dus is segmentering nodig om tot een goed oordeel over schaalvergroting te kunnen komen. Drie segmenten springen eruit: de acute zorg, de planbare medisch-specialistische zorg en de langdurige zorg (de AWBZ-zorg).

Eerst de acute zorg. Heeft men die goed georganiseerd, dan heeft men de bereikbaarheid van de zorg op orde. Is dat het geval? Nee, maar met een aantal gerichte maatregelen en investeringen is dat goed te realiseren. De belangrijkste zijn deze:

- het wettelijk regelen (overheidsverantwoordelijkheid!) van een segment acute zorg, strikt te beperken tot onmiddellijk te verlenen zorg (definitie in advies, § 3.1) en in organisatorische, ruimtelijke en financiële zin af te grenzen van niet-acute zorg;
- deze zorg heeft de vorm van een keten met de spoedissende hulp (SEH) van het ziekenhuis als kern;
- een geavanceerde ambulancehulpverlening die zeer snel ter plekke kan zijn en die logistiek en medisch gekoppeld is aan de dichtstbijzijnde geïndiceerde klinische voorziening.

Behalve deze maatregelen en investeringen, zijn besparingen mogelijk (onder meer op het aantal SEH's en meldkamers).

Dan de planbare medisch-specialistische zorg. Die is in de greep geraakt van, grotendeels autonome, ontwikkelingen: de wetenschap en de technologie. Die dwingen tot steeds verder gaande specialisatie en tot concentratie van kennis, kunde en kapitaal. Tegelijkertijd is voor andere handelingen ook het

omgekeerde het geval. Een aantal ingrepen kan tegenwoordig heel goed buiten het ziekenhuis plaatsvinden, in professionele samenwerkingsverbanden en/of in de eerste lijn. Wij zien dus concentratie én deconcentratie, groot - én kleinschaligheid.

Ondersteund door toezicht en bekostiging, zullen deze trends het ziekenhuislandschap radicaal gaan én moeten veranderen. Dit landschap zou er over een paar jaar zo uit moeten zien:

- een krachtige eerste lijn, waarin ook gespecialiseerde medische diagnostiek wordt geboden (combinatie met aantal polifuncties);
- concentratie van medische kennis, kunde en technologie in UMC's en topklinische ziekenhuizen;
- en daartussen kleine medische klinieken met focus, ingebed in een netwerk met de grote ziekenhuizen en dicht bij de eerste lijn en de langdurige zorg gesitueerd.

In dit landschap dus geen kleine ziekenhuizen met een breed functiepakket.

Tenslotte de langdurige zorg (de AWBZ-zorg). Dit is het segment waarin grootschaligheid van bestuur en beheer uitstekend samengaat met kleinschaligheid van zorg- en dienstverlening. En zo brengen zorgaanbieders het ook in de praktijk. De ontwikkelingen gaan de goede kant op. Versnelling is nodig en mogelijk:

- door radicaler wonen en zorg te scheiden. Dit door de verantwoordelijkheid voor de financiering van het vastgoed volledig bij de zorgaanbieder te leggen;
- door in de tarieven kleinschaligheid te honoreren, grootschaligheid te ontmoedigen;
- door de bekostiging van het zorgaanbod afhankelijk te maken van een persoonsgebonden budget;
- door de zorgkantoren te vervangen door risicodragende zorgverzekeraars.

Drie oplossingen voor bereikbaarheidsproblemen

Met de zojuist gepresenteerde aanpak per segment voorkomt men veel bereikbaarheidsproblemen en verhoogt men bovendien de kwaliteit. Maar er kan en moet meer. Er zijn drie manieren om kwaliteit en bereikbaarheid aanzienlijk te verbeteren en zo mogelijk toekomstige problemen op die terreinen te voorkomen:

- door de eerste lijn om te vormen tot een stelsel van brede wijkgebonden centra voor ondersteuning, preventie, care en cure;

- door e-health substantieel uit te breiden als substituuat voor reguliere zorg;
- daar waar mogelijk ketenzorg en disease management als alternatieven voor instituutgebonden zorg te bevorderen.

Op deze drie terreinen liggen voor de minister van VWS de grootste mogelijkheden om 'schaalbeleid' te ontwikkelen. Dan zal hij zich wel verantwoordelijk moeten maken voor de verdere ontwikkeling van deze terreinen (regisseur).

Een aparte fusietoets voor de zorgsector?

De Tweede Kamer vindt dat de minister van VWS een aparte fusietoets voor de zorgsector moet bewerkstelligen. De NMa zou dan stringenter kunnen optreden tegen fusieplannen.

Een zorgfusietoets - vormgegeven in een aparte wettelijke regeling - is een te zwaar, disproportioneel middel om de eventuele risico's van schaalvergroting te weren. Het bestaande mededingingsrecht is in beginsel toereikend, hoewel het op onderdelen kan worden versterkt. De ratio van het mededingingsrecht is juist de consument te beschermen en tegemoet te komen aan zijn preferenties door afnemers keuzemogelijkheden te laten behouden en perverse prikkels van schaalvergroting (misbruik maken van machtspositie) tegen te gaan.

Omdat geen eenduidig causaal verband bestaat tussen de schaalgrootte van zorginstellingen en effecten op de publieke belangen, is het niet logisch fusieplannen op voorhand als aangrijpingspunt voor overheidsinterventie te hanteren. Het waken voor misbruik van economische machtsposities ligt meer voor de hand. Daarom is de Raad er voorstander van de taak van de marktmeester in de zorg, de NZa, te versterken. De NZa monitort de ontwikkelingen van de verschillende deelmarkten en dient daarbij prioriteit te geven aan het monitoren van de effecten van schaalvergroting op de publieke belangen. Het door de Raad in zijn advies Marktconcentraties (2003) gepresenteerde spreidingsmodel kan daarvoor als leidraad dienen. Zo nodig moeten de bevoegdheden van de NZa in het kader van aanmerkelijke marktmacht worden uitgebreid.

De visie van de RVZ

Aanleiding voor dit advies is de vrees van de Kamer dat schaalvergroting in de zorg schadelijk is voor de publieke belangen, met name voor de bereikbaarheid van de zorg. Wij hebben daarvoor geen bewijs gevonden. Wel zijn er aanwijzin-

gen dat problemen kunnen ontstaan. Kamervragen weerspiegelen vooral twijfels over marktwerking.

Wat de aansturing van de acute zorg betreft, deelt de Raad die twijfel. Daar acht de Raad volledige overheidsregulering (centrale planning en bekostiging) aangewezen. Wat de chronische (langdurige) en electief curatieve zorg betreft, deelt de Raad die twijfel niet, integendeel. De risico's die door schaalvergroting in deze segmenten kunnen ontstaan zijn eerder een gevolg van een tekort dan een teveel aan marktwerking. In de visie van de Raad is de dominante oriëntatie van zorgaanbieders op het verkrijgen van voldoende marktaandeel een tijdelijke fase, in de overgang naar een vraaggestuurd stelsel van zorg. In deze transitiefase is er veel onzekerheid, en zoeken zorgaanbieders - geconfronteerd met toenemende (financiële) risico's - naar evenwicht en stabiliteit. Het is nu zaak om door te pakken.

De Raad adviseert de minister de verantwoordelijkheid van zorgaanbieders voor besluitvorming over schaalgrootte te respecteren. Een aparte fusietoets voor de zorg, zoals door de Kamer voorgesteld, past niet in situaties waarin marktwerking het dominante ordeningsprincipe is. Er is nog een reden zo'n fusietoets uit de weg te gaan. Het verband tussen schaal en kwaliteit/bereikbaarheid van zorg is complex. Het is onbegonnen werk dit verband te reguleren met één toets.

Gegeven de verantwoordelijkheid van zorgaanbieders voor de schaalgrootte, zullen zij ook de risico's en consequenties daarvan volledig moeten dragen. Daarom moet voortgang gemaakt worden met de invoering van integrale prestatieprijzen en met de uitbreiding van het B-segment en met het stimuleren van selectieve zorginkoop. Maar bovenal moet de transparantie van kwaliteit worden afgedwongen. Alleen zo creëert men een doeltreffende toets (door consument en zorginkoper) op schaalbeslissingen. Het governance-systeem is daarvoor verantwoordelijk; de markt toetst.

De minister moet duidelijkheid verschaffen over de publieke belangen in relatie tot schaal en zorg, de onderliggende normen en de onderlinge rangorde. Als het er echt op aankomt, gaan kwaliteit van zorg en de uitkomsten daarvan boven alles, zelfs als dit ten koste gaat van een ander publiek belang, zoals bereikbaarheid.

De uitdaging voor de overheid ligt in het met kracht bevorderen van deconcentratie van zorgverlening, zorg op menselijke

maat en community based care. De sleutel daartoe ligt in het bevorderen en versterken van de eerste lijn, van e-health, van disease management (dat wil zeggen de integratie van preventie, care en cure) en van scheiden van wonen en zorg.

Geen aparte fusietoets, wel kwaliteit en bereikbaarheid borgen. Hoe doe je dat? Hieronder een aantal suggesties.

Aanbevelingen

- Zie af van een aparte fusietoets voor de zorg. Bevorder dat in het samenwerkingsprotocol tussen NMa en NZa wordt vastgelegd dat de NMa specifiek ingaat op de zienswijze van de NZa, voor zover deze afwijkt van haar uiteindelijke fusiebesluit (motiveringsplicht).
- Mochten risico's van schaalvergroting voor de publieke belangen zich manifesteren, kies er dan voor de bevoegdheden van de NZa in het kader van aanmerkelijke marktmacht uit te breiden. De Raad zou de NZa ook willen suggereren haar monitoringstaak scherper toe te passen op de effecten van schaalbeslissingen.
- Maak zo nodig gebruik van de toelating ex Wtzi om voorwaarden te stellen aan categorieën zorgaanbieders.
- Overweeg de mogelijkheid in de WMCZ een bepaling op te nemen die het bestuur van een zorgonderneming verplicht een door de cliëntenraad aangedragen alternatief voor fusie te (doen) onderzoeken en die aan het bestuur een motiveringsplicht oplegt wanneer het bij zijn oorspronkelijke voornemen blijft.
- Heroverweeg de sturing en financiering van de acute zorg zoals omschreven in dit advies.
- Ga verder op de ingeslagen weg van (gereguleerde) marktwerking voor de overige zorgsegmenten (Zorgverzekeringswet én AWBZ). Dat wil zeggen: integrale prestatiebekostiging, uitbreiding vrije prijsvorming, selectieve zorginkoop op korte termijn.
- Bevorder de ontwikkeling van normen die een minimumaantal verrichtingen/behandelingen per jaar eisen. Wanneer daaraan niet voldaan kan worden, moet onverkort duidelijk zijn dat het verboden is de desbetreffende verrichting/behandeling uit te voeren. Creëer een wettelijke grondslag voor kwaliteitsnormen.
- Schaf beschermingsconstructies voor kleine ziekenhuizen af. Stap af van de gedachte dat ziekenhuizen over een breed pakket medisch-specialistische functies moeten (kunnen) beschikken (IGZ).

- Regisseer de totstandkoming van een geïntegreerde eerste lijn, zoals beschreven in dit advies. Bevorder, in bekostiging (NZa) en in kwaliteitsbeleid (IGZ) ook overigens kleinschalige provisie van zorg met behulp van e-health, disease management, scheiden wonen en zorg. Beloon innovatie in plaats van instandhouding.

1 Waarom dit advies?

1.1 Aanleiding

Parlementaire onrust vormt de aanleiding voor dit advies. De Tweede Kamer confronteerde de minister van VWS eind 2007 met zijn zorg over het aantal fusies van zorginstellingen. De Kamer drukte zijn zorg uit in twee moties waarin hij de minister oproep tot actie. In april 2008 kwam de Tweede Kamer hierop terug naar aanleiding van een 'megafusie' in de AWBZ. De minister zou fusies kritischer moeten beoordelen op publiek belang. De minister zegde toe in een brief aan de Kamer een standpunt in te nemen. Hij vroeg vervolgens de RVZ om een spoedadvies. Dit ligt nu voor u. Zie verder bijlage 1 voor de Kamerdiscussie.

1.2 Achtergrond

De zorgen van de Tweede Kamer komen niet uit de lucht vallen. Onmiskenbaar vertoont het zorgaanbod de neiging tot schaalvergroting. Door te fuseren, door samen te werken, door het sluiten van bondgenootschappen. Vanwaar deze neiging elkaar op te zoeken? Drie verklaringen.

1. Schaalvergroting is, althans in de beleving van veel zorgaanbieders, profijtelijk en staat als organisatiedoel scherper op het netvlies dan schaalverkleining. Hoewel dit een reflex is uit het verleden van overheidsbemoeienis en aanbodregulering, is hij nog wel van invloed op schaalbeslissingen. Deze reflex vertonen zorgaanbieders ook nu langzaam maar marktwerking in de plaats komt van overheidsregulering en wel met het doel de markt uit te schakelen.
2. Steeds meer sturen kennis en technologie de zorgverlening. Er komen meer mogelijkheden voor diagnostiek en behandeling. Investeren in technologische innovatie en in kennis vereist een zekere schaalomvang. En wij willen ziekten integraal en in ketenvorm bestrijden. Dat willen wij, omdat de ziekten van deze tijd vragen om zorg die over de grenzen van instellingen heen gaat. De tijd is voorbij dat de patiënt aan één instelling voldoende had. Dit alles hoeft misschien niet automatisch tot schaalvergroting te leiden, maar bevordert het denken daarover wel.
3. Zorgaanbieders lopen meer risico's dan vroeger. De consument krijgt inzicht in de kwaliteit van zijn zorgverlening

en stelt zijn gedrag daarop in. De zorgverzekeraar - en daarachter patiënt en werkgever - zou de komende jaren weleens selectiever kunnen inkopen, waardoor de opbrengsten niet meer zijn gegarandeerd. En als er straks integrale prestatieprijzen zijn, niet meer centraal vastgesteld, zal de zorgaanbieder scherp moeten sturen op kapitaallasten en op zijn overige kosten. Dan is er nog het dreigende tekort aan personeel. De cumulatie van deze - deels reële, deels gepercipieerde - risico's is nogal eens de aanzet tot schaalvergroting. Risico's spreiden en onzekerheid reduceren zijn dominante motieven.

Dit roept, bij nadere beschouwing, het beeld op van transformatie en van onzekerheid. De zorgsector beweegt zich van overheidsregulering naar marktordening, zweeft tussen deze twee in en is onzeker over zijn strategie. Tegen deze achtergrond zullen wij op dit moment schaalbeslissingen moeten beoordelen. Deze beslissingen dragen nogal eens het kenmerk van het stelsel, waarin zij tot stand komen, onduidelijkheid over verantwoordelijkheid en koers, onduidelijkheid over het aangrijpingspunt voor de sturing: aanbod of vraag.

Kort en goed: schaalbeslissingen zijn heel vaak reactief en defensief. En dat brengt ons al direct tot deze centrale gedachte. Als men iets aan fusies wil doen, dan niet door een verbod, maar door de oorzaken van het reactief en defensief handelen weg te nemen. Hoe? Door de vraagzijde te versterken. Door ondernemerschap te stimuleren met ruimte en risico. Door innovatie aan te jagen.

1.3 Feiten: een eerste indruk

Maar is er inderdaad sprake van systematische schaalvergroting? En zo ja, wat zijn daarvan de gevolgen voor markt en consument? Voor dit moment deze eerste indruk (onderbouwing o.m.: Blank et al., 2008; Brummelman, 2008; Van Zijl et al., 2008; SCP, 2006).

- Inderdaad zien wij binnen het zorgaanbod veel activiteiten gericht op samenwerking of samenvoeging en wel op vijf niveaus: provisie, eigendom, locatie, kosten en kennis. Zorgaanbieders passen op deze niveaus uiteenlopende vormen van integratie toe: van fusie tot professionele samenwerking. De fusie is, in ieder geval bij ziekenhuizen, op de terugtocht (Van Zijl et al., 2008). Andere vormen van samenwerking dienen zich aan (bij-

- voorbeeld inkoopcentrales, shared services centers, coöperatieve verenigingen, lokale professionele netwerken).
- Groot- en kleinschaligheid sluiten elkaar niet uit. Groot-schalig eigendom gaat nogal eens samen met kleinschalige provisie van zorg, is daarvoor soms zelfs een voorwaarde (bijvoorbeeld wanneer kleinschalige provisie verliesgevend is). In die situaties dwingt wet - en regelgeving de zorgaanbieders tot grootschaligheid.
 - In de AWBZ, in het bijzonder in de thuiszorg, is bestuurlijke schaalvergroting, in de vorm van fusie, het verst voortgeschreden, ook over de grenzen van traditionele marktsegmenten heen. In de ziekenhuissector gaat het - na de fusiegolf van de afgelopen 20 jaar, minder hard. In zowel AWBZ als Zvw is de samenwerking vaak (en van nature) regionaal, maar de laatste jaren steeds vaker ook landelijk. Dit laatste als reactie op het landelijk opereren van zorgverzekeraars en op het vaak landelijk karakter van collectiviteiten in de Zvw.
 - Wij zien nog geen substantiële groei van het aantal nieuwe toetreders, bijvoorbeeld zelfstandige behandelcentra (zbc's).
 - Schaalverkleining als ondernemingsstrategie, in het bijzonder innovatieve schaalverkleining, is zeker niet algemeen. Ontwikkelingen in de Zvw (zorginkoop) kunnen de kleinschaligheid gaan bevorderen (zie RVZ-advies *Zorginkoop*, 2008). In de langdurige zorg (AWBZ) is het aantal zorglocaties in de afgelopen decennia al wel toegenomen. De gehandicaptenzorg is een goed voorbeeld.
 - Over de gevolgen voor de publieke belangen dit. Per saldo heeft het bovenstaande anno 2008 niet geleid tot een verminderde bereikbaarheid of beschikbaarheid van de zorg. Nederland beschikt, ook in internationaal perspectief, nog steeds over een goed gespreid netwerk van zorgvoorzieningen. De kwaliteit van zorg neemt soms toe door schaalvergroting (bijvoorbeeld bij bepaalde medisch-specialistische ingrepen), maar kan daardoor, als de organisatie zich niet aanpast, ook afnemen (bijvoorbeeld door bureaucratisering). Over het algemeen zal schaalvergroting op instellingsniveau niet direct leiden tot kwaliteitsverbetering, die op maatschapsniveau mogelijk wel. Of schaalvergroting leidt tot meer doelmatigheid is moeilijk te zeggen. Dit hangt af van het gekozen organisatiemodel en ook van het object van schaalvergroting. Zo heeft schaalvergroting bij vastgoed of bij inkoop gunstige effecten. Een en ander betekent dat

men schaalbeslissingen niet moet willen reguleren met generieke maatregelen.

- In de acute zorg zijn de publieke belangen nog niet voldoende geborgd. Hier is de bereikbaarheid van zorg op zich zelf niet het probleem. Probleem is de bereikbaarheid en beschikbaarheid van adequate, kwalitatief verantwoorde zorg.
- De relatie tussen innovatie en schaal is ingewikkeld. In de curatieve zorg is schaalvergroting soms nodig om innovaties te kunnen realiseren. In de AWBZ-zorg zien wij innovatie vaak juist in de kleinschaligheid ontstaan.

1.4 Probleemstelling: visie RVZ

Rond het thema schaal en zorg spelen zich vier problemen af.

1. Wie is verantwoordelijk voor schaalbeslissingen? De parlementaire discussie over fusies van zorginstellingen laat zien dat de realiteit van het nieuwe zorgstelsel - gereuleerde marktwerking, minister op afstand, veld aan zettelijke vragen over verantwoordelijkheid en sturing oproept. Dit is voor de werking van het nieuwe besturingsparadigma een probleem. Voor alle duidelijkheid: de verantwoordelijkheid voor schaalbeslissingen ligt onverkort bij zorgaanbieders. De minister ziet toe op het functioneren van het zorgstelsel.
2. Hoe moet je schaalvergroting beoordelen? Nog los van de vraag wie verantwoordelijk is voor schaalbeslissingen, is het onduidelijk waarop men die beslissingen kan en moet toetsen. De Tweede Kamer noemt bereikbaarheid en kwaliteit, maar ook keuzemogelijkheden, leefbaarheid en maatschappelijke functie, bureaucratie. De Raad voegt daaraan de betaalbaarheid (doelmatigheid) toe. Deze uitkomstmaten alle, onverkort, toepassen op schaalbeslissingen is niet mogelijk: zij zijn lang niet altijd verenigbaar, soms zelfs onderling strijdig. Wij missen dus een werkbaar beoordelingskader (schaaltoets) en een hiërarchie van publieke belangen. In zijn advies Marktconcentraties uit 2003 heeft de RVZ een toetsingskader voor spreiding ontwikkeld. Dit is opgenomen in bijlage 4. Essentieel is het onderscheid tussen fysieke bereikbaarheid van zorg en bereikbaarheid van verantwoorde zorg. Die twee zijn niet identiek!
3. Levert de actuele schaalvergroting iets op? Omdat schaalbeslissingen worden gefinancierd met publiek geld, is het

gerechtvaardigd na te (laten) gaan of zij voldoende publieke waarde opleveren, bijvoorbeeld in termen van efficiency of kwaliteit. Er zijn twijfels over de meeropbrengst van schaalvergroting én over de gevolgen voor de 'checks and balances' in de zorgsector. En toch, zie punt 1, moeten wij aanvaarden dat de zorgaanbieder verantwoordelijk is voor schaalbeslissingen. Dit kan maar een ding betekenen: de markt moet voorzien in de 'checks and balances'. De markt, dat wil zeggen de consument en de zorgverzekeraar. Op dit moment kunnen dezen niet voldoende 'countervailing power' ontwikkelen en blijven verkeerde schaalbeslissingen nogal eens onbestraft.

4. Is het zorgaanbod wel voldoende klantgericht en innovatief? Moet de discussie niet vooral gaan over de afstemming van het zorgaanbod op de vraag, dus over zorg op maat, zorg aan huis, klantgerichtheid en dus over innovatie en kleinschalige provisie? Dat de discussie uitsluitend gaat over grootschalig, veelal institutioneel en gebouwgebonden, zorgaanbod is al zorgelijk. Zorgelijker nog is het dat er weinig prikkels voor innovatief en kleinschalig zorgverlenen zijn. Er is geen gezonde balans tussen kleinschaligheid, geen natuurlijk substitutiemechanisme, en dat beïnvloedt schaalbeslissingen negatief. In het verlengde hiervan ligt een ander probleem. De zorgconsument is heel vaak nog niet in staat een verantwoorde keuze te maken uit zorgaanbod. Kwaliteitstransparantie ontbreekt. Dat beïnvloedt de reisbereidheid van de consument en is dus relevant voor bereikbaarheid. Kwaliteitstransparantie plaatst de discussie over bereikbaarheid in een ander daglicht. Transparantie stuurt reisbereidheid, stuurt keuzes.

1.5 Adviesdomein, werkwijze en leeswijzer

Dit advies heeft betrekking op besluitvorming over de schaal van het zorgaanbod geregeld in de Zorgverzekeringswet en in de AWBZ. Op schaalbeslissingen bij zorgverzekeraars gaat de Raad niet in.

In bijlage 2 legt de Raad verantwoording af over de manier waarop dit advies is totstandgekomen: onderbouwing, overleg. Tegelijkertijd met dit advies verschijnen drie externe achtergrondstudies:

- Blank, J. et al., Schaal en zorg. TU Delft, IPSE Studies, 2008;

- Gronden, J. W. van de en H.M. Stergiou, Fusietoets in de zorg: Hoe past een dergelijke toets in het Europese en nationale economische recht?, Radboud Universiteit Nijmegen, 2008.
- Zijl, P.J.M. van et al., Schaal en zorg. Zorg Consult Nederland, 2008.

R. Mouton schreef voor dit advies het essay Schaalgrootte van zorginstellingen: implicaties van vraagsturing. Achtergrondstudies en essay zijn, samen met een intern vignet Schaal en Zorg internationaal, opgenomen in een aparte publicatie van de RVZ. Medewerkers van de RVZ schreven onderbouwende vignetten over de publieke belangen, over acute zorg, over de eerste lijn en over e-health.

Na dit inleidende hoofdstuk, gaat de Raad in op het verband tussen schaal en zorg (hoofdstuk 2). Dit verband past hij vervolgens toe op een aantal relevante vormen van zorg, zoals acute zorg (hoofdstuk 3). Daaruit leidt hij de risico's voor de publieke belangen af, waarna hij kan ingaan op de suggestie van de Kamer om een aparte fusietoets voor de zorg in het leven te roepen (hoofdstuk 4). Dit resulteert in conclusies en standpuntbepaling: de visie van de RVZ op de probleemstelling en de oplossingen (hoofdstuk 5). In dit hoofdstuk formuleert de Raad ook aanbevelingen voor de minister en de staatssecretaris van VWS.

1.6 Wat wil de RVZ met dit advies bereiken?

De Raad hoopt met dit advies een bijdrage te leveren aan de parlementaire discussie over fusies van zorginstellingen. Hij doet dit door duidelijkheid te scheppen over de problemen en over centrale begrippen (schaal, bereikbaarheid etc.), door publieke belangen te prioriteren en tegen elkaar af te wegen en door de taak van de minister op dit vlak af te zetten tegen die van zorgaanbieders. Verder gaat de Raad na of het nodig is de beoordeling en toetsing van fusies in de zorgsector op een andere manier te beoordelen dan nu het geval is. De Raad bekijkt de mogelijkheden die de minister heeft om zijn stelselverantwoordelijkheid, ook als het draait om schaalbeslissingen, waar te maken.

2 Het verband tussen schaal en zorg

2.1 Definiëring relevante begrippen

Voordat een verband wordt gelegd tussen schaal en zorg, is het van belang om enkele begrippen nader te duiden, omdat ze gemakkelijk leiden tot spraakverwarring en misverstanden (zie ook bijlage 3, vignet Schaal en belangen in de gezondheidszorg). Dat geldt in het bijzonder voor het begrip *schaalgrootte*. Schaal verwijst naar 'omvang', maar van wat precies? Soms doelt men daarmee op de juridische entiteit, dat wil zeggen de rechtspersoon die een zorginstelling drijft, soms op de plaats waar de zorg geleverd wordt. Het is belangrijk dit verschil in duiding voor ogen te houden. Groot- en kleinschaligheid kunnen zo beschouwd immers goed samengaan: grootschaligheid op organisatie- of instellingsniveau, kleinschaligheid in de uitvoering van zorg. Het verschil is bovendien relevant voor het aangrijpingspunt voor de sturing van schaal. Maar daarover later meer.

De Kamer associeert schaalvergroting met een scala van belangen. Ook deze belangen worden op verschillende wijzen geïnterpreteerd. We beperken ons hier tot de publieke belangen, waarvoor de minister van VWS verantwoordelijkheid draagt: kwaliteit, bereikbaarheid (als onderdeel van het ruimere begrip toegankelijkheid) en betaalbaarheid van zorg.

Het begrip *kwaliteit* kan eng of juist ruim worden opgevat (zie ook het RVZ-advies Zorginkoop, 2008). In de meest ruime zin valt onder dit begrip bijvoorbeeld ook klantgerichtheid, dat wil zeggen de mate waarin het aanbod is afgestemd op de vraag en/of wensen van de klant. Wanneer wij in dit advies spreken over kwaliteit, dan hebben we het in beginsel over kwaliteit in enge zin, dat wil zeggen het medisch-inhoudelijke proces en de uitkomsten daarvan, tenzij expliciet anders aangegeven.

Bereikbaarheid heeft betrekking op de fysieke afstand tot de plaats waar de zorg geleverd wordt of op de tijd die nodig is om telefonisch contact te krijgen met een hulpverlener. Omdat de bereikbaarheid van de plaats waar de zorg geleverd wordt mede bepaald wordt door fysieke belemmeringen (waterwegen), de toegankelijkheid van openbaar vervoer, het wegennet en verkeersdrukte (files), wordt bereikbaarheid ook

in dit geval meestal uitgedrukt in een tijdseenheid: het aantal minuten dat nodig is om ter plaatse te komen.

Betaalbaarheid van de zorg verwijst naar de kosten op macroniveau, uitgedrukt in het percentage van het BNP dat besteed wordt aan zorg. Als de doelmatigheid op het niveau van individuele zorginstellingen (microdoelmatigheid) afneemt, bijvoorbeeld door schaalbeslissingen, neemt ook de betaalbaarheid van de zorg (op macroniveau) af; de zorg wordt in verhouding duurder.

2.2 Het verband tussen schaalgrootte en de publieke belangen; de publieke belangen onderling

De Kamer vreest dat schaalvergroting in de zorg op organisatie- of instellingsniveau negatief uitwerkt op de genoemde publieke belangen. Is deze vrees terecht? Daartoe onderzocht de RVZ wat het verband is tussen schaalgrootte en de desbetreffende belangen.

Schaal en kwaliteit

De empirie laat geen eenduidig verband zien tussen schaalgrootte en de kwaliteit van de geleverde zorg (Blank 2008, RVZ 2003). Vooralsnog is niet aangetoond dat grotere instellingen betere uitkomsten van het medische proces genereren dan kleinere instellingen, of omgekeerd. Dat een verband moeilijk is aan te tonen heeft vooral te maken met het gebrek aan inzicht (en transparantie) over de uitkomsten van het primaire proces en de onderliggende normen. Daarin komt met de ontwikkeling van prestatiemeting in de zorg wel snel verbetering.

Wat opvalt is dat in toenemende mate een minimumaantal verrichtingen van een bepaald type per jaar als kwaliteitsnorm wordt gesteld. Een voorbeeld daarvan is de behandeling van slokdarmkanker. Op grond van deze ontwikkeling is te voorzien dat verbetering van de kwaliteit vooral in de complexere curatieve zorg in hoog tempo om schaalvergroting vraagt. De verklaring hiervoor ligt in het feit dat in de medische zorg wetenschap en technologie steeds meer bepalend worden voor diagnostiek en behandeling. De kennis en kunde nemen toe, evenals de mogelijkheden. Dit leidt tot een verdergaande behoefte aan specialisatie. En dat vereist in veel gevallen nu eenmaal concentratie. Kennis stuurt schaal.

Schaal en betaalbaarheid

Uit onderzoek blijkt dat met schaalvergroting tot een bepaald punt voordelen zijn te behalen, daarna krijgen schaalnadelen de overhand (Blank, 2008). De meeste Nederlandse zorginstellingen (met uitzondering van de huisartsenpraktijken) hebben dit optimum inmiddels bereikt of zijn dit zelfs gepasseerd. Zij hebben een schaal bereikt, waar schaalvoordelen op de gebruikelijke manier niet gemakkelijk meer zijn te realiseren.

Naarmate het financiële risico voor zorgaanbieders toeneemt, zullen zij zoeken naar andere wegen om schaalvoordelen te realiseren, bijvoorbeeld door bepaalde ondersteunende activiteiten gezamenlijk te ondernemen, zoals inkoop van hulpmiddelen, salarisadministratie. Ook is denkbaar dat zij proberen schaalvoordelen te materialiseren via sluiting van locaties en/of beëindiging van zorgfuncties op locaties. Het aanbieden van zorg op hele kleine schaal is over het algemeen immers relatief duur. Door zorg te concentreren kunnen kosten worden bespaard en kan een scherpere prijs worden gesteld. Daarmee kan de zorgaanbieder zijn onderhandelings- en concurrentiepositie versterken.

Schaalvergroting kan ook leiden tot vergroting van het marktaandeel en een dominante marktpositie van de zorgaanbieder. Bij verdere liberalisering van de prijzen stelt dit de zorgaanbieder in staat hogere prijzen te bedingen voor zijn diensten. Dit kan de microdoelmatigheid voor de instelling weliswaar verbeteren, maar tegelijkertijd zal de betaalbaarheid voor de burger verslechteren.

Schaal en bereikbaarheid

Op het eerste gezicht lijkt de bereikbaarheid van zorg niet gediend met schaalvergroting. Maar de gevolgen van schaalvergroting voor bereikbaarheid zijn niet eenduidig. Schaalvergroting kan, maar hoeft niet, gepaard te gaan met concentratie of herverdeling van functies en het sluiten van locaties. Ondanks de vele fusies in de ziekenhuiszorg in de afgelopen twintig jaar bijvoorbeeld, is het aantal locaties nauwelijks aangetast. In de langdurige zorg is het aantal locaties waar zorg geleverd wordt zelfs toegenomen. En de telefonische bereikbaarheid van de huisartsenzorg is door schaalvergroting in de vorm van huisartsenposten aanmerkelijk verbeterd. De bereikbaarheid van de zorg in Nederland is zonder meer goed.

Het effect van schaalvergroting op de bereikbaarheid van zorg is tot nog toe dus te verwaarlozen en kan ook juist bijdragen

aan een betere bereikbaarheid. Naarmate zorgaanbieders meer risico gaan lopen (op omzet, op vastgoed) en meer met elkaar gaan concurreren (door selectieve zorginkoop) kan deze tendens echter wel ombuigen. Zoals gezegd, kan het vanuit concurrentieoverwegingen voor de zorgaanbieder aantrekkelijk(er) worden om zorgfuncties op één locatie te concentreren.

2.3 De relevantie van segmentering van de zorgsector

De onderscheiden belangen kunnen tegengestelde eisen stellen aan de (optimale) schaalgrootte. Kwaliteit en betaalbaarheid lopen in toenemende mate tot grootschaligheid, terwijl de bereikbaarheid soms beter gediend is met kleinschaligheid (op provisie niveau).

Of dit een probleem is en welk belang in dat geval prioriteit heeft, verschilt per zorgsegment, omdat de objectieve noodzaak van bereikbaarheid per segment verschilt:

- acute zorg: bereikbaarheid is letterlijk van levensbelang, ‘elke seconde telt’. De eerste basale levensreddende interventies - het stabiliseren van de patiënt - moeten binnen enkele minuten worden uitgevoerd, bij voorkeur op de plaats waar het incident zich heeft voorgedaan. Ook de vervolghandeling in een gespecialiseerd ziekenhuis moet soms binnen een gefixeerde tijd bereikbaar zijn (gouden uur bij traumapatiënten).
- electieve curatieve zorg: bereikbaarheid van de zorg binnen x aantal minuten is objectief gezien niet noodzakelijk om (verdere) gezondheidsschade te beperken of te voorkomen. De Treeknormen gaan zelfs uit van acceptabele wachttijden in termen van weken.
- chronische zorg: ook hier is snelle bereikbaarheid van de zorg objectief gezien niet noodzakelijk om (verdere) gezondheidsschade te voorkomen. Wel zijn er aanwijzingen dat gezondheidsschade op langere termijn kan optreden, naarmate de reisafstand toeneemt. Omdat bij chronische aandoeningen veelvuldige controles moeten plaatsvinden en de reisafstand dus even zo vaak moet worden overbrugd, zien sommige patiënten van deze controles af.
- verblijf: snelle bereikbaarheid is vanuit medisch oogpunt niet noodzakelijk voor de patiënt. Vanuit sociaal oog-

punt is bereikbaarheid overigens wel een relevante factor. Verblijfsvoorzieningen moeten bij voorkeur in de samenleving zijn gesitueerd.

Het objectieve belang van snelle bereikbaarheid is alleen van toepassing op acute zorg, in het bijzonder de eerste minuten na het ongeval of incident. Ook in de aansluitende acute zorgfase is bereikbaarheid van vitaal belang, maar als het erop aankomt gaat kwaliteit in deze fase voor (mits de bereikbaarheid in de eerste acute fase goed geregeld is; zie bijlage 3, vignet Acute zorg).

Een mogelijk conflict tussen bereikbaarheid en kwaliteit kan zich verder voordoen binnen de electieve curatieve zorg, gegeven de toenemende noodzaak tot specialisatie en dus schaalvergroting. In dat geval gaat kwaliteit - en de eisen die daaruit voortvloeien ten aanzien van schaalgrootte - voor, ook als dat ten koste gaat van de bereikbaarheid.

2.4 Conclusie: groot- en kleinschaligheid (concentratie en deconcentratie) in perspectief

Er zijn geen harde aanwijzingen gevonden dat grootschaligheid in de zorg ten koste gaat van de kwaliteit, betaalbaarheid en bereikbaarheid. Kwaliteit wijst voor sommige zorgfuncties eerder in de richting van het tegendeel: grootschaligheid is soms noodzaak. Verdere schaalvergroting kan ten koste gaan van de bereikbaarheid; dat is het geval als schaalvergroting gepaard gaat met concentratie van functies en/of het opheffen van locaties. Dit risico is niet denkbare als gevolg van het toenemende risico voor zorgaanbieders. Een eventuele afname van bereikbaarheid is voor de meeste zorgsegmenten geen probleem: de bereikbaarheid is zonder meer goed in Nederland en snelle bereikbaarheid is objectief gezien veelal niet noodzakelijk, behalve bij acute zorg. Iets anders is dat (eventuele) afname van bereikbaarheid niet strookt met de preferenties van de klant (RVZ, 2003).

3 Schaal en zorg nader bekeken

Binnen de verschillende segmenten van de zorgsector neemt het verband tussen schaal en zorg steeds een andere vorm aan. In dit hoofdstuk willen wij voor verschillende (deel)segmenten nagaan welke rol schaal speelt voor de provisie van zorg. Wij doen dit als volgt.

Eerst bespreken wij de drie zorgsegmenten waarbinnen bereikbaarheid een vitale parameter is: de acute zorg, de planbare medisch-specialistische zorg en de langdurige zorg (3.1 t/m 3.3).

Daarna presenteren wij drie andere vormen van zorg die kunnen fungeren als oplossingen voor bereikbaarheidsproblemen in de eerste drie segmenten, namelijk: de eerste lijn, disease management en e-health (3.4 t/m 3.6). Dus: drie potentiële probleemgebieden en drie potentiële oplossingsrichtlijnen.

3.1 De acute zorg

Of de zorg snel bereikbaar moet zijn, hangt voor een belangrijk deel af van de vraag of het om acute of om niet-acute zorg gaat. Bij acute zorg gaat het letterlijk om leven en dood of om ernstige gezondheidsschade. Daarom moet men bij acute zorg stringenter eisen aan de bereikbaarheid, beschikbaarheid en toegankelijkheid stellen dan bij de rest van de zorg.

De RVZ stelt zich op het standpunt dat als aan die eisen is voldaan, het publieke belang bereikbaarheid, beschikbaarheid en toegankelijkheid voor een groot deel is geborgd. Overigens zullen daarmee ook kwaliteit en betaalbaarheid zijn geborgd. Op dit moment is dit niet het geval. De eisen zijn in het vignet Acute zorg geformuleerd (zie bijlage 3). Zij kunnen als volgt worden samengevat.

1. Beperk acute zorg strikt tot zorg die binnen enkele minuten tot enkele uren 'verleend moet worden om overlijden of irreversibele gezondheidsschade als gevolg van een acute levensbedreigende aandoening of een ongeval te voorkomen'. Zo gedefinieerd is het een wezenlijk ander domein dan planbare zorg of huisartsenzorg (buiten kantooruren). Acute zorg is ook wezenlijk iets anders dan 'acute zorgvraag' (die betrekking heeft op een door een patiënt ervaren of geobserveerde situatie; zie bijlage 3).

Naast acute zorg in de hier bedoelde zin, moet er uiteraard een 7x24-uurs aanbod van 'eerste hulp' (inclusief telefonische triage) zijn, alwaar men terecht kan met 'acute zorgvragen' (een loket). Dit kan leiden tot een beroep op het systeem voor acute zorg (zie punt 2).

2. Eén keten van acute zorg, 24 uur per dag, gekoppeld aan één locatie, de Spoedeisende Hulp (SEH) van het ziekenhuis. De huisartsenzorg buiten kantooruren is idealiter geïntegreerd met deze goed bereikbare locatie voor acute zorg waar mensen fysiek terecht kunnen. Voor acute klachten (de 'acute zorgvraag') moet één telefoonnummer bestaan, gekoppeld aan een landelijke triagesysteem. Dit laat onverlet dat de telefonische bereikbaarheid van de huisarts voor reguliere zorg en voor 'eerste hulp' moet worden verbeterd.
3. De ambulancehulpverlening moet de acute patiënt gericht naar geïndiceerde en gespecialiseerde ziekenhuiszorg vervoeren. De norm voor de aanrijtijd moet worden teruggebracht tot acht minuten in plaats van de huidige vijftien minuten, eventueel te realiseren met hulp van de brandweer.
4. Als ambulancehulp op tijd ter plekke is en hulp kan worden geboden, eventueel met ICT/ e-health - voorzieningen, onder leiding van een arts/medisch specialist verbonden aan het beoogde (gespecialiseerde) ziekenhuis, is de bereikbaarheidsnorm voor ziekenhuizen van 45 minuten uit de Wtzi (inclusief het inschakelen van ambulancezorg) volgens de RVZ adequaat. Voorwaarde: de inzet van geavanceerde ambulances.
5. Acute zorg moet een eigen financiering hebben, gebaseerd op een wettelijke regeling waarin rekening wordt gehouden met de kosten van paraatheid en op herkenbare voorzieningen in de ziekenhuizen (vergelijk het A-0 segment of de Wet bijzondere medische verrichtingen (WBMV)). Acute zorg is overheids gereguleerd en kent dus geen marktwerking (bijvoorbeeld in de vorm van onderhandelingen over prijzen of van selectieve zorginkoop). Omdat de in punt 1 genoemde 'eerste hulp' een 7x24-uurs bereikbaarheid vereist, is een beschikbaarheidstoeslag nodig.

Realisatie van deze eisen vereist nieuw beleid en ook investeringen (vooral in de ambulancehulpverlening). Besparingen zijn ook mogelijk: op de huisartsendiensten, door vermindering van het aantal SEH's en door efficiencywinst bij de meldkamers. De minister moet de situatie in landelijke gebieden

van geval tot geval bekijken en geen algemene, landelijke maatregelen nemen.

3.2 Planbare medisch-specialistische zorg

De bij dit advies behorende achtergrondstudie van Blank et al. en het vignet Schaal en zorg internationaal bevatten cijfers over de spreiding en de bereikbaarheid van medisch-specialistische zorg. Verder is de NZa-monitor over zbc's (jan. 2007) relevant. Hieruit kan men vier conclusies trekken.

1. Het aantal rechtspersonen is afgenomen, het aantal ziekenhuislocaties niet. De bereikbaarheid van medisch-specialistische zorg, gemeten in reistijd per locatie, is zonder meer goed te noemen en niets wijst er op dat deze op korte termijn zal verminderen.
2. Nederlandse ziekenhuizen zijn, internationaal gezien, groot. Zij beschikken, in tegenstelling tot buitenlandse ziekenhuizen, over een breed pakket medisch-specialistische functies. Er is geen systematisch verband tussen dit pakket en de zorgbehoefte in het werkgebied. Ook is er geen mechanisme om dit te toetsen of te sturen. Nederland heeft geen stratificatie-instrumentarium.
3. Een schaalgrootte van ongeveer 500 bedden noemt men in de internationale literatuur als het optimum voor kwaliteit en doelmatigheid. Nederlandse ziekenhuizen hebben vanuit een kostenperspectief een niet-doelmatige omvang. Een eventuele verdergaande schaalvergroting zal dan ook niet zonder meer efficiencywinst opleveren. Daarvoor is het nodig de organisatie en de fysieke infrastructuur aan te passen. Dat gebeurt nu soms wel, soms niet. De markt reikt hier de bestuurder idealiter het afwegingsmechanisme aan. Dit pleit voor meer efficiencyprikkel uit de markt.
4. Het aantal zbc's is de laatste jaren flink toegenomen. Dit heeft een positief effect op de bereikbaarheid van medisch-specialistische zorg. Kanttekening: dit effect is vooral merkbaar in de Randstad.

Naast de feiten, zijn enkele trends in de ziekenhuiswereld relevant.

- Ziekenhuizen gaan de laatste tijd samenwerkingsverbanden aan, zonder te fuseren. Zij concentreren zich dan op samenwerking rond een zorgfunctie en op een ziekte. De samenwerking heeft soms een landelijk, soms juist een regionaal karakter. Soms zijn de partners gelijkwaardig (bijvoorbeeld een aantal topklinische ziekenhuizen),

soms ook niet en dan kan de samenwerking leiden tot stratificatie van zorgniveau (een differentiatie van zorgaanbod (keten) binnen het samenwerkingsverband). Voorbeeld: de A-12 ziekenhuizen in Zuid-Holland.

- Medisch specialisten vormen (regionale) netwerken van kennis en zorg. Deze netwerken kunnen ontstaan rond een specialisme, maar ook rond een ziekte of rond een keten van interventies. Zo ontwikkelt zich naast en buiten het ziekenhuis een nieuwe vorm van (regionale) medisch-specialistische zorg.
- Medisch-specialistische zorg is in toenemende mate het resultaat van concentratie van hoogwaardige, wetenschappelijke en technologische kennis. Zeer gespecialiseerde diagnostiek wordt bepalender voor vervolgbeslissingen. In het algemeen geldt voor het topsegment: de specialisatie neemt toe. Vroeg of laat slaat deze ontwikkeling neer in standaarden en in de kwaliteitsnormen van de IGZ (minimale volumina per verrichting). Dat zal concentratie van kennis bevorderen, mogelijk gevolgd door de vorming van regionale netwerken, waarbinnen de nadelige effecten van concentratie deels teniet kunnen worden gedaan. Zie het voorbeeld in de box.
- Er zullen waarschijnlijk, mede hierdoor, maar ook uit overwegingen van efficiency en professionalisering, meer ziekte-georiënteerde medisch-specialistische behandelingen komen, deels zelfstandig (bijvoorbeeld als zbd), deels als onderdeel van een programma voor disease management (bijvoorbeeld een regionale diabetesketen), maar deels ook binnen ziekenhuizen (zorgstraten en -paden). Dus: naast concentratie (de vorige trend), zien wij deconcentratie.
- Naast deze zorginhoudelijke trends, zijn er tenminste vier beleidsontwikkelingen die van invloed zijn op schaal en bereikbaarheid: de uitbreiding van het B-segment, de introductie van integrale prestatieprijzen (kapitaallasten voor eigen rekening), selectieve zorginkoop en stringenter kwaliteitstoezicht door de IGZ.

Concentratie van oncologische chirurgie

Eierstokkanker, ovariumcarcinoom, wordt pas in een laat stadium ontdekt. Methodes om deze vorm van kanker in een vroeg stadium op te sporen bestaan niet. Het komt er bij deze kankervorm aan op een effectieve behandeling.

Jaarlijks krijgen 1100 Nederlandse vrouwen te horen dat ze aan deze vorm van kanker lijden. Deze patiënten worden in vrijwel

alle Nederlandse ziekenhuizen behandeld. De behandeling bestaat uit verwijdering van de tumor, eventueel gevolgd door chemotherapie. Dat laatste is afhankelijk van het stadium van kankerontwikkeling. Elk Nederlands ziekenhuis krijgt dus te maken met gemiddeld één patiënt met eierstokkanker per maand.

Uit het onderzoek van Floor Vernooij blijken grote verschillen in de overlevingskansen van patiënten met eierstokkanker. (Floor Vernooij, 'Ovarian cancer treatment in The Netherlands 1996-2003.' Utrecht 2008, blz. 43 e.v.). Daarvoor onderzocht zij 8621 patiënten. Patiënten met eierstokkanker in vroege stadia in de leeftijdscategorie 50 tot 75 jaar hadden in semi-gespecialiseerde en gespecialiseerde ziekenhuizen een veel hogere overlevingskans dan patiënten in algemene ziekenhuizen. Het gaat hierbij om een verschil van 30 procent in semi-gespecialiseerde en maar liefst 42 procent in gespecialiseerde ziekenhuizen.

Effectieve behandeling van eierstokkanker (volgens Vernooij een 'silent-killer') vergt chirurgische technieken die niet tot de standaard-opleiding van algemene gynaecologen horen. Operatie door gynaecologisch oncologen zou de kans op optimale operatie-uitkomsten en dus ook op de prognose kunnen verbeteren. Maar dat vraagt om specialisatie en dat kan niet zonder concentratie van deze deskundigheid in meer gespecialiseerde ziekenhuizen.

Deze trends zullen, denkt de Raad, in hun gecombineerde werking, maar vooral door een stringenter kwaliteitsregime gebaseerd op een minimumaantal verrichtingen, grote gevolgen hebben voor schaal en bereikbaarheid van planbare medisch-specialistische zorg. Relatief kleine, zelfstandige ziekenhuizen met een breed functiepakket zouden wel eens geconfronteerd kunnen worden met ernstige problemen met de continuïteit. Wanneer men kiest voor kwaliteit, wanneer men kwaliteit in de hiërarchie van publieke belangen bovenaan zet, dan zal men de gevolgen daarvan moeten aanvaarden, te meer daar deze positief zijn voor patiënten.

Het kunstmatig in stand houden van kwalitatief onverantwoorde ziekenhuislocaties vindt de Raad onaanvaardbaar. Het is anderzijds juist wel gewenst bepaalde ziekenhuislocaties open te houden in verband met bereikbaarheid.

Hiervoor zijn zeker mogelijkheden, als men voldoet aan de volgende uitgangspunten:

- grootschaligheid van bestuur, bedrijfsvoering en kennismanagement.
- kleinschalige zorgverlening gewenst, maar onderdeel van een grootschalig, regionaal netwerk van medisch-specialistische kennis.
- specialisatie binnen dit netwerk van de relatief kleine ziekenhuiskernen met als profiel: nauwe samenwerking met de eerstelijnscentra (en buitenpoli's), concentratie op enerzijds preventie, screening en vroegdiagnostiek, anderzijds op de zorg (waaronder monitoring) voor chronisch zieken (op basis van disease management en met toepassing van e-health).
- focus-ziekenhuizen (klinieken), gespecialiseerd in een of enkele medische ingrepen.
- in kwaliteitstoezicht en zorginkoop vormen deze locaties herkenbare en verhandelbare eenheden. De IGZ hanteert strikte kwaliteitsnormen die locatie-specifiek zijn te maken (bijvoorbeeld minimale aantallen ingrepen).

Samengevat: de Raad pleit krachtig voor taakdifferentiatie binnen het medisch bedrijf. Doe zoveel mogelijk, maar generalistisch en diagnostisch, in de eerste lijn (zie verder 3.4), die dus ook 'breed' van opzet moet zijn. Concentreer specialistische kennis in grote ziekenhuizen. Ontwikkel hiertussen relatief kleine medisch-specialistische locaties met focus en functionaliteit voor zowel de eerste lijn als voor het grote ziekenhuis. Dit zou de grondslag voor de kwaliteitsnormen van het extern toezicht moeten zijn.

3.3 Langdurige zorg (AWBZ)

In de AWBZ (care) heeft schaal een andere connotatie dan in de Zorgverzekeringswet (cure). In de care associeert men schaal met deconcentratie van zorg, met zelfstandig wonen, met het scheiden van wonen en zorg. Schaal is: de menselijke maat.

Hier zien wij dat de grootschalige, institutionele zorg steeds meer ingezet wordt voor de zwaarste categorie patiënten (als ultimum refugium). De eerste keuze zal zijn zelfstandig wonen met zorg aan huis of, indien nodig, wonen in groepverband. En dat is ook het beste schaalniveau: het huis van de cliënt.

Achter deze kleinschalige zorg, kan de facilitaire en logistieke ondersteuning (administratie, vastgoedmanagement, ICT) grootschalig georganiseerd zijn, evenals het bestuur. Deze grootschaligheid kan verschillende vormen aannemen: die van een gefuseerde instelling of die van een samenwerkingsverband. De keuze voor grootschaligheid wordt in de regel gedaan op grond van een risico-inschatting. Men kiest dan voor spreiding van risico, door bijvoorbeeld met een woningcorporatie in zee te gaan voor het vastgoedbeheer, maar ook om een stevige positie op de woningmarkt te verwerven (dit ten behoeve van het zelfstandig wonen van cliënten).

Zo zien wij dus tegelijkertijd kleinschaligheid van zorg en grootschaligheid van organisatie en bestuur. De kleinschaligheid wordt bevorderd door de wens van de cliënt, door het persoonsgebonden (of -volgend) budget en door de toenemende risico's van grootschalige investeringen in bouwprojecten. De grootschaligheid ontstaat door bewegingen op het vlak van de zorginkoop (de wens 'countervailing power' ten opzichte van de zorginkoper te ontwikkelen). Maar grootschaligheid kan ook het gevolg zijn van de noodzaak gespecialiseerde zorgvormen (bijvoorbeeld voor kleine groepen patiënten) of researchmogelijkheden te ontwikkelen. Dit speelt in de geestelijke gezondheidszorg. Kleinschalig en grootschalig trekken samen op. Grootschaligheid kan zelfs voorwaarde zijn voor kleinschalige provisie, bijvoorbeeld wanneer kleinschaligheid in zelfstandige vorm nauwelijks exploitabel is door vigerende tariefstelling (dagbesteding voor gehandicapten). Zie Zijl, P.J.M. van, et al. (2008).

Deconcentratie van institutioneel, grootschalig zorgaanbod kan integratie van intra- en extramurale zorginstellingen impliceren. In de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) heeft deze integratie zich al voltrokken. Om de continuïteit van zorg in de keten te bevorderen, vonden extra- en intramurale instellingen voor ggz elkaar. In deze gevallen leidde schaalvergroting tot betere ketenzorg en tot meer continuïteit van zorg. Het is vooral in de GGZ erg belangrijk dat de schakels in de keten (bijvoorbeeld de opnamefunctie en de extramurale vervolghandeling) zich in elkaars nabijheid bevinden. Concreet: klinische psychiatrie in de bebouwde kom. In de ouderenzorg en in de gehandicaptenzorg zal dit ook gebeuren, maar is een alternatief voorhanden: de intramurale instelling schakelt over op extramurale zorgverlening (thuiszorg, dienstverlening, dag-

zorg) en wordt zo een concurrent voor de traditionele extramurale en thuiszorginstellingen.

Een andere tendens is de samenwerking en integratie met zorginstellingen werkzaam op andere terreinen. Voorbeelden hiervan zijn:

- ouderenzorg en gehandicaptenzorg ontwikkelen gezamenlijk woonconcepten (zelfstandig en/of beschermd wonen);
- GGZ en verstandelijk gehandicaptenzorg werken samen in de zorg voor dubbel gehandicapten;
- verpleeghuizen en ziekenhuizen richten transferafdelingen op;
- GGZ en ziekenhuis ontwikkelen voorzieningen voor integrated care;
- GGZ en ouderenzorg werken samen in de psychogerontopsychiatrie/geronto-psychiatrie;
- GGZ en 1^e lijn ontwikkelen een nieuw anderhalfde lijns concept voor psychische hulpverlening.

Deze integratieve bewegingen slechten de muren tussen de care en de cure, tussen de financieringssystemen en tussen de echelons. Zie verder het RVZ-advies Beter zonder AWBZ? (2008). Omdat hier sprake is van synergie, van toegevoegde waarde, die het resultaat is van ketenvorming, moeten deze bewegingen positief worden beoordeeld. Dit laat onverlet dat er in de AWBZ ook fusies plaatsvinden waarbij de synergie onduidelijk is. Maar ook hier zou moeten gelden: de tucht van de markt moet het werk doen, lees: moet het werk kunnen doen.

Algemeen oordeel: in de langdurige zorg is de bereikbaarheid van de zorg toegenomen. Wij zien dit heel sterk in de gehandicaptenzorg, waar, met behulp van gericht overheidsbeleid, veel is bereikt. Tegelijkertijd is de bestuurlijke schaalgrootte toegenomen (zie Zijl, P.J.M. van, et al., 2008 voor de verpleeghuizen). Het laatste kan, bijvoorbeeld in de thuiszorg, op de zorginkoopmarkt tot onevenwichtigheid leiden. En verder zal het veld zelf moeten bewaken of de interne bureaucratie (managementlagen) niet te veel toeneemt. Ook dan is het echter primair de tucht van de markt die verkeerde beslissingen in deze moet afstraffen.

Dit zal alleen gebeuren wanneer óf de bekostiging op basis van een persoonsvolgend of -gebonden budget plaatsvindt óf de

zorgkantorfunctie wordt vervangen door een risicodragende zorgverzekeraar in de Zvw. Op dit moment ontbreekt het in de AWBZ aan checks and balances, aan marktwerking, aan prijsprikkels aan de vraagzijde. Inadequate schaalbeslissingen worden dan ook niet voldoende afgestraft. De sterke concentratietendens in de thuiszorg is overigens voor een groot deel een gevolg van de wijze waarop de Wmo is geïmplementeerd. Omdat dit buiten de scope van het advies valt, gaat de Raad hier niet op in.

3.4 De eerste lijn

De RVZ ziet in versterking van de organisatiegraad van de eerste lijn een essentiële mogelijkheid om grootschaligheid in de tweede lijn te compenseren. Het is bovendien een conditio sine qua non voor de noodzakelijke verbetering van de bereikbaarheid van de eerste lijn. Deze verbetering hoeft geen betrekking te hebben op de spreiding van de voorzieningen en op reistijd (zie hiervoor Blank et al., 2008). Wel is het nodig de telefonische bereikbaarheid van de huisartsenzorg en de samenwerking te verbeteren (zie ook 3.1).

Onder eerstelijnszorg verstaat de Raad: de huisarts, de thuiszorg, de apotheker, de praktijkverpleegkundige en de fysiotherapeut als kerndisciplines. Deze disciplines bieden idealiter een geïntegreerd, gemeenschappelijk product. Zie verder het vignet Eerstelijnszorg (bijlage 3).

Men kan de ontwikkelingen in de medisch-specialistische zorg en die in de langdurige zorg niet los zien van de eerste lijn: het zijn communicerende vaten. Door omstandigheden afgedwongen, dat wil zeggen noodzakelijke, grootschaligheid in de tweede lijn kan men soms compenseren door uitbreiding en versterking van de (kleinschalige) eerste lijn. Deze compensatie is gewenst en moet dus worden bevorderd. Mogelijkheden hiertoe zijn de bekostiging (meer risico op tweedelijns (DBC's), minder risico op eerstelijns zorg (capitation fee)), de zorginkoop, stimulering van investeringen in zorginnovatie (disease management, ICT) en vergroting van het risico op vastgoed (kapitaallastenbeleid). Maar eerst zullen de kerndisciplines in de eerste lijn het eens moeten worden over een zorgconcept en over een organisatievorm.

De RVZ heeft er in een aantal adviezen op gewezen dat de ontwikkeling van een goed georganiseerde en geïntegreerde

eerste lijn absolute voorwaarde is voor vorderingen op een aantal terreinen:

- disease management en ketenzorg; stepped care (GGZ);
- scheiden van wonen en zorg en bevorderen zelfstandig wonen van mensen met een beperking;
- renovatie van de AWBZ en verbetering van langdurige zorg en chronische ziekenzorg (onder meer door betere vroegdiagnostiek);
- selectieve zorginkoop;
- participatie en maatschappelijke ondersteuning (Wmo).

In deze grote beweging is het nodig het bestaande onderscheid in eerste en tweede lijn (de echelonnering) gedeeltelijk op te heffen. En hetzelfde geldt voor care, cure en preventie en voor psychisch en somatisch. Medische en verpleegkundige kennis moet men op een wezenlijk andere manier organiseren. Zo is het nodig en inmiddels ook mogelijk, dat bepaalde specialistische interventies in de eerste lijn plaatsvinden (psychiatrisch spreekuur, geriatisch consultatiebureau, diagnostiek). Het ziekenhuis heeft omgekeerd soms behoefte aan generalistische medische kennis. De GGZ kan voor een belangrijk deel in de eerste lijn worden geboden. De medische zorg in verpleeghuizen en die in instellingen voor verstandelijk gehandicapten zou men een plaats kunnen geven in eerstelijns centra, die diensten verlenen aan zelfstandig wonende cliënten en aan de intramurale instellingen. Op deze manier ontstaan tussen eerste en tweede lijn 'anderhalfdelijns' voorzieningen, waarbij de onvermijdelijke extramuralisering van intramurale zorg een belangrijke rol speelt (buitenpoli's, zbc's etc.). Dit alles vereist een relatieve schaalvergroting van de huidige eerstelijnszorg. En in dit concept is eerstelijnszorg niet primair 'generalistisch', maar vooral 'integraal' (dus: integrated care).

De Raad ziet deze ontwikkeling als een integraal onderdeel van de schaalvergroting in de institutionele en gespecialiseerde zorg. Maatregelen op het terrein van schaal en zorg zouden primair gericht moeten zijn op de ontwikkeling van het zojuist beschreven nieuwe zorgconcept. Hetzelfde geldt overigens voor deconcentratie en voor e-health. Deze drie behoren in de praktijk samen te hangen. Vooral op die manier borgt men publieke belangen (kwaliteit, toegankelijkheid/bereikbaarheid, betaalbaarheid). De recent verschenen nota van de minister van VWS over de eerstelijnszorg bevat nog geen concrete maatregelen op dit terrein. Op dit moment bestaan er nog

financiële belemmeringen voor het realiseren van de nieuwe, brede eerstelijnszorg.

3.5 Disease management en ketenzorg

Het grootste deel van de gezondheidszorg bestaat uit interventies binnen een beperkt aantal grote ziekte-categorieën, in het bijzonder chronische aandoeningen (hartfalen, COPD, reuma, diabetes, depressie, kanker). Deze interventies zijn steeds vaker onderdeel van een ziekte-georiënteerde zorgketen of van een programma voor disease management. Daarin komen alle noodzakelijke interventies bijeen: diagnose en behandeling, preventie, care en cure, medische en maatschappelijke, somatische en psychische, generalistische en specialistische. Dit brengt continuïteit van zorg, zo belangrijk voor mensen met een chronische ziekte, dichterbij.

Men kan hier twee dingen over zeggen. In de eerste plaats dat hier de blauwdruk ligt voor de toekomstige gezondheidszorg. En in de tweede plaats dat die blauwdruk sterk afwijkt van de huidige, institutionele, beroep-, discipline- en gebouwgebonden zorg. Dit is van belang voor de discussie over schaal en zorg. Die discussie grijpt nog aan op traditionele zorgparameters (instellingen, budgetten en bedden), terwijl in toenemende mate - denkt én hoopt de RVZ - zorg met andere, aan disease management ontleende, parameters moet worden beoordeeld.

In feite zet deze ontwikkeling de discussie over schaal en zorg op haar kop. Wij zullen andere, namelijk functionele in plaats van institutionele, beoordelings- en beloningsmaatstaven moeten ontwikkelen. En: stimuleren van deze nieuwe vorm van zorg zal een aantal problemen met schaalvergroting kunnen oplossen.

De ziekte en de patiënt zijn straks het schaalniveau, niet meer het zorgaanbod. Dat volgt de patiënt en zijn ziekte. Continuïteit van zorg in plaats van bereikbaarheid van zorg.

3.6 E-health

Ook e-health en telemedicine zijn uiterst relevant voor de discussie over schaal en zorg. In een apart vignet, Schaal en e-health, werkt de Raad deze relatief nieuwe vorm van zorg uit (zie bijlage 3).

De RVZ ziet deze ontwikkeling als één van de belangrijkste mogelijkheden de kwaliteit en de doelmatigheid van de zorg te verbeteren. In feite plaatst massale uitrol van e-health (die wij tot nu toe helaas niet zien) de discussie over schaal en zorg in een ander perspectief. E-health is bij uitstek zorg waarin niet het instituut, maar de functie (kennis, zorg) centraal staat. In die zin is e-health een alternatief voor de traditionele zorgverlening.

E-health is een uitgelezen kans om:

- de kwaliteit van de acute zorg te verbeteren;
- de zorg voor chronisch zieken zo in te richten dat meer kansen op maatschappelijke participatie ontstaan (waarvoor de kwaliteit van leven toeneemt); domotica ondersteunt dit; e-health betekent: regie over je leven houden, ook als je chronisch ziek bent;
- de effectiviteit van de zorg te verbeteren door een beroep te doen op zelfmanagement en eigen verantwoordelijkheid voor gezondheid en zorg;
- reistijden te verminderen;
- relatief dure gebouwgebonden zorgverlening te vermijden.

Er zijn vier succesvoorwaarden voor massale uitrol van e-health:

1. e-health moet vis à vis – zorg vervangen (substitutie, dus besparingen); laat zorgaanbieders die een traditionele DBC weten te vervangen door een innovatief e-health product de besparing behouden;
2. ontwikkeling van nieuwe gunstig geprijsde e-health DBC's;
3. standaarden voor elektronische gegevensuitwisseling (en beveiliging) zullen door de rijksoverheid wettelijk moeten worden opgelegd (dit in verband met ketenzorg); zie hiervoor het vignet Schaal en e-health;
4. schaalvergroting bij instellingen die e-health aanbieden (in verband met betere facilitaire en logistieke ondersteuning) accepteren.

De RVZ pleit voor een actieve en programmatische aanpak van de minister.

3.7 Conclusies

In dit hoofdstuk lieten wij zien dat het verband tussen schaal en zorg voor verschillende (deel)segmenten van zorg verschillende vormen aanneemt. De schaal van de care is wezenlijk anders dan die van de cure. Dat is een belangrijke constatering.

Verder kunnen wij op grond van de feiten concluderen dat de bereikbaarheid (gemeten in reistijd) van zorgvoorzieningen in Nederland goed is. Twee andere zaken vragen echter wel aandacht (van IGZ respectievelijk NZa), namelijk de kwaliteit van zorg - deze vraagt soms om groot- en soms om kleinschaligheid - en de keuzemogelijkheden op de zorgverlenings- en op de zorginkoopmarkt.

Er is nog een derde aandachtspunt. Schaalvergroting door fusie levert soms pas efficiencywinst op als de fusieorganisatie bestaande locaties opheft. Het toezicht cq marktmeesterschap door IGZ en NZa moet de precaire balans tussen doelmatigheid en bereikbaarheid nauwlettend volgen op basis van minimumnormen voor de bereikbaarheid. Deze normen moeten onderdeel zijn van het kwaliteitsbeleid, zodat dit uiteindelijk altijd de doorslag geeft.

Uit de bespreking van de verschillende zorgsegmenten kan men de volgende algemene conclusies over schaal en zorg afleiden.

1. Voor de ziekenhuizen geldt dat schaal de uitkomst moet zijn van regionale netwerken van medisch-specialistische kennis. Hierin zijn bepaalde vormen van zorg noodzakelijkerwijs grootschalig georganiseerd (als gevolg van concentratie van professionaliteit en (diagnostische) technologie), maar andere kunnen juist kleinschalig worden aangeboden. Deze netwerken ontstaan op grond van enerzijds doelmatigheid, anderzijds kwaliteitsoverwegingen, waarbij de preferenties van patiënten en zorginkopers moeten meespelen. De netwerken zijn opgebouwd uit drie niveaus van medische zorg:

- een goed geoutilleerde en geïntegreerde eerste lijn met enkele specialistische diagnostische functies;
- relatief kleine focus-klinieken voor óf care óf cure;
- UMC's en top-klinische ziekenhuizen met een breed functiepakket.

De IGZ houdt toezicht op grond van expliciete kwaliteitsnormen die de randvoorwaarden voor de netwerkvorming

bevatten. Zelfstandige, relatief kleine ziekenhuisorganisaties moeten in deze netwerken een plaats krijgen als trait d'union tussen medisch-specialistische zorg en eerste lijn c.q. langdurige zorg. Meer marktwerking én stringent toezicht ook op netwerk- en ketenvorming (IGZ, NZa) zijn noodzakelijk. In zo'n constellatie is een drastische vermindering van het aantal rechtspersonen dat een ziekenhuis exploiteert geen bezwaar voor bereikbaarheid, wél een stimulus voor kwaliteit.

2. In de acute zorg dient men iedere vorm van marktwerking te vermijden. Hier moet onverkort overheidsverantwoordelijkheid gelden. Indien men de acute zorg (wettelijk) regelt, zoals beschreven, heeft men de bereikbaarheid van zorg voor een belangrijk deel geborgd. En kan men tegelijkertijd in de planbare zorg de markt meer kansen geven.
3. Daarnaast ligt de uitdaging voor de overheid, als het gaat om schaal en zorg, in het met kracht bevorderen van de-concentratie van zorgverlening, zorg op menselijke maat en community based care vooral in de bekostiging (NZa) en in het kwaliteitstoezicht (IGZ). Mogelijkheden hiertoe: brede wijkgebonden eerstelijnscentra, e-health, disease management en scheiden van wonen en zorg. Realisatie vereist een goed geregisseerd public-private programma, waarin deze mogelijkheden in samenhang- en over de grenzen van Zvw, AWBZ en Wmo heen- worden benut. Overigens kan men uitvoering van dit deconcentratieprogramma niet los zien van het beleid ten aanzien van grootschalig zorgaanbod: het zijn twee kanten van één medaille en er zal sprake moeten zijn van bevordering van substitutie in de tariefstelling.

4 Borging van de publieke belangen

4.1 Verantwoordelijkheidstoedeling per zorgsegment

In hoofdstuk 3 hebben we geïllustreerd hoe schaal en zorg in verschillende zorgsegmenten samen gaan of idealiter samen kunnen gaan. Ook is geconstateerd dat het belang van snelle bereikbaarheid per zorgsegment verschilt en daarmee ook de kans op conflicten tussen de verschillende publieke belangen.

Voor de toedeling van verantwoordelijkheid - met daaraan gekoppeld het toepasselijke besturingsparadigma - betekent dit volgens de Raad het volgende:

- a. acute zorg en bijzondere medische verrichtingen: overheidsregulering door middel van planning en bekostiging van acute zorg voorzieningen; dus geen marktwerking (wél doelmatigheidsprikkels!);
- b. electieve-curatieve zorg: marktwerking binnen door overheid gestelde kaders; uitvoering verantwoordelijkheid veldpartijen; loopt via zorginkoop, integrale prestatieprijzen, geleidelijke uitbreiding vrije prijzen en wettelijke minimumnormen voor kwaliteit, alleen evidence based medicine (rest: aanvullende verzekering, dus geen overheidsverantwoordelijkheid);
- c. chronische zorg (langdurige zorg): marktwerking binnen door overheid gestelde kaders; uitvoering verantwoordelijkheid veldpartijen (betreft de 'zorg'; 'participatie' daarvan losmaken en volledig beleggen bij lokaal bestuur); eventueel klein deel AWBZ (gehandicaptenzorg) blijvend onder overheidsverantwoordelijkheid; pgb-financiering; overheid stelt minimumnormen kwaliteit vast als onderdeel zorgaanpak; belangrijke rol eerste lijn, waarin gemeente participeert.
- d. wonen en welzijn: verantwoordelijkheid lokaal bestuur: geen bemoeienis minister VWS; geen onderdeel basispakket/AWBZ; de 'inclusieve samenleving': kabinetsbeleid.

Toegesplitst op schaalbeslissingen, betekent dit:

- volledige ministeriële verantwoordelijkheid voor de acute zorg en bijzondere medische verrichtingen. Deze onder meer vormgeven in planning, separate financiering/bekostiging en kwaliteitsnormering;
- ministeriële 'eind' verantwoordelijkheid voor chronische en electieve-curatieve zorg, dat wil zeggen; niet voor de

- uitvoering (marktwerking), wel voor de randvoorwaarden en functioneren stelsel;
- geen specifieke ministeriële verantwoordelijkheid VWS voor participatie, wonen en welzijn, voor niet evidence based-zorg en voor aanvullende verzekering.

4.2 Risico's voor de publieke belangen

Hoewel daar vooralsnog geen aanwijzingen voor zijn, is niet uitgesloten dat zich binnen die zorgsegmenten waar marktwerking het dominante besturingsparadigma is risico's voor de publieke belangen manifesteren.

Keuzemogelijkheden

Als schaalvergroting door middel van fusies op lokaal of regionaal niveau plaatsvindt bestaat het risico dat er voor inkopers van zorg (zorgverzekeraar en patiënt) weinig keuzemogelijkheden overblijven. Zelfs wanneer er op provisioniveau veel diversiteit is en ogenschijnlijke keuze, is een consequentie van fusie op het niveau van de rechtspersoon dat de facto maar één contractpartner bestaat voor inkopers van zorg.

Klantgerichtheid

In een zich ontwikkelende markt, waarin marktposities (nog) moeten worden bevochten, bestaat de kans dat (zorg)ondernemers een dominante oriëntatie hebben op het verkrijgen van marktaandeel en marktmacht en dus op schaalvergroting op ondernemingsniveau. De voorkeur van de klant gaat uit naar kleinschalige provisie-eenheden, dichtbij huis. De aandacht van de zorgaanbieder voor de preferenties van de klant kan door die dominante oriëntatie op marktpositie in het gedrang komen. Het aanbod van zorg wordt dan onvoldoende afgestemd op de preferenties van de patiënt.

Kwaliteit en betaalbaarheid

Zorgondernemingen die een economische machtspositie innemen kunnen misbruik maken van die positie, omdat ze te weinig concurrentiedruk ondervinden. Zij kunnen dan de kwaliteit laten versloffen en/of een te hoge prijs voor hun producten en diensten rekenen.

Bereikbaarheid

Naarmate vrije prijsvorming toeneemt, zullen zorgaanbieders naar manieren zoeken om hun onderhandelings- en concurrentiepositie te verbeteren. Zij zullen op kosten willen besparen. Daarmee neemt, tenslotte, het risico toe dat zij overgaan tot concentratie van zorgfuncties en/of het opheffen van locaties.

Juist om deze potentiële risico's te vermijden heeft de Kamer de minister de suggestie gedaan om een aparte fusietoets in het leven te roepen waarmee een dam kan worden opgeworpen tegen verdere schaalvergroting in de zorg. Voorgenomen fusies van zorginstellingen zouden moeten worden beoordeeld op hun consequenties voor de publieke belangen. In de volgende paragrafen onderzoekt de Raad de mogelijkheden van zo'n toets, mede in het licht van het relevante Europeesrechtelijke kader, alsmede de meerwaarde daarvan naast het reeds vigerende preventieve fusietoezicht uit hoofde van de Mededingingswet (zie vooral ook J.W. van de Gronden en H.M. Stergiou, 2008).

4.3 Fusietoets mogelijk als sturingsmiddel voor schaal?

Fusiecontrole op grond van de Mededingingswet
Zorginstellingen die willen fuseren moeten dit voornemen (wanneer hun gezamenlijke omzet een drempelbedrag te boven gaat) melden aan de NMa. Uitsluitend de NMa is bevoegd voorgenomen fusies te beoordelen. Als de NMa op grond van een eerste onderzoek concludeert dat er geen reden is om aan te nemen dat de voorgenomen fusie de daadwerkelijke mededinging op de relevante markt significant zou kunnen belemmeren (vooral door het ontstaan of versterken van een economische machtspositie), mogen de zorginstellingen de fusie tot stand brengen. Vreest zij dat de voorgenomen fusie de mededinging wel wezenlijk kan beperken dan is voor de fusie een vergunning vereist. In de vergunningsfase onderzoekt de NMa gedetailleerd of er na de fusie voldoende concurrentiedruk blijft bestaan, die disciplinerend werkt op de nieuwe (gefuseerde) zorgonderneming. Ontbreekt na de fusie enige concurrentiedruk van betekenis, dan wordt de vergunning geweigerd; is deze er naar verwachting wel, dan wordt vergunning verleend. Een vergunning kan ook onder voorwaarden worden verleend ('remedies'). Dergelijke voorwaarden kunnen de fuserende partijen verplichten om bepaalde bedrijfsonder-

delen af te stoten, waardoor de gesignaleerde concurrentieproblemen worden opgelost. Zie het recente fusiebesluit inzake Eevean, Philadelphia en Woonzorg Nederland.

Hoewel de toetsingscriteria die de NMa hanteert in economische termen zijn vervat, neemt dit niet weg dat getoetst wordt op effecten van een voorgenomen fusie op de publieke belangen. Het doel van de preventieve fusiecontrole is immers het voorkomen dat zorgaanbieders dusdanig machtig worden dat er voor patiënten en (andere) zorginkopers feitelijk niet veel meer te kiezen is. Door ervoor te zorgen dat er na de fusie alternatieven beschikbaar zijn en blijven, wordt bewerkstelligd dat de gefuseerde zorgonderneming zich richt op de wensen en preferenties van de afnemers van zorg (zoals een goede bereikbaarheid) en goede kwaliteit van zorg levert tegen een redelijke prijs.

De NMa houdt niet rechtstreeks rekening met de (eventuele) effecten van een fusie op de bereikbaarheid van de zorg c.q. het aantal locaties waar zorg geleverd wordt. Eventuele voornemens van de fusierende instellingen om zorgfuncties te concentreren en/of locaties te sluiten vormen als zodanig geen beoordelingscriterium voor het al dan niet verlenen van een vergunning. Het aangrijpingspunt voor beoordeling van een fusie vormt immers de juridische entiteit en niet de fysieke verschijningsvorm(en), ofwel locatie(s). De NMa is in deze gebonden aan de bepalingen en toetsingscriteria van de Mededingingswet, die weer sterk geënt is op het Europese mededingingsrecht. Indirect speelt de bereikbaarheid bij de fusietoets wel een rol. Bij het afbakenen van de relevante markt wordt de reisbereidheid van patiënten onderzocht, zoals die zal zijn na de fusie. Dat bepaalt immers of er alternatieven en daarmee concurrentiedruk zijn. De verwachting is dat naarmate de transparantie over de kwaliteit van zorginstellingen toeneemt, ook de reisbereidheid van patiënten zal toenemen. Daarmee zal ook de relevante markt ruimer worden afgebakend en dat betekent weer dat er meer (potentiële) concurrenten zijn en een fusieverbod dus minder snel in de rede ligt.

De publieke belangen kunnen ook aan de orde komen in zogenoemde efficiencyverweren. In zo'n verweer beroept de vergunningaanvrager zich bijvoorbeeld op het argument dat de kwaliteit van zorg of de betaalbaarheid schaalvergroting vereisen. Een voorbeeld is de casus van de Zeeuwse ziekenhuizen. Door de ziekenhuizen is onder meer betoogd dat zij geen verantwoorde zorg kunnen (blijven) leveren wanneer zij niet

mogen fuseren. In het relatief dunbevolkte Zeeland zouden de patiëntenaantallen per ziekenhuis zodanig laag zijn, dat de betrokken medisch specialisten onvoldoende in staat zijn hun vaardigheden op peil te houden. Een dergelijk verweer wordt niet snel gehonoreerd, zeker niet wanneer de fusie zou resulteren in een monopoliepositie van de nieuwe zorgonderneming. Wil een efficiencyverweer slagen, dan is een gedegen onderbouwing noodzakelijk. Zo zal overtuigend moeten worden aangetoond dat de kwaliteit van zorg in dit geval alleen door middel van fusie kan worden geborgd en niet door middel van samenwerkingsverbanden die een minder beperkend effect hebben op de mededinging. Maar als een dergelijk verweer slaagt, leidt dit tot toestemming voor de fusie (en dus tot schaalvergroting).

De publieke belangen komen tenslotte aan de orde in de zienswijze van de NZa. Hoewel uitsluitend de NMa bevoegd is fusies te beoordelen, voorziet het samenwerkingsprotocol NMa-NZa in een rol voor de NZa bij fusies in de zorg. Krachtens dit protocol vraagt de NMa de zienswijze van de NZa. In deze zienswijze gaat de NZa in op de vraag of de voorgenomen concentratie de marktstructuur zodanig wijzigt dat dit nadelige gevolgen heeft voor de publieke belangen van kwaliteit, betaalbaarheid en toegankelijkheid (waaronder bereikbaarheid) van de zorg. Gelet op het beoordelingskader van de Mededingingswet kan de NMa evenwel slechts in beperkte mate rekening houden met deze zienswijze.

Resumerend: in de fusietoets uit hoofde van de Mededingingswet (Mw) wordt in beginsel niet rechtstreeks naar de publieke belangen gekeken. Voor zover de publieke belangen in de fusiebeoordeling wel rechtstreeks een rol spelen, wat mogelijk het geval is in een efficiencyverweer, zullen ze eerder leiden tot het toestaan van een fusie dan tot een fusieverbod. Hetzelfde effect valt te verwachten van een verhoging van de transparantie over de door zorginstellingen geleverde kwaliteit. Het doel van een zorgfusietoets, zoals door de Kamer beoogd, is juist een fusieverbod op te kunnen leggen wegens mogelijke risico's voor de publieke belangen, ook als dit vanuit mededingingsoverwegingen niet is aangewezen.

(On)mogelijkheden van een aparte zorgfusietoets

In de recente discussie over schaalvergroting in de zorg is een aantal mogelijkheden genoemd om aan de wens van de Kamer tegemoet te komen, namelijk:

1. wettelijke criteria voor fusiecontrole uitbreiden met een 'publieke belangentoets';
2. opname van een wettelijk verbod op marktconcentraties in de zorg, waarbij de fuserende instellingen een marktaandeel van bijvoorbeeld 30% of meer verwerven;
3. de minister van EZ de bevoegdheid geven een fusie te verbieden, die de NMA juist heeft toegestaan;
4. de minister van EZ de bevoegdheid geven beleidsregels vast te stellen op basis waarvan hij een aanwijzing kan geven aan de NMA dat deze de Mededingingswet stringenter moet toepassen.

De eerste twee opties zijn niet te realiseren binnen het kader van het algemene mededingingsrecht. De Mededingingswet moet toepasbaar zijn in alle sectoren en moet bovendien in overeenstemming zijn met het Europese mededingingsrecht en met de bepalingen van het EG-verdrag inzake het vrije verkeer. Deze opties vergen een aparte – sectorspecifieke – regeling. Het is niet uitgesloten dat dit is te realiseren (Van de Gronden en Stergiou, 2008); vergelijk bijvoorbeeld de Tijdelijke wet mediaconcentraties, die in het leven is geroepen om een publiek belang (pluriformiteit van het omroepbestel) te borgen.

Bij invoering van deze twee opties loopt de nationale wetgever evenwel het risico dat hij het Europese regime voor het vrije verkeer van kapitaal of de vrijheid van vestiging schendt. Een fusietoets die uitgevoerd wordt op grond van op publieke belangen georiënteerde criteria, belemmert in het buitenland gevestigde zorgondernemingen om organisaties in Nederland over te nemen en daarmee actief te worden op de Nederlandse zorgmarkt. In het verleden heeft het Hof van Justitie van de EG beperkingen van het vrije verkeer in de zorg gerechtvaardigd en proportioneel geacht met het oog op de noodzaak om zorgactiviteiten als ziekenhuisdiensten te plannen.

De vraag is evenwel in hoeverre het argument van de noodzaak van planning nog opgaat in zorgsectoren waar marktwerking is geïntroduceerd en de overheidsregie afneemt. Indien dit argument niet meer als valide wordt beschouwd, bestaat het risico dat de eerste twee genoemde opties niet proportioneel en daarmee in strijd zullen zijn met het Europese recht (Van de Gronden en Stergiou, 2008). Daarnaast moet een nationale zorgfusietoets voorzover deze betrekking heeft op ondernemingen die voldoen aan de omzeldrempels van de Europese

Concentratieverordening, eerst aangemeld worden bij de Europese Commissie.

Nog afgezien van de juridische risico's, rijst de vraag of invoering van de opties genoemd onder 1 en 2 ook de aangewezen weg is. Daarover meer in de volgende paragraaf.

Ook optie 3 vergt aanpassing van het regelgevend kader. Thans bepaalt artikel 47 Mw dat de Minister van EZ een fusie kan toestaan, die de NMa heeft verboden. Artikel 47 Mw zou zo kunnen worden aangepast, dat de Minister van EZ ook fusies kan verbieden die de NMa juist heeft toegestaan. Hoewel deze optie wellicht sneller is te realiseren dan de opties 1 en 2, verdraagt een dergelijke bevoegdheid, op grond waarvan een bewindspersoon kan ingrijpen op zaaksniveau bij de NMa, zich moeilijk met de status van zelfstandig bestuursorgaan van de NMa. Krachtens deze status opereert zij onafhankelijk van het politieke proces (Van de Gronden en Stergiou, 2008). Op grond hiervan moet deze optie dan ook van de hand worden gewezen.

Voor zover er twijfels zijn over de wijze waarop de NMa de Mw in de zorg toepast, kan overigens 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. Consumentenorganisaties zijn in de wet expliciet aangewezen als belanghebbende. Van deze mogelijkheid is met betrekking tot fusiebeoordelingen in de zorgsector tot op heden nog geen gebruik gemaakt.

Tenslotte vergt ook de laatstgenoemde mogelijkheid (optie 4) aanpassing van het regelgevend kader. De minister van EZ kan op grond van artikel 5d lid 1 Mw beleidsregels vaststellen ten aanzien van de aan de NMa toegekende bevoegdheden. Krachtens het tweede lid van deze bepaling mogen deze beleidsregels betrekking hebben op niet-economische belangen voorzover het de toepassing van artikel 6 lid 3 Mw (uitzondering op kartelverbod) betreft. Artikel 5d lid 2 Mw zou zodanig gewijzigd kunnen worden dat de Minister van EZ ook beleidsregels over niet-economische belangen op het terrein van het fusietoezicht kan vaststellen. Op grond van deze beleidsregels kan hij zonodig aanwijzingen geven aan de NMa, bijvoorbeeld over de wijze waarop de relevante markt moet worden afgebakend.

Vanzelfsprekend dient deze bevoegdheid te worden benut binnen de kaders van het Europese mededingingsrecht en het vrije verkeer. De verenigbaarheid met dit kader zal pas blijken bij het daadwerkelijk gebruik maken van de aldus gecreëerde bevoegdheid en is in die zin juridisch minder risicovol dan de opties 1 en 2.

4.4 Beoordeling noodzaak aparte fusietoets

In de vorige paragraaf hebben we besproken welke mogelijkheden er zijn om een zorgfusietoets in het leven te roepen. In deze paragraaf bespreken we de vraag of zo'n toets ook noodzakelijk is. De vraag is dus of een aparte fusietoets - en daarmee een nieuwe sector specifieke wettelijke regeling - aangewezen is om de publieke belangen in de zorg te borgen.

Nog afgezien van de vraag hoe deze nieuwe wettelijke regeling zich zou moeten verhouden tot de preventieve fusietoets van de Mededingingswet, vindt de Raad dit een te zwaar en disproportioneel middel. Het impliceert een forse beperking van de ondernemersvrijheid van bestuurders van zorginstellingen, die verantwoordelijk zijn voor het functioneren en de continuïteit van de zorgonderneming. In het kader van die verantwoordelijkheid moeten zij belangen afwegen en ook kunnen afwegen. Als er een gegronde reden is om deze ondernemersvrijheid in te perken - zoals voor de acute zorg geldt - dan moet dit zeker niet worden nagelaten. Die gegronde reden ontbreekt hier echter.

Zoals eerder gesteld, zijn er geen aanwijzingen dat schaalvergroting in de zorg een bedreiging vormt voor de publieke belangen. Wel is gewezen op mogelijke risico's voor de toekomst. De kans dat deze risico's zich manifesteren is echter klein. We zien in de praktijk een verschuiving optreden in de (Van Zijl et al., 2008). In toenemende mate kiezen zorgaanbieders niet voor een (volledige) juridische fusie, maar voor andere samenwerkingsverbanden, waarbij het aantal rechtspersonen (en dus ook de keuzemogelijkheden voor de inkopers en afnemers van zorg) in tact blijft.

Meer concurrentie zal zorgaanbieders dwingen meer klantgericht te werken en meer rekening te houden met de preferenties van afnemers. Het vigerende toezicht van overheidswege is in beginsel toereikend om perverse prikkels die van concurrentie kunnen uitgaan tegen te gaan. De NMa en de NZa be-

waken de keuzemogelijkheden en betaalbaarheid voor de burger door ervoor te zorgen dat geen dominante marktposities ontstaan en voor zover deze er al zijn te voorkomen dat zorgaanbieders misbruik maken van deze positie. De IGZ bewaakt de kwaliteit van zorg, ongeacht de schaalgrootte van de zorginstelling.

De Raad wijst een aparte fusietoets voor de zorg dus af. Mocht evenwel in de toekomst blijken dat schaalvergroting in de zorg daadwerkelijk afbreuk doet aan de publieke belangen dan ligt optie 4 het meest voor de hand.

De Raad ziet overigens wel mogelijkheden om de fusiecontrole uit hoofde van de Mw binnen het bestaande regelgevend kader te versterken. Zoals gezegd is in het samenwerkingsprotocol NMa-NZa vastgelegd dat de NMa de zienswijze van de NZa op de voorgenomen fusie vraagt. De NZa hanteert daarbij een 'publiekebelangentoets' als uitgangspunt. De praktijk tot voor kort was dat de NMa in het fusiebesluit een samenvatting van deze zienswijze geeft. In het kader van de voorgenomen fusie tussen Evean, Philadelphia en Woonzorg Nederland heeft de NZa voor het eerst zelf haar zienswijze openbaar gemaakt (overigens nadat de NMa in de gelegenheid is gesteld aan te geven welke passages uit hoofde van de WOB vertrouwelijk dienen te blijven). De Raad vindt dit een goede ontwikkeling, die moet worden aangevuld met de werkafspraken dat de NMa specifiek ingaat op de zienswijze van de NZa, voor zover deze afwijkt van het uiteindelijke fusiebesluit (motiveringsplicht).

4.5 Andere juridische instrumenten

Wet marktordening gezondheidszorg (WVG)

Omdat er geen eenduidig causaal verband is tussen schaalvergroting en effecten op de publieke belangen, vindt de Raad het niet logisch de fusiecontrole te verzwaken. Wel is het zaak om grote zorgaanbieders kritisch te volgen en zo nodig in te grijpen wanneer zij misbruik maken van hun positie. De Raad ziet dan ook meer in het versterken van de rol van de marktmeester in de zorg.

Eén van de taken van de NZa is het monitoren van de ontwikkeling van de verschillende deelmarkten in de zorg, die onderhevig zijn aan marktwerking. De NZa beschikt op grond van de Wet marktordening gezondheidszorg (WVG) over

bevoegdheden om in te grijpen wanneer deze ontwikkeling negatief dreigt uit te werken op de publieke belangen. Met name is de NZa bevoegd om verplichtingen op te leggen aan zorgaanbieders die over 'aanmerkelijke marktmacht' (AMM) beschikken.

Deze bevoegdheid is echter niet ongeclausuleerd. Dergelijke verplichtingen moeten namelijk ertoe strekken 'de mededinging te bevorderen'. Zo kan de NZa wel ingrijpen wanneer een zorgaanbieder die over aanmerkelijke marktmacht beschikt onredelijk hoge prijzen bedingt, maar niet wanneer een zorgaanbieder besluit bepaalde zorgfuncties te concentreren en/of een locatie te sluiten. De wet is op dit punt vrij eenvoudig aan te passen. De WMG bevat namelijk reeds een bepaling die het mogelijk maakt bij ministeriële regeling de bevoegdheden van de NZa in het kader van aanmerkelijke marktmacht uit te breiden. Nader onderzoek naar de vraag of de 'doelbinding' van de AMM-bevoegdheden ruimer opgevat kan worden is nodig. Gelet op de considerans van deze wet lijkt de WMG daarvoor wel aanknopingspunten te bieden.

Wet toelating zorginstellingen (Wtzi)

Op grond van de Wtzi heeft een zorgaanbieder een toelating nodig van de minister van VWS om zorg te verlenen waarop ingevolge de Zvw of AWBZ aanspraak bestaat. De minister kan aan de toelating voorwaarden verbinden, ook nadat de toelating is verleend. Dit instrument geeft de minister niet de bevoegdheid om op individueel niveau in te grijpen; eventuele voorwaarden dienen te gelden voor een categorie zorginstellingen. Een voorbeeld hiervan vormen de beleidsregels, waarin de bereikbaarheidsnorm van 45 minuten voor instellingen die acute zorg verlenen zijn vastgelegd. Het instrument toelating biedt de minister dus een mogelijkheid om de publieke belangen rechtstreeks te dienen. De monitorfunctie van de NZa kan hiervoor als voedingsbron dienen.

Het beleidsvoornemen van de minister is evenwel om de toelating te schrappen (brief Met zorg ondernemen). Als dit voornemen werkelijkheid wordt, hebben de beleidsregels die op basis van de Wtzi zijn vastgesteld een andere wettelijke grondslag nodig. De Raad is van mening dat de Wet bijzondere medische verrichtingen (WBMV) hierin ten dele kan voorzien: de acute zorg en de hoogrisico, laagvolume interventies bijvoorbeeld kunnen onder dit regime gebracht worden.

Wet medezeggenschap cliënten zorginstellingen
(WMCZ)

Op grond van de WMCZ is het bestuur van een zorginstelling verplicht een voornemen tot fusie voor advies voor te leggen aan de Cliëntenraad. Het bestuur mag alleen van dit advies afwijken als een 'commissie van vertrouwenslieden' heeft geoordeeld dat dit redelijk is. Bovendien moet het bestuur schriftelijk motiveren waarom het een afwijkend besluit heeft genomen. Deze voorschriften zijn aan te scherpen door bijvoorbeeld in de WMCZ een bepaling op te nemen dat het bestuur verplicht is een door de cliëntenraad aangedragen alternatief voor fusie te (doen) onderzoeken en wanneer het bestuur bij zijn oorspronkelijke voornemen blijft, dit besluit te motiveren.

4.6 Conclusie

Een zorgfusietoets - vormgegeven in een aparte wettelijke regeling - is een te zwaar, disproportioneel middel om de eventuele risico's van schaalvergroting te weren. Het bestaande mededingingsrecht is in beginsel toereikend, hoewel het op onderdelen kan worden versterkt. De ratio van het mededingingsrecht is juist de consument te beschermen en tegemoet te komen aan zijn preferenties. De vraag of er voldoende concurrentie blijft bestaan, is bedoeld om afnemers keuzemogelijkheden te laten behouden en om perverse prikkels van schaalvergroting (misbruik maken van machtspositie) tegen te gaan.

Omdat geen eenduidig causaal verband bestaat tussen de schaalgrootte van zorginstellingen en effecten op de publieke belangen, is het niet logisch voorgenomen fusiebesluiten op voorhand als aangrijpingspunt voor overheidsinterventie te hanteren. Het bestrijden van misbruik van economische machtsposities ligt meer voor de hand. Daarom is de Raad er voorstander van de taak van de marktmeester in de zorg, de NZa, te versterken. De NZa monitort reeds de ontwikkelingen van de verschillende deelmarkten en dient daarbij prioriteit te geven aan het monitoren van de effecten van schaalvergroting op de publieke belangen. Het door de Raad in zijn advies Marktconcentraties (2003) gepresenteerde spreidingsmodel kan daarvoor als leidraad dienen. Zo nodig moeten de bevoegdheden van de NZa in het kader van aanmerkelijke marktmacht worden uitgebreid.

De Raad pleit derhalve voor terughoudendheid in het optuigen van nieuw instrumentarium. Hij heeft een voorkeur voor het aanscherpen en beter benutten van bestaande instrumenten : WMG, maar ook Wtzi (of WBMV) en WMCZ. Dit past ook beter bij de verantwoordelijkheidstoedeling die voortvloeit uit een stelsel van (gereguleerde) marktwerking.

5 Advies en aanbevelingen

5.1 Visie en advies van de Raad

Aanleiding voor dit advies is de vrees van de Kamer dat schaalvergroting in de zorg schadelijk is voor de publieke belangen, met name voor de bereikbaarheid van de zorg. We hebben daar geen bewijs voor gevonden. Wel zijn er aanwijzingen dat problemen kunnen ontstaan. Kamervragen weerspiegelen vooral twijfels over marktwerking.

Wat de aansturing van de acute zorg betreft, deelt de Raad die twijfel. Daar acht de Raad volledige overheidsregulering (centrale planning en bekostiging) aangewezen.

Wat de chronische (langdurige) en electieve-curatieve zorg betreft, deelt de Raad die twijfel niet, integendeel. De risico's die door schaalvergroting in deze segmenten kunnen ontstaan zijn eerder een gevolg van een tekort dan een teveel aan marktwerking. In de visie van de Raad is de dominante oriëntatie van zorgaanbieders op het verkrijgen van voldoende marktaandeel een tijdelijke fase, in de overgang naar een vraaggestuurd stelsel van zorg. In deze transitiefase is er veel onzekerheid en zoeken zorgaanbieders - geconfronteerd met toenemende (financiële) risico's - naar evenwicht en stabiliteit. Het is nu zaak om door te pakken.

De Raad adviseert de minister de verantwoordelijkheid van zorgaanbieders voor besluitvorming omtrent schaalgrootte te respecteren. Een aparte fusietoets voor de zorg, zoals door de Kamer voorgesteld, past niet in situaties waar marktwerking het dominante ordeningsprincipe is.

Er is nog een reden zo'n fusietoets uit de weg te gaan. Het verband tussen schaal en kwaliteit/bereikbaarheid van zorg is zeer complex. Het is onbegonnen werk dit verband te reguleren met één toets.

Gegeven de verantwoordelijkheid van zorgaanbieders voor de schaalgrootte, zullen zij ook de risico's en consequenties daarvan volledig moeten dragen. Daarom moet voortgang gemaakt worden met de invoering van integrale prestatieprijzen en met de uitbreiding van het B-segment. En bovenal moet de transparantie van kwaliteit worden afgedwongen. En verder selec-

tieve zorginkoop waar mogelijk bevorderen. Alleen zo creëert men een doeltreffende toets (door consument en zorginkoper) op schaalbeslissingen. Het governance-systeem is daarvoor verantwoordelijk; de markt toetst.

De minister moet duidelijkheid verschaffen over de publieke belangen in relatie tot schaal en zorg, de onderliggende normen en de onderlinge rangorde. Als het er echt op aankomt, gaat kwaliteit van zorg en de uitkomsten daarvan boven alles, zelfs als dit ten koste gaat van een ander publiek belang, zoals bereikbaarheid.

De uitdaging voor de overheid ligt in het met kracht bevorderen van deconcentratie van zorgverlening, zorg op menselijke maat en community based care. De sleutel daartoe ligt in het bevorderen en versterken van de eerste lijn, van e-health, van disease management (dat wil zeggen de integratie van preventie, care en cure) en van scheiden van wonen en zorg.

Geen aparte fusietoets, wel kwaliteit en bereikbaarheid borgen. Hoe doe je dat. In de volgende paragraaf een aantal suggesties.

5.2 Aanbevelingen

- Zie af van een aparte fusietoets voor de zorg. Dit middel is disproportioneel. Bevorder dat in het samenwerkingsprotocol tussen NMa en NZa wordt vastgelegd dat de NMa specifiek ingaat op de zienswijze van de NZa, voor zover deze afwijkt van haar uiteindelijke fusiebesluit (motiveringsplicht).
- Mochten zich risico's van schaalvergroting voor de publieke belangen manifesteren, kies er dan voor de bevoegdheden van de NZa in het kader van aanmerkelijke marktmacht uit te breiden. De Wet marktordening gezondheidszorg biedt de mogelijkheid dit snel en relatief eenvoudig te regelen. De Raad zou de NZa ook willen suggereren zijn monitoringstaak scherper toe te passen op de effecten van schaalbeslissingen. Het toetsingsmodel van KPMG en RVZ uit 2003 kan hierbij behulpzaam zijn (zie bijlage 4).
- Maak zo nodig gebruik van de toelating ex Wtzi om voorwaarden te stellen aan categorieën zorgaanbieders. De WBMV kan desnoods de Wtzi vervangen.

- Overweeg de mogelijkheid in de WMCZ een bepaling op te nemen die het bestuur van een zorgonderneming verplicht een door de cliëntenraad aangedragen alternatief voor fusie te (doen) onderzoeken en die aan het bestuur een motiveringsplicht oplegt wanneer het bij zijn oorspronkelijke voornemen.
- Heroverweeg de sturing en financiering van de acute zorg:

- vermijd iedere vorm van marktwerking, dus: overheidsregulering;
- breng de aanrijtijd voor ambulancezorg terug tot 8 minuten (vergelijk: de brandweer);
- organiseer één keten van acute zorg, 24 uur per dag, gekoppeld aan de Spoedeisende Hulp (SEH) van het ziekenhuis (één telefoonnummer en één locatie waar mensen fysiek terecht kunnen met acute klachten);
- bevorder de integratie van de huisartsenzorg buiten kantooruren met de SEH;
- stel wettelijke kwaliteitseisen aan het verlenen van acute zorg;
- tref een wettelijke regeling voor de financiering (budgettering) van de acute zorg (tarief voor de paraatheid, de beschikbaarheid en de prestatie).

- Ga verder op de ingeslagen weg van (gereguleerde) marktwerking voor de overige zorgsegmenten waarvoor u verantwoordelijkheid draagt. Dat wil zeggen: integrale prestatiebekostiging, uitbreiding vrije prijsvorming, selectieve zorginkoop.
- Bevorder de ontwikkeling van normen die een minimumaantal verrichtingen/behandelingen per jaar eisen. Wanneer daaraan niet voldaan kan worden, moet onverkort duidelijk zijn dat het verboden is de desbetreffende verrichting/behandeling uit te voeren. Creëer een wettelijke grondslag voor kwaliteitsnormen.
- Schaf beschermingsconstructies voor kleine ziekenhuizen af. Stap af van de gedachte dat ziekenhuizen over een breed pakket medisch-specialistische functies moeten (kunnen) beschikken.

- Stimuleer de totstandkoming van een geïntegreerde eerste lijn:

- ontwikkel een ambitieuze zorgvisie, die niet uitgaat van bestaande beroepen en instellingen, maar van disease management en publieke gezondheid (cq patiënt, gezondheid en ziekte);
- formuleer duidelijke doelstellingen en draag deze actief uit;
- bevorder de substitutie van tweedelijns- door eerstelijnszorg met behulp van de bekostiging (zie hiervoor het RVZ-advies Zorginkoop: capitation fee in de eerste lijn; DBC's in de tweede);
- maak van ketenzorg en de geïntegreerde eerste lijn een duidelijk herkenbare prioriteit binnen de beleidsorganisatie van het ministerie van VWS

- Bevorder, in bekostiging (NZa) en in kwaliteitsbeleid (IGZ) ook overigens kleinschalige provisie van zorg met behulp van e-health, diseasemanagement, scheiden wonen en zorg. Beloon innovatie in plaats van instandhouding.

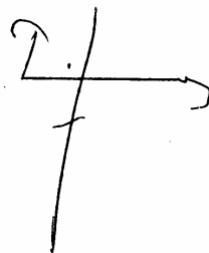
- Stimuleer e-health door:

- het gebruik van standaarden voor elektronische gegevensuitwisseling (en beveiliging) wettelijk op te leggen;
- aparte, gunstig geprijsde, DBC's voor e-health te ontwikkelen en door zorgaanbieders besparingen door toepassing van e-health te laten behouden.

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg



Rien Meijerink,
voorzitter



Pieter Vos,
algemeen secretaris

