

Schaal en belangen in de gezondheidszorg

Drs. M.E.M. Huijben
RVZ

1 INLEIDING

De gezondheidszorg verandert ingrijpend. Zo is de zorg bezig om over te schakelen van aanbodsturing naar vraagsturing, van een door de overheid gestuurde markt naar een zorgmarkt waarin sprake is van gereguleerde marktwerking. Nog maar twee jaar geleden is het zorgverzekeringsstelsel herzien; nu wordt de prestatiebekostiging ingevoerd. Momenteel staan het mededingingsrecht, het kwaliteitsbeleid en zorginnovatie hoog op de agenda. Dit alles heeft geleid tot herpositionering van de betrokken partijen. Zo worden niet alleen de rollen van overheid, verzekeraars, consumenten, instellingen en professionals opnieuw verdeeld, ook ontstaan nieuwe organisaties en organisatievormen. Opvallend is een fusiegolf die niet recent op gang is gekomen, maar al een flink aantal jaren de zorg in beweging houdt. Hierdoor ontstaan steeds grotere organisaties, zowel bij zorgaanbieders als bij ziektekostenverzekeraars. Tegelijkertijd zijn er ook initiatieven om de zorg en hulpverlening te spreiden en naar de mensen toe te brengen. Uit onderzoek blijkt dat het aantal instellingen in de jaren '80 en '90 van de vorige eeuw inderdaad sterk is afgenomen, maar het aantal locaties waar zorg wordt aangeboden, niet in dezelfde mate is gedaald (NIVEL, 2002; RIVM, 2002). Ook nu er zo veel veranderingen in de zorgsector gaande zijn, gaat deze trend nog voort.

Al deze ontwikkelingen worden op de voet gevolgd door de media. Ook in de Tweede Kamer, bijvoorbeeld tijdens de behandeling van de begroting van het ministerie van VWS voor het jaar 2008, kreeg 'het fusiegeweld' ruimschoots aandacht. De Tweede Kamer sprak breed haar zorg uit over de steeds verdergaande fusies van met name zorgaanbieders. Deze zouden leiden tot minder keuzevrijheid voor consumenten en een afname in toegankelijkheid en bereikbaarheid. Ook zou de concurrentie tussen zorgaanbieders verminderen, waardoor de recent ontstane marktwerking wordt geschaad. En juist deze marktwerking zien velen als een belangrijke drijfveer voor zorgaanbieders om enerzijds kosteneffectief en efficiënt te werken en anderzijds in innovatie en kwaliteit te investeren. Verder worden grote organisaties vaak gecentraliseerd geleid, waardoor ze vaak log en bureaucratisch zijn. Dit alles maakt de positie van de zorgconsument ingewikkeld. Daarom werd in de Tweede Kamer gepleit voor kleinschalige organisaties, die zich meer kunnen richten op de individuele wensen en behoeften van zorgconsumenten en werken volgens het principe van de 'menselijke maat'. Dergelijke kleine organisaties kunnen door hun positionering direct in de leefomgeving van de zorggebruiker een maatschappelijke functie vervullen, dit zou de leefbaarheid ter plaatse verhogen. Men vroeg zich tegelijkertijd af, of de kosten van de zorg in dergelijke kleinschalige organisaties verhoudingsgewijs niet te hoog worden en de kwaliteit van de zorg wel voldoende geborgd kan worden. Deze kleinschalige organisaties hebben immers minder mogelijkheden om te investeren in innovatie in de zorg en kunnen vaak geen complexe of gevarieerde zorg leveren. De Tweede Kamer vroeg de minister niet alleen dit proces te monitoren maar zo nodig ook te sturen.

Het advies is tegen de achtergrond van deze discussie geschreven. Het heeft dan ook vooral betrekking op de positie van zorgaanbieders. In deze bijdrage worden de begrippen uit deze discussie omschreven, geanalyseerd en met elkaar in verband gebracht. Dit leidt tevens tot verdere afbakening van het onderwerp. Per hoofdstuk worden de belangrijkste spelers uit de gezondheidszorg, namelijk de overheid en de vraag- en aanbodzijde van de zorgmarkt besproken, alsmede hun veranderende rol en hun belangen. De belangen die aan bod komen, zijn tevens de belangen die de Tweede Kamer bij haar discussie over fusies betreft. Omdat de belangen niet eenduidig zijn, worden ze in de volgende twee hoofdstukken uitgewerkt. Daarbij is een onderscheid gemaakt in publieke en maatschappelijke belangen. De WRR (2000) verstaat onder de maatschappelijke belangen, belangen waarvan de borging voor de samenleving als geheel gewenst is. Borging van deze belangen kan ook zonder overheidsbemoediging worden opgepakt door marktpartijen. Van publiek belang is sprake als de overheid zich de borging van een maatschappelijk belang aantrekt op grond van de overtuiging dat dit belang anders niet goed tot zijn recht komt. De overheid maakt het dan tot doelstelling van haar beleid. Hiermee scheidt ze verwachtingen waarop burgers redelijkerwijs mogen afgaan. Inschakeling van private actoren voor de borging van het

publieke belang, zal gepaard gaan met nieuwe regels en nieuw toezicht, opdat de overheid haar eindverantwoordelijkheid kan blijven waarmaken.

In dit vignet komen de volgende belangen aan bod:

- de publieke belangen in de zorg: kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid;
- maatschappelijke belangen in de zorg: keuzevrijheid, transparantie, leefbaarheid en menselijke maat.

In hoofdstuk 2 komen de publieke belangen en de rol van de overheid aan de orde; in hoofdstuk 3 staan zorgvragers (met name consumenten en verzekeraars) en de maatschappelijke belangen in de zorg centraal. Hoofdstuk 4 tenslotte is gewijd aan de zorgaanbieders, hun specifieke belangen en het toezicht op de zorgmarkt. In dat hoofdstuk wordt uiteengezet welke betekenis de term 'schaal' heeft en hoe er in de zorg naar wordt gekeken. Aan de orde komen de omvang van zorginstellingen en de wijze waarop zij hun hulp- of dienstverlening hebben georganiseerd. De vraag staat centraal welk effect dit heeft op de mate waarin instellingen kunnen voldoen aan de maatschappelijke eisen die aan hun dienstverlening worden gesteld.

2 DE OVERHEID EN DE PUBLIEKE BELANGEN IN DE GEZONDHEIDSZORG

2.1 Volksgezondheid en gezondheidszorg: een afbakening

In internationale verdragen, die ook in Nederland van toepassing zijn, is vastgelegd dat een ieder recht heeft op gezondheidszorg (Leenen et al., 2007). Het gaat om een sociaal grondrecht, dat in een aantal Europese verdragen en in de Grondwet is opgenomen. Het is de basis voor de zorgplicht van de overheid op het terrein van de volksgezondheid. Artikel 22 van de Grondwet meldt, dat de overheid gehouden is maatregelen te nemen ter bevordering van de volksgezondheid. Volgens de memorie van toelichting bij deze wet wordt ook de bescherming van de volksgezondheid hieronder begrepen. Een definitie van het begrip 'volksgezondheid' wordt niet gegeven, maar het wordt vaak omschreven als de gezondheidstoestand zoals die geldt voor de hele bevolking of voor subpopulaties. Een gangbare definitie van 'gezondheid' die is opgenomen in de preambule van de constitutie van de World Health Organisation (WHO): "a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity". Deze omschrijving omvat daarmee fysieke, geestelijke én sociale gezondheid en wordt wel aangeduid met de term 'zich welbevinden'.

De zorgplicht van de overheid op het terrein van de volksgezondheid heeft betrekking op de activiteiten die er op zijn gericht tekorten in de gezondheidstoestand en/of zelfredzaamheid van individuen op te heffen, te reduceren, te compenseren en/of te voorkomen (Meer & Schouten, 1997). De gezondheidszorg kan worden onderscheiden in openbare en individuele gezondheidszorg. De openbare gezondheidszorg of public health, omvat die delen van de gezondheidszorg en het openbaar bestuur die zich doelbewust richten op de ziektepreventie en de bescherming en bevordering van de volksgezondheid.

Individuele gezondheidszorg wordt in artikel 1 van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (BIG) beschreven. Het gaat om handelingen die rechtstreeks betrekking hebben op een persoon. De wet onderscheidt handelingen op het gebied van geneeskunst (bedoeld om een persoon van een ziekte te genezen, hem voor het ontstaan van een ziekte te behoeden of zijn gezondheidstoestand te beoordelen, dan wel verloskundige bijstand te verlenen) en andere verrichtingen, die ten doel hebben de gezondheid te bevorderen of te bewaken. In beide gevallen worden ook het onderzoeken en het geven van Raad daaronder begrepen.

Op verzoek van de minister van VWS zoemt het advies in op de individuele gezondheidszorg. Daarin worden vier sectoren onderscheiden:

- cure: zorg gericht op behandeling en genezing, waaronder zowel intra- als extramurale zorg wordt begrepen, maar ook ambulancezorg, ziekenvervoer en geneesmiddelenvoorziening. Dit wordt vooral geregeld in de Zorgverzekeringswet (Zvw);
- care: deze omvat langdurige zorg voor ouderen, gehandicapten en chronisch zieken, zowel intra-, semi- als extramuraal. Ook de hulpmiddelenvoorziening wordt onder care gerekend. De Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) ziet op de care;
- individuele preventie: het voorkomen van ziekten en gezondheidsrisico's op individueel niveau. Dit valt vooral onder de Zvw;
- maatschappelijke ondersteuning. Dit is ondersteuning van kwetsbare personen via de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) om zelfstandig te wonen en/of deel te nemen aan de maatschappij. Gemeenten zijn verantwoordelijk voor de verdeling van de middelen.

Het advies spitst zich toe op de rol van de rijksoverheid. Daarom wordt nauwelijks aandacht besteed aan de maatschappelijke ondersteuning en komt de rol van de gemeente alleen zijdelings aan de orde.

2.2 De rol van de rijksoverheid in de individuele gezondheidszorg

In de individuele gezondheidszorg is de overheid eindverantwoordelijk voor de borging van de publieke belangen. In de nota Vraag aan bod uit 2001 en in de brief met zorg ondernemen¹ worden er drie benoemd: kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de zorg. Uitgangspunt is daarbij de versterking van de positie van de zorgconsument.

Bij de invulling van deze verantwoordelijkheid gaat de overheid uit van een aantal basiswaarden, zoals zelfbeschikkingsrecht, rechtvaardigheid, participatie en solidariteit. De rijksoverheid streeft ernaar haar regulerende rol op de zorgmarkt af te bouwen en alleen een voorwaardenscheppende en toezichhoudende rol te behouden. Ze wil zich vooral bezighouden met het realiseren van publieke randvoorwaarden en het toetsen van bodemkwaliteit, de uitkomsten van zorg op populatieniveau en de tevredenheid van de inwoners over toegankelijkheid, bereikbaarheid en kwaliteit. Om deze functie in de zorg waar te maken, gebruikt de rijksoverheid wetgeving en financiële prikkels. Ook enkele zelfstandige bestuursorganen (zbo's) hebben in dit systeem een belangrijke, vooral controlerende taak gekregen.

Recent heeft een omschakeling plaatsgevonden van aanbodsturing naar vraagsturing. Er zijn duidelijke veranderingen in vooral de curatieve gezondheidszorg zichtbaar. Hiertoe is een stelselhervorming doorgevoerd, die is gestart met de invoering van de Zorgverzekeringswet, terwijl de AWBZ vooralsnog in takt is gebleven. Inmiddels zijn enkele marktsegmenten omgevormd tot een zorgmarkt, waarop vraag en aanbod de prijs en kwaliteit van producten en diensten bepalen; in andere marktsegmenten werkt men toe naar een systeem van gereguleerde marktwerking; in segmenten als de acute zorg wordt er nog een discussie gevoerd over de wenselijkheid van marktwerking. In zowel cure als care wordt nu toegewerkt naar een bekostigingssysteem, dat is gebaseerd op geleverde prestaties. In algemene ziekenhuizen en algemene instellingen voor geestelijke gezondheidszorg zijn diagnosebehandelingcombinaties (dbc's) beschreven. Een dbc is een geheel van activiteiten en verrichtingen van ziekenhuis en medisch specialist die voortvloeien uit de vraag waarmee een zorgconsument (patiënt) het ziekenhuis binnenkomt en de diagnose van de specialist. De prijzen van dbc's zullen op termijn primair worden vastgesteld door onderhandelingen tussen zorginstellingen en verzekeraars. De productie-eenheid voor AWBZ-gefinancierde instellingen in de sector care (AWBZ) is het zorgzwaartepakket (zpz). Dit is een volledig pakket van zorg dat aansluit op de kenmerken van de zorgconsument (cliënt) en het soort zorg dat hij nodig heeft. Deze pakketten zullen worden ingekocht door de regionale Zorgkantoren. Als sluitstuk van de stelselherziening brengt de Wet marktordening gezondheidszorg (WMO) de beide trajecten samen. De WMO regelt het markttoezicht in de zorgsector.

2.3 Basiswaarden

¹ TK 2006-2007, 27659, nr. 80.

Aan de basis van het huidige zorgstelsel ligt een aantal waarden die in de samenleving breed wordt gedeeld. Deze basiswaarden bepalen onder meer de wijze waarop de financiering van de gezondheidszorg is geregeld. Een aantal van deze waarden zijn in de vorm van grondrechten neergelegd in internationale verdragen en nationale wetgeving, zoals het recht op gezondheidszorg; anderen zijn als rechtsbeginsel geaccepteerd, maar er zijn er ook die als ethische normen of principes algemeen worden aanvaard (Leenen et al., 2007). Een principe dat aan de basis ligt van alle vastgelegde mensenrechten is de menselijke waardigheid. Het rechtsbeginsel 'zelfbeschikkingsrecht' vloeit hieruit rechtstreeks voort. 'Zelfbeschikkingsrecht' is de mogelijkheid om naar eigen inzicht te handelen. Het vindt bijvoorbeeld concretisering in de Wet op de geneeskundige behandelovereenkomst (WGBO) en is de basis van enkele individuele grondrechten. Uitgangspunt van het zelfbeschikkingsrecht is, dat iedereen in gelijke mate dit recht bezit, maar men moet bij de uitoefening van dit recht wel rekening houden met vrijheden en rechten van anderen. Door ziekte verandert de juridische status van de mens niet. Zo wordt er algemeen vanuit gegaan dat mensen - ook bij ziekte - hun wil kunnen bepalen tenzij het tegendeel blijkt. Een ander beginsel is het beschermingsbeginsel, dat samenhangt met het ethische principe van 'weldoen' of 'niet schaden'. Het is terug te vinden in wetgeving gericht op bescherming van de veiligheid van personen en goederen en specifiek voor de gezondheidszorg in het nemen van verantwoordelijkheid voor diegenen die zorg of hulp behoeven.

In het 'HEALTH21' kader (1998) legt de WHO drie waarden ten grondslag aan beleidsontwikkelingen en aan sturing van instituties in de gezondheidssector. Deze waarden zijn ook door Nederland onderschreven. Het zijn:

- rechtvaardigheid: iedereen krijgt een eerlijke kans om zijn optimale gezondheid te behouden of verwerven. Hierbij gaat het om een eerlijke verdeling van gezondheidsvoorzieningen, empowerment en inclusie van groepen die kwetsbaar zijn. Dit hangt nauw samen met het non-discriminatieprincipe, dat discriminatie op leeftijd, geslacht, etniciteit, seksuele geaardheid en sociaal-economische status afwijst;
- participatie: dit heeft betrekking op de actieve betrokkenheid van actoren, zowel op individueel als organisatieniveau, waardoor de kwaliteit van het publieke besluitvormingsproces verbetert;
- solidariteit: dit wordt gezien als een gevoel van collectieve verantwoordelijkheid in de samenleving. Het wordt gerealiseerd als een ieder naar vermogen aan het gezondheidssysteem bijdraagt.

2.4 Kwaliteit

De afgelopen jaren is veel aandacht besteed aan kwaliteitsborging. Hiertoe is een aantal wetten in het leven geroepen. In het kader van dit advies zijn de belangrijkste: de Wet Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (BIG) en de Wet kwaliteit zorginstellingen. Wat volgens de minister van VWS moet worden verstaan onder "kwaliteit" wordt onder meer beschreven in een brief met als onderwerp "kwaliteit van zorg op de agenda"². Het kwaliteitsbegrip wordt gesplitst in: veiligheid, klantgerichtheid en doelmatigheid.

- veiligheid staat voor de mate waarin de zorg onnodige schade aan zorgconsumenten voorkomt. Het is een uitwerking van het beschermingsbeginsel en in veel wetten ondergebracht;
- klantgerichtheid staat voor de mate waarin de zorg naar inhoud, service en bejegening aansluit bij de reële noden en preferenties van de zorgconsument. Dit is terug te vinden in Wet BIG, de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO) en de Kwaliteitswet zorginstellingen;
- doelmatigheid valt uiteen in doelgerichtheid en doeltreffendheid. Het staat voor de mate waarin de zorg aan zorginhoudelijke standaarden voldoet, goed georganiseerd en kosteneffectief wordt aangeboden en haar doel bereikt.

Het doel van zorg wordt uitgedrukt in termen van optimale gezondheidswinst of kwaliteit van leven. In 2001 omschrijft de RVZ 'gezondheidswinst' op het niveau van de bevolking als minder sterfte of

² TK 2005-2006, 28439, nr. 12.

verlenging van de (gezonde) levensverwachting; op het niveau van de individuele zorg wordt gezondheidswinst aangeduid als kwaliteit van leven en het staat dan vooral voor de ervaren gezondheid.

Kwaliteit wordt complexer als meerdere zorgverleners of -instellingen betrokken zijn bij de zorg voor een patiënt of cliënt, zoals bij 'diseasemanagement', 'ketenzorg' of de 'integrated care'. In dergelijke gevallen wordt de kwaliteit niet alleen bepaald door de kennis, kunde en bejegening van de professional, maar ook door de mate waarin afstemming plaatsvindt tussen de betrokken zorgaanbieders. De organisatie van de werkzaamheden, de verdeling van taken en verantwoordelijkheden tussen zorgaanbieders onderling en de mogelijkheden die de zorgconsument heeft om de zorg te coördineren, bepalen de continuïteit en daarmee de kwaliteit van de zorg (IGZ, 2007).

Het Institute of Medicine (IOM) onderkent tenslotte nog een ander aspect van 'kwaliteit'. Naast effectiviteit, veiligheid en vraaggerichtheid noemt het IOM nog 'tijdigheid'. Het IOM omschrijft het in 1999 als volgt: 'Quality health care means doing the right thing, at the right time, in the right way, for the right person - and having the best possible results'. Dit sluit ook aan bij de omschrijving die minister Klink voor zijn speerpunt 'kwalitatief goede zorg' heeft gekozen³. Hij bedoelt hiermee de zorg die zo veel mogelijk is toegesneden op de individuele behoeften van de zorgconsument, eigentijds, effectief, veilig en op tijd is. Deze omschrijvingen omvatten dus nog een extra element namelijk dat van tijdigheid. Daarmee wordt het kwaliteitsbegrip welhaast een containerbegrip. Daarom is in het advies vooral de aandacht gericht op het kwaliteitsaspect, namelijk de medisch vakinhoudelijke kwaliteit van de zorg.

2.5 Toegankelijkheid

Toegankelijke zorg betekent dat personen die zorg nodig hebben zonder grote drempels toegang hebben tot de zorgverlening. Bedoeld wordt een rechtvaardige verdeling van beschikbare voorzieningen over de gehele bevolking. De WHO definieerde toegankelijkheid van zorg in 1998 als "A measure of the proportion of a population that reaches appropriate health services." De WHO onderscheidt in 2000 verschillende vormen van toegankelijkheid:

- financiële toegankelijkheid: de mate waarin mensen in staat zijn om zorg te betalen, waarbij zowel bereidheid als vermogen worden meegenomen. Hier speelt de waarde 'solidariteit' een belangrijke rol;
- geografische toegankelijkheid: de mate waarin voorzieningen of diensten beschikbaar en bereikbaar zijn voor de gehele bevolking. Hierbij wordt per regio gekeken naar de spreiding van de infrastructuur en het actuele aanbod, maar ook naar de plaatselijke vervoersmogelijkheden. De bereikbaarheid heeft in dit advies een speciale plaats gekregen;
- culturele toegankelijkheid: de mate waarin de toegang tot zorg wordt belemmerd door de aanwezigheid van culturele (of religieuze) taboes. Het gaat erom of minderheden zich in staat achten om gebruik te maken van de zorg die wordt aangeboden.

In de notitie "gelijke behandeling in de praktijk" uit 2003 noemt het kabinet nog een drietal andere aspecten:

- fysieke toegankelijkheid: de mate waarin een ieder bestaande voorzieningen kan gebruiken, gebouwen kan betreden en (openbaar) vervoer benutten. Dit heeft raakvlakken met en is aanvullend op de geografische toegankelijkheid;
- sociale toegankelijkheid: de mate waarin een ieder een plaats heeft in de samenleving én de zorg (maatschappelijke participatie). Dit sluit aan bij de culturele toegankelijkheid;

³ TK 2006-2007, 28439, nr. 98.

- toegang tot voorlichting en informatie: de mate waarin informatie over geldende regelingen, beschikbare voorzieningen en hulpmiddelen bekend (kunnen) zijn aan een ieder. Dit hangt samen met de transparantie van informatie, die in paragraaf 3.3 wordt besproken.

Deze aspecten geven mensen een gevoel van veiligheid en geborgenheid. Gelijke toegankelijkheid voor iedereen is een belangrijk uitgangspunt in het huidige gezondheidszorgsysteem. In de wetgeving zijn daarover regels gesteld. De bereikbaarheid en beschikbaarheid van bepaalde voorzieningen worden bijvoorbeeld geregeld in de Wet bijzondere medische verrichtingen (WBMV) en de Wet toelating zorginstellingen (Wtzi). De financiële toegankelijkheid is neergelegd in de AWBZ, de Zvw en Wmo.

2.6 Betaalbaarheid

Betaalbaarheid is een macro-economisch begrip. Het verwijst naar de verhouding tussen de kosten van de gezondheidszorg en de beschikbare middelen, meestal uitgedrukt in het nationaal inkomen of nationaal product. Aangezien er geen norm is, hangt het oordeel af van een politieke afweging die op basis van verschillende aspecten steeds opnieuw wordt gemaakt. Daarbij gaat het niet alleen om kosteneffectiviteit, arbeidsproductiviteit maar ook om economische groei. Dit heeft dan ook een belangrijke relatie met de maatschappelijke functie van de zorg, waarop in paragraaf 3.4 wordt ingegaan.

Bij de afweging van de betaalbaarheid van de zorg is 'solidariteit' een belangrijke basiswaarde. Er zijn drie vormen van 'solidariteit' (RVZ, 2001), die in een aantal wetten zijn verankerd. Het gaat daarbij vooral om de verdeling van de middelen. Risicosolidariteit veronderstelt dat mensen met een ongelijk risico toch evenveel bijdragen aan de financiering van deze risico's. Zowel de Zvw als de AWBZ bevatten hierover bepalingen. Van inkomenssolidariteit is sprake als mensen met een hoger inkomen meer dan evenredig bijdragen aan de financiering van de zorgkosten. Dit wordt in de Zvw gerealiseerd in de vorm van het inkomensafhankelijke deel van de premie voor de zorgverzekering, maar ook in de AWBZ. Bij intergenerationele solidariteit bestaat er solidariteit tussen de verschillende generaties, zoals in de Algemene Ouderdomswet.

3 DE MAATSCHAPPELIJKE BELANGEN EN DE VRAAGZIJDEN IN DE ZORG

3.1 De vraagzijde van de zorgmarkt

Aan de vraagzijde staan twee partijen: de zorgconsumenten en de ziektekostenverzekeraars. Hun rol is de laatste jaren drastisch veranderd. Nu wordt in beginsel de zorgconsument centraal gesteld. Onder zorgconsumenten worden de patiënten of zorgcliënten gerekend. Een ieder zal naar alle waarschijnlijkheid minimaal eens in zijn leven gebruik maken van een voorziening (product of dienst) van de individuele gezondheidszorg en zodoende zorg consumeren. De belangen van de zorgconsument lopen deels parallel aan die in het vorige hoofdstuk (RVZ, 2003). Allereerst wil hij snel een zorgverlener vinden: de zorg moet bereikbaar zijn. Een ieder wil verder veilige en adequate zorg, die is toegesneden op zijn noden en behoeften en bovendien betaalbaar is. De zorgconsument rekent op de vakinhoudelijke kennis bij de zorgverlener, maar hecht tevens veel waarde aan bejegening, die getuigt van wederzijds respect. Tenslotte wordt de continuïteit van zorg belangrijk gevonden: de consument wil dat de zorg zodanig is georganiseerd dat de juiste zorg op het juiste moment op de juiste plaats wordt verleend.

Naast deze belangen hebben zorgconsumenten nog andere behoeften. Veel consumenten willen de mogelijkheid om zelf te kiezen waar, door wie, wanneer en hoe zij zorg ontvangen. Hiervoor is behoefte aan duidelijke en betrouwbare informatie over de gezondheidstoestand van de

zorgconsument, zijn vooruitzichten, alternatieve onderzoeks- en behandelingsmogelijkheden, beschikbaar zorgaanbod en de kosten die daarmee gepaard gaan. Naast 'keuzemogelijkheden' en 'transparantie' komen in dit hoofdstuk nog drie andere maatschappelijke belangen aan bod, namelijk 'leefbaarheid', 'de maatschappelijke functie' en 'de menselijke maat'. Zij krijgen momenteel in de politiek veel aandacht, maar zorgen ook voor verwarring.

Individuele gezondheidszorg is beschikbaar voor de verzekerde. De WVG verstaat onder de 'verzekerde': degene die een verzekeringsovereenkomst betreffende het risico van ziektekosten heeft gesloten met een ziektekostenverzekeraar dan wel van rechtswege verzekerd is op grond van de AWBZ. Volgens de Zvw is iedereen die in Nederland woont of in Nederland loonbelasting betaalt, verplicht een zorgverzekering af te sluiten, tenzij men als militair in actieve dienst is of principiële bezwaren tegen verzekeren heeft. Het gaat daarbij minimaal om de basisverzekering, waarvan het pakket voorzieningen in de Zvw is vastgelegd. Minderjarigen zijn gratis meeverzekerd.

Met de invoering van het nieuwe zorgstelsel krijgt de zorgconsument een belangrijke positie (Boot, 2007). Als collectief wordt hij nu geacht te participeren in de (politieke) besluitvorming. Dit kan als lid van algemene, categorale of thematische patiëntenorganisaties, of als lid van ouderenorganisaties en organisaties voor mensen met een beperking. Zij laten hun stem horen in het landelijke, regionale of lokale gezondheidsbeleid of het zorgbeleid in specifieke instellingen. Individueel staan de zorgconsument verschillende mogelijkheden ter beschikking om te kiezen. De verzekerde kan op basis van de Zvw jaarlijks kiezen bij welke verzekeraar en voor welk zorgpakket hij zich wil verzekeren. Daardoor heeft de verzekerde invloed op de geleverde zorg. In de care kunnen zorgconsumenten kiezen voor een voorziening via de AWBZ-financiering of het persoonsgebonden budget (pgb) waarmee ze de vooraf geïndiceerde zorg zelf kunnen inkopen. Het gaat hier om brede 'zorg': de AWBZ doelt op zorg ter voorkoming van ziekten en ter voorziening in hun geneeskundige behandeling, verpleging en verzorging. Tot deze zorg behoren ook voorzieningen tot behoud, herstel of ter bevordering van de arbeidsgeschiktheid of strekkende tot verbetering van levensomstandigheden, alsmede maatschappelijke dienstverlening.

Een andere belangrijke partij aan de vraagzijde is die van de ziektekostenverzekeraars, want zij verdelen een groot deel van de middelen. We onderscheiden de zorgverzekeraar, zoals bedoeld in de Zorgverzekeringswet en de AWBZ-verzekeraar, die wordt omschreven als 'een zorgverzekeraar die zich als zodanig voor uitvoering van de AWBZ heeft aangemeld'. Zorgverzekeraars zijn verplicht alle verzekeringsplichtigen in hun basisverzekering toe te laten (acceptatieplicht) en hen de basiszorg te leveren (zorgplicht); ze mogen in de basisverzekering geen risicoselectie toepassen. Dit laatste is een belangrijke prikkel voor goede dienstverlening en doelmatige zorginkoop; het versterkt bovendien onderlinge concurrentie.

Ziektekostenverzekeraars hebben volgens de Zvw een wettelijke zorgplicht voor hun verzekerden. Ze zijn gehouden om tijdige en verantwoorde zorg te leveren. Daartoe maken ze afspraken met zorgaanbieders over de te leveren diensten/producten. Verzekeraars onderhandelen daarom met zorgaanbieders over prijs, inhoud en organisatie van de zorg.

De ziektekostenverzekeraars vallen grotendeels buiten de focus van het advies.

3.2 Keuzemogelijkheden

Onderzoek onder zorgconsumenten laat zien, dat zij keuzevrijheid en keuzemogelijkheden belangrijk vinden (TNS NIPO, 2003). Zorgconsumenten willen zelf de zorg kiezen die bij hen past of - waar zelfbeschikking door omstandigheden moeilijk ligt - zorg te krijgen die in hun behoeften voorziet. Keuzevrijheid wordt gezien als een belangrijk goed; het is immers verbonden met het zelfbeschikkingsrecht. Het kan worden omschreven als: de mate waarin zorgconsumenten zelf kunnen kiezen voor de wijze waarop men tegen ziektekosten verzekerd wil zijn en door wie of hoe de zorg wordt verleend. Keuzevrijheid in de zorg kan alleen worden uitgeoefend als er keuze mogelijk is,

dat wil zeggen als het beschikbare aanbod van diagnostiek, indicatiestelling, zorgverlening of instelling divers en gevarieerd van aard is en dit bekend is aan de zorgconsument.

Sinds de omslag naar vraagsturing van de afgelopen jaren hebben veel zorgconsumenten er keuzemogelijkheden bij gekregen. Het recht om te kunnen kiezen is inmiddels in een grote hoeveelheid wetten vastgelegd, zoals de WGBO, de Wet medisch wetenschappelijk onderzoek met mensen, de Wet op de orgaandonatie en de Zvw. Het gaat om keuzes voor een bepaalde zorgaanbieder, voor een bepaald type zorg of de manier waarop deze wordt verleend. Volgens de Zvw kiezen zorgconsumenten voor een verzekeraar, de hoogte van de nominale premie, het soort polis, de service van de verzekeraar en de hoogte van het vrijwillige eigen risico. Zorgconsumenten kunnen zo de ruimte krijgen om de zorg te kiezen die bij hun past en de verzekeraar achteraf laten betalen. Een andere vorm van keuzevrijheid ligt besloten in het persoonsgebonden budget in de care. Zorgconsumenten kunnen op deze wijze meer verantwoordelijkheid nemen voor hun eigen situatie. De zorg kan flexibeler worden ingezet, zodat hij beter past bij de vraag van de consument.

Er speelt dus een scala aan keuzemogelijkheden die erop gericht zijn de autonomie van zorgconsumenten te versterken. Toch wordt de keuzevrijheid beperkt. Enerzijds komt dit doordat er grote verschillen zijn tussen zorgconsumenten. De mogelijkheid om te kiezen is bijvoorbeeld afhankelijk van kennis van de zorgmarkt, inzicht in de eigen omstandigheden, behoefte aan keuzevrijheid en financiële draagkracht. Iets soortgelijks geldt ook voor ziektekostenverzekeraars: verschillen in onafhankelijkheid en onderhandelingsmacht beïnvloeden hun keuzevrijheid. Anderzijds wordt kiezen vrij fundamenteel beperkt doordat er in veel gevallen niets te kiezen valt (Friele et al., 2006). Zo is keuze welhaast onmogelijk als acuut zorg nodig is.

Bovendien speelt de beschikbaarheid van aanbieders een rol: schaarste maakt immers kiezen lastig. Zorgconsumenten ervaren een afname in de keuzemogelijkheden als er grotere organisaties ontstaan en er tegelijkertijd een afname is in het aantal organisaties dat zorg aanbiedt (TNS, 2003). Verder zijn er nog tal van andere oorzaken die de hoeveelheid keuzemogelijkheden inperken. De eerste categorie oorzaken zit in de sfeer van de publieke belangen. Immers, wil er sprake zijn van keuzevrijheid dan is niet alleen toegang vereist tot zorg (toegankelijkheid), maar ook toegang tot de door de patiënt gewenste of benodigde zorg (kwaliteit). Gebrek aan gekwalificeerd personeel, kwalitatief minder goede zorgverlening, onprettige bejegening door zorgverleners, slechte bereikbaarheid en de aanwezigheid van sociale en financiële drempels hebben een negatieve invloed op de toegankelijkheid van zorg en daardoor nemen de keuzemogelijkheden van zorgconsumenten af. De uitoefening van keuzevrijheid heeft dus duidelijke raakvlakken met de eerder besproken publieke belangen. Ook de afspraken tussen zorgaanbieders over de inhoud en aard van de zorg binnen beroepsgroepen (zoals vastgelegd in behandelprotocollen of –richtlijnen) of tussen zorgaanbieders (zoals gehanteerd bij verwijzingen) leiden tot minder keuzemogelijkheden. Sinds het nieuwe zorgstelsel komen daar de afspraken tussen zorgaanbieders en ziektekostenverzekeraars bij.

3.3 Transparantie

In het beleid van de rijksoverheid is ‘transparantie’ een speerpunt. ‘Transparantie’ of openheid en doorzichtigheid van de onderdelen van het zorgsysteem zijn voor alle partijen van het grootste belang. Gebrek aan transparantie kan de toegankelijkheid en kwaliteit van de zorg schaden. Wil men kunnen bepalen of de belangen worden gerealiseerd, dan moeten indicatoren en meetmethodes worden ontwikkeld, waaruit interpreteerbare gegevens over de werking van de markt kan worden gehaald. Heldere informatie moet het voor consumenten mogelijk maken om zorgaanbieders en verzekeraars onderling te vergelijken. Alleen dan kunnen zij immers gefundeerde keuzes maken en de geboden keuzemogelijkheden benutten. De verzekeraars hebben betrouwbare informatie nodig om effectief te kunnen onderhandelen. En betrouwbare informatie is belangrijk voor zorgaanbieders want zij kunnen bepalen of hun producten en diensten - ook in vergelijking met hun concurrenten - voldoen aan de eisen die er door zorgconsumenten, verzekeraars en overheid aan worden gesteld.

Tenslotte heeft ook de overheid gegevens nodig om haar toezichhoudende functie te vervullen en verantwoording af te leggen over haar beleid. Kortom: het gaat om informatie die:

- eenduidig gedefinieerd is;
- het perspectief van de zorgconsument centraal stelt;
- tegen minimale kosten verkregen wordt;
- betrouwbaar, vergelijkbaar en toegankelijk is.

3.4 Leefbaarheid

In een breed gedragen motie die op 15 november 2007 werd ingediend, wordt de regering verzocht om bij het onderzoek naar een adequate toetsing van fusies van zorginstellingen en/of concentraties van zorgvoorzieningen het criterium 'maatschappelijke functie en leefbaarheid' te betrekken⁴. Wat wordt nu bedoeld met 'maatschappelijke functie en leefbaarheid'? Dit thema is erg breed en heeft - zo op het eerste gezicht - slechts zijdelings te maken met gezondheidszorg. Toch krijgt het momenteel veel aandacht. In de discussie wordt 'leefbaarheid' in één adem genoemd met de 'maatschappelijke functie', maar de begrippen zijn niet hetzelfde. 'Leefbaarheid' heeft betrekking op de woonsituatie en woonomgeving van mensen en is daarmee een bij uitstek buurtgebonden verschijnsel. Volgens 't Hart et al., (2002) is leefbaarheid het resultaat van een samenspel tussen fysieke kwaliteit, sociale kenmerken en veiligheid van de woonomgeving. Zo blijkt leefbaarheid samen te hangen met de aanwezigheid van bepaalde voorzieningen in de directe omgeving, de aanwezigheid van groen in de buurt en met de onderlinge betrokkenheid tussen bewoners (SCP, 2007). Gebrekkige leefbaarheid doet zich voor als er sprake is van verloedering, overlast en criminaliteit. De overheid hanteert de drie indicatoren 'schoon, heel en veilig'. Voor wat betreft de zorg willen mensen graag zorg die op hun behoeften is toegesneden: dicht bij huis en tegen lage kosten. Hier is er een duidelijk raakvlak met toegankelijkheid of bereikbaarheid. Mensen die langdurig zorg of ondersteuning nodig hebben, willen deze aan huis en liefst in de oorspronkelijke woonomgeving. Zo blijven privacy en woongenot behouden en kunnen zorgconsumenten tevens hun rol in de samenleving blijven spelen. Een dergelijk zorgsysteem bevordert niet alleen de participatie van kwetsbare groepen, maar ook de onderlinge betrokkenheid of sociale cohesie in de directe omgeving en daarmee de leefbaarheid in buurt of wijk.

Een soortgelijk effect op leefbaarheid heeft de maatschappelijke functie van zorg. Dit heeft te maken met de aanwezigheid van voorzieningen. Met name op het platteland, maar ook in achterstandswijken krijgen zorgvoorzieningen een bredere sociale functie als zorginstellingen hun deuren open zetten voor anderen dan de zorgconsumenten (hun klanten) en de verzekeraars. Ze hebben een eigen netwerk en maken onderdeel uit van een keten, waarin - net als in de commerciële wereld - leveranciers, distributeurs enz. een plaats hebben. Daarnaast hebben ze ook als werkgever een rol. Met de toenemende vraag naar zorg en ondersteuning, wordt hun positie op de arbeidsmarkt steeds belangrijker. Een groeiend percentage van de beroepsbevolking zal werkzaam zijn in de zorg. Om de zorg betaalbaar te houden, zal de arbeidsproductiviteit en de effectiviteit van de zorg opgekrikt moeten worden. Dat kan door innovatie, toepassing van informatietechnologie, herverdeling van taken en nieuwe vormen van samenwerking; het kan ook door de inzet van vrijwilligers of een beroep mantelzorgers. De netwerkfunctie van de zorg is op deze manier enorm bepalend voor de leefbaarheid in de wijk.

3.5 De menselijke maat

In de behandeling van de zorgbegroting op 15 november 2007 verwees de heer De Vries (CDA) naar het belang van de 'menselijke maat' met de volgende woorden: "Wij hopen dat deze begroting het

⁴ motie voorgesteld door de leden Kant, Jan de Vries, Schippers, Wiegman-van Meppelen Scheppink, Van der Vlies, Koser Kaya, Vendrik, Van der Veen en Agema (TK 2007-2008 nr. 39 31200 XVI)

mogelijk maakt om niet alleen als Kamer en kabinet, maar ook als sector te investeren in de menselijke maat die de essentie is van de zorg⁵.

De term 'menselijke maat' verwijst naar een vorm van persoonlijke zorg, waarin aandacht is voor intimiteit, huiselijkheid en respect voor de waardigheid van de zorgconsument. Het is een vorm van bejegening, waarbij zorgverlener en -consument op een respectvolle wijze en met wederzijds vertrouwen met elkaar omgaan (Boot, 2007). Het is de mening van de wetgever dat zorgconsument en zorgverlener als gelijkwaardigen met elkaar behoren om te gaan, zo valt af te leiden uit de Wet BIG, de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst en de Kwaliteitswet zorginstellingen. De 'menselijke maat' is dan eigenlijk een verbijzondering van het kwaliteitsaspect 'klantgerichtheid'.

Het idee is, dat zorg die dicht bij de zorgconsument wordt georganiseerd en aangeboden, beter kan worden afgestemd op zijn behoeften. De individuele afstemming was één van de uitgangspunten van het persoonsgebonden budget (pgb) en de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo), die de ondersteuning regelt van ouderen en mensen met een chronische aandoening of beperking die daaraan behoefte hebben. Er wordt van de hulpvrager verwacht dat hij zo veel mogelijk zelf de regie in handen neemt. Hij is dan zelf verantwoordelijk voor de juiste zorg. Ook in de individuele gezondheidszorg zou een 'vangnet' van zorgverleners (professionals, ondersteuners en mantelzorgers) moeten worden gecreëerd dat gepaste zorg biedt. Belangrijk voor de zorgconsument is, dat erop wordt gelet dat de continuïteit in de zorg gewaarborgd is. Dit wordt steeds meer opgepakt door vormen van multidisciplinaire samenwerking, zoals 'diseasemanagement', 'ketenzorg' en 'integrated care'.

Het kabinet ziet het belang van 'de menselijke maat' weldegelijk ook in de AWBZ-gefinancierde care, zo werd duidelijk bij de begrotingsbehandeling, maar veel minder in de cure. In het coalitieakkoord uit 2007 was al aangegeven dat het kabinet op het terrein van de care in dialoog met het veld de ontwikkeling van concepten, zoals kleinschaligheid, inbedding in wijken en buurten, ontbureaucratisering en ruimte voor de professional, zal onderzoeken, bevorderen en belonen. Het kabinet ziet de noodzaak en wenselijkheid om verder in te spelen op de toenemende diversiteit van woon- en zorgbehoeften. Ze wil daarom wonen en zorg financieel meer scheiden, ruimte geven aan ondernemerschap en privaat kapitaal, waarbij vooral zal worden getoetst op kwaliteit en toegankelijkheid.

4 DE OMVANG VAN ZORGAANBIEDERS TER DISCUSSIE

4.1 De zorgaanbieders

De aanbodzijde bestaat uit een grote diversiteit zorgaanbieders. Zij is uiteindelijk de schakel die de markt compleet maakt. De zorgaanbieder moet zorgen dat het aanbod tegemoet komt aan zowel publieke als maatschappelijke belangen. De AWBZ omschrijft de 'zorgaanbieder' als: een instelling of persoon, die zorg verleent. Deze wet rekent onder instelling een organisatorisch verband dat door de minister van VWS is toegelaten voor het verlenen van zorg. De Wet toelating zorginstellingen (Wtzi) en de daarop gebaseerde regelingen stellen de eisen voor toelating tot de zorg die via AWBZ en Zvw is verzekerd.

Regels met betrekking tot zorgaanbieders zijn in verschillende wetten te vinden. De Wet beroepen individuele gezondheidszorg (BIG) heeft betrekking op de professionals die in de zorg werkzaam zijn (de zorgverleners). In de wet wordt uitgegaan van de verantwoordelijkheid van beroepsbeoefenaren zelf om zogenaamde verantwoorde zorg te leveren. Bevoegdheid is wettelijk aan bekwaamheid gekoppeld. Strafbaar in de Wet BIG is de beroepsbeoefenaar die door ondeskundig handelen iemands gezondheid schade toebrengt of een aanmerkelijke kans op schade veroorzaakt.

⁵ Handelingen TK 2007-2008 nr. 24 31200 XVI pag. 1792.

De Kwaliteitswet zorginstellingen ziet uitsluitend toe op instellingen, die tot doel hebben zorg te verlenen zoals omschreven in de AWBZ en de Zvw. Zorginstellingen moeten volgens de Kwaliteitswet zorginstellingen verantwoorde zorg leveren. Dat wil zeggen: zorg van een goed niveau die in ieder geval doeltreffend, doelmatig én patiëntgericht is. De instellingen moeten de kwaliteit van zorg systematisch bewaken, onder controle houden en zo mogelijk verbeteren. Jaarlijks dient men door de publicatie van een kwaliteitsverslag verantwoording af te leggen over het kwaliteitsbeleid. Verder wordt in deze wet geëist dat zorginstellingen doelbewust werken aan voldoende en capabel personeel, goede communicatie, taak- en verantwoordelijkheidsverdeling en de juiste technische en materiële voorzieningen. Tenslotte moet de instelling geestelijke verzorging beschikbaar stellen die aansluit bij de levensovertuiging van de patiënten of bewoners.

In deze beide wetten en ook in de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst worden 'goed hulpverlenerschap', 'deskundig handelen' en 'zorg van goed niveau' geëist. Daarbij gaat het - net als in beroepscode van beroepsverenigingen en in de kwaliteitscriteria van zorginstellingen - niet alleen om vakinhoudelijke aspecten, maar ook om bejegening van patiënten.

Aangezien zorgaanbieders primair verantwoordelijk zijn voor de kwaliteit van hun producten en diensten, is hen gevraagd de kwaliteitscriteria op te stellen en hun kwaliteitsbeleid vorm te geven. De beroepsbeoefenaren moeten zelf hun eigen toetsingsmethoden en toetsingscriteria ontwikkelen om de kwaliteit van hun zorgverlening te bewaken. De overheid kan aanvullende eisen stellen aan de toetsing, de praktijkruimte en het dossierbeheer.

Op basis van vastgestelde indicatoren wordt benchmarkinformatie gegenereerd en openbaar gemaakt. Met de invoering van prestatiebekostiging en (gereguleerde) marktwerking in de (curatieve) gezondheidszorg zijn aanbieders van zorg ook ondernemers in de zorg geworden. Ze worden gestimuleerd zich van elkaar te onderscheiden. Zorgaanbieders worden sinds de stelselwijzigingen steeds meer afgerekend op de prestaties die zij in de vorm van de producten en diensten leveren. Het belang van hun concurrentiepositie neemt dus toe.

4.2 Redenen voor het samengaan van zorgaanbieders

De laatste 25 jaar is er een trend waarbij steeds meer zorginstellingen besluiten samen te gaan; echter ook zelfstandige beroepsbeoefenaren gingen en masse over tot het voeren van gezamenlijke praktijken. Het is een trend die ook bij ziektekostenverzekeraars en in andere sectoren speelt, maar deze worden in het advies niet besproken. Voor dergelijke beslissingen voeren zorgaanbieders verschillende redenen aan:

- schaalvergroting maakt een efficiëntere bedrijfsvoering mogelijk. Er ontstaat tevens een bredere financiële basis om risico's te spreiden en te investeren en te innoveren;
- volumevergroting helpt het voortbestaan van de organisatie te waarborgen. De onderhandelingspositie tegenover ziektekostenverzekeraars, zbo's en overheid wordt versterkt en er ontstaat ruimte voor ambities van de medische staf;
- schaalvergroting maakt het mogelijk om beter aan de hoge kwaliteitseisen te voldoen. Doordat een grotere organisatie meestal ook meer klanten (patiënten/cliënten) heeft, is de kans groter dat er in voldoende mate een beroep gedaan wordt op de zorgverleners. Zij kunnen zo hun vaardigheden op peil houden. Ook is in een grotere organisatie het uitwisselen van kennis en ervaring gemakkelijker. Tenslotte kunnen taken beter worden verdeeld; er is meer ruimte voor specialisatie en voor de ondersteunings- en staffuncties. De organisatie verbetert hiermee haar positie op de arbeidsmarkt (wervingskracht) door gevarieerd arbeidsaanbod en aantrekkelijke carrièreperspectieven.

Daarnaast worden ook andere voordelen meegewogen, die door externe invloeden worden gestuurd. Zo werd in het verleden grootschaligheid door de overheid gestimuleerd. Dit gebeurde onder meer door het verlenen van vergunningen van nieuwbouw en het verstrekken van een zogenaamde fusiebonus, zoals vervat in het systeem van functiegerichte budgettering. Het doel hiervan was het verbeteren van de kwaliteit van het zorgaanbod, het verzekeren van continuïteit in de zorg en het verlagen van de kosten van de zorg. Specialisatie, routine en concentratie zouden leiden tot meer kwaliteit. In ziekenhuizen zou schaalvergroting kunnen leiden tot afname van duur van het verblijf van patiënten in de instelling met als gevolg een reductie in het aantal benodigde bedden en daarmee verlaging van budgetten. Dit is niet alleen in de 'cure' maar ook in de 'care' toegepast.

Ook heeft de roep om meer afstemming van zorg bijgedragen aan schaalvergroting. Eén manier om afstemming te realiseren is door de sturing van het zorgproces in één hand te brengen, maar het is natuurlijk ook mogelijk om hetzelfde te bereiken door het maken van afspraken tussen (groepen) aanbieders. Initiatieven als ketenzorg, diseasemanagement en 'integrated care' zijn daarvan voorbeelden. Tenslotte wordt door de recente ontwikkelingen steeds meer nadruk gelegd op prestaties. Onderscheid tussen zorgaanbieders op basis van prestaties wordt belangrijker, een situatie die vergelijkbaar is met die in de commerciële profitsector. Ondanks de invoering van marktwerking en prestatiebekostiging is de zorgmarkt nog in ontwikkeling. Zo is bijvoorbeeld acute zorg geen luxe goed maar een noodzakelijke dienst die op zeer korte termijn geleverd moet worden. Een aantal onderdelen van de zorgmarkt is daarom nog volledig of gedeeltelijk uitgesloten van marktwerking. Verder wordt zorg bij uitstek gevraagd door kwetsbare mensen, die onzeker zijn over hun behoeften nu en in de toekomst en veelal niet de mogelijkheid of kennis hebben om aanbieders met elkaar te vergelijken. De markt voor zorgaanbieders is nog niet transparant. Tenslotte is uit kosten oogpunt de spreiding van zorgaanbieders over het land gerelateerd aan het aantal zorgconsumenten. Daardoor zijn bereikbaarheid en keuzemogelijkheden in sommige regio's beduidend minder (platteland, dunbevolkte provincies zoals Zeeland) dan in andere, zoals in de (Rand)stad.

4.3 Omschrijving van de begrippen 'schaal', 'fusie' en 'concentratie'

Het begrip 'schaal' kan vanuit verschillende invalshoeken worden belicht. Er zijn juridische, economische, zorginhoudelijke, organisatorische, geografische en logistieke aspecten. Dit is de reden voor nogal wat verwarring. Enkele relevante kenmerken van het begrip 'schaal' worden hier aangestipt, maar - gezien de discussie - ligt de nadruk op de juridische aspecten.

De term 'schaal' in juridische zin verwijst naar de omvang van de organisatie, waarbij het vermogensrechtelijke aspect (eigendom) bepalend is. De omvang van de organisatie kan worden afgelezen aan de kosten, de resultaten of het aantal medewerkers. In de discussies worden schaalvergroting en fusies vaak in één adem genoemd, maar fusie is slechts één van de vormen van schaalvergroting. In de Mededingingswet (Mw) en de Wet marktordening gezondheidszorg (WMG) is 'schaal' een belangrijke indicator bij de bepaling van marktmacht en concurrentiepositie. 'Schaal' kan dan verwijzen naar onderlinge afspraken of vormen van samenwerking, die concurrentie bemoeilijken.

Kleinschalig zijn de eenmanspraktijk (de arts of therapeut als zzp-er) maar deze kan ook op verschillende manieren in kleinschalig verband gaan samenwerken. Zo ontstaan er steeds meer groepspraktijken en maatschappen (bijvoorbeeld in de huisartsenpost), wijkgerichte, zelfstandig werkende eenheden die vaak multidisciplinair van aard zijn (buurtzorgteam of gezondheidscentrum); andere zelfstandig behandelcentra (zbc), klinieken of zorgcentra (zoals zorghotel of hospitaal). Tegenwoordig wordt gestreefd naar meer samenwerking over de grenzen van organisaties heen. Door het maken van onderlinge afspraken door één of meer (onderdelen van) organisaties ontstaan arrangementen die bekend staan als diseasemanagement, ketenzorg of integrated care.

Schaalvergroting doet zich voor bij:

1. Fusie van organisaties binnen eenzelfde marktsegment: twee of meer ziekenhuizen worden één.
2. Fusie van één of meer organisaties uit verschillende marktsegmenten (kruisbestuiving): een zorgverzekeraar investeert in zorg en neemt klinieken of afdelingen over. Een verpleeghuis incorporeert andere zorgverlenende instellingen of praktijken.
3. Samengaan van verschillende organisaties onder één paraplu of moederbedrijf.
4. Overname van een organisatie door een andere.
5. Groei van een organisatie doordat zij nieuwe activiteiten oppakt of nieuwe voorzieningen aanbiedt.

Fusie is dus een vorm van schaalvergroting. In juridische zin is het een onderdeel van de concentratiebepaling uit de Mededingingswet (Mw). De Mw is op zijn beurt een uitwerking van het Verdrag tot oprichting van de Europese Gemeenschap (het EG-verdrag). De Mw onderscheidt de volgende vormen van 'concentratie':

1. Het fuseren van twee of meer voorheen van elkaar onafhankelijke ondernemingen.
2. Het direct of indirect verkrijgen van zeggenschap door.
3. Een of meer natuurlijke personen of rechtspersonen die reeds zeggenschap over ten minste een onderneming hebben.
4. Een of meer ondernemingen over een of meer andere ondernemingen of delen daarvan door middel van de verwerving van participaties in het kapitaal of van vermogensbestanddelen, uit hoofde van een overeenkomst of op enige andere wijze.
5. De totstandbrenging van een gemeenschappelijke onderneming die duurzaam alle functies van een zelfstandige economische eenheid vervult, en die er niet toe leidt dat de oprichtende ondernemingen hun marktgedrag coördineren.

De concentratiebepaling uit de Mw ziet op fusies en overnames; een andere betekenis van de term 'concentratie' is die van de verdeling van bevoegdheden. Het gaat dan om een sturingmechanisme in een organisatie. Deconcentratie betekent dan, dat bevoegdheden naar lagere niveaus in de organisatiehiërarchie worden overgedragen terwijl een gezagsrelatie blijft bestaan. Concentratie leidt ertoe dat de bevoegdheden aan de top worden uitgeoefend. Volgens Rondinelli (1983) is

deconcentratie een vorm van decentralisatie. Bij decentralisatie, worden echter niet alleen bevoegdheden overgedragen; ook de zeggenschap verhuist mee. Als deconcentratie alleen betrekking heeft op administratieve en niet op discretionaire bevoegdheid, ziet Fesler (1968) dit als een aparte entiteit. In deze betekenis van 'concentratie' kan er bijvoorbeeld wel sprake zijn van geografische spreiding. Deze spreiding is een belangrijk element in de discussie over de effecten van schaalvergroting. Het gaat dan om de beschikbaarheid van voorzieningen voor burgers (het provisie-niveau). Het kan ook gaan over het aantal locaties waar zorg wordt aangeboden. Concentratie van zorg kan dan worden omschreven als een afname van het aantal aanbieders van een bepaalde vorm van zorgverlening en het aantal plaatsen waar een consument deze zorg kan ontvangen; deconcentratie betekent dan een toename in de keuzemogelijkheden van de zorgconsument en de ziektekostenverzekeraar waar het gaat om aanbieders en locaties (RVZ, 2003). De volgende vormen van concentratie kunnen worden onderscheiden:

- indien twee of meer zorgaanbieders fuseren en samengaan op één (nieuwe) locatie;
- indien twee of meer zorgaanbieders fuseren of een samenwerkingsverband aangaan, waarbij een herordening van zorg plaatsvindt en voorzieningen over de beschikbare locaties worden verdeeld (niet meer op alle oorspronkelijke locaties worden dezelfde voorzieningen aangeboden);
- indien een zorgaanbieder een fusie of samenwerkingsverband aangaat met een aanbieder van andere soorten zorg en zij afspraken maken over verwijzing;
- indien een zorgaanbieder voorzieningen die voorheen op meerdere locaties werden aangeboden, nu samenbrengt op één locatie.

Deze trend kan worden omgebogen door meer locaties te openen en/of op de bestaande locaties meer voorzieningen aan te bieden.

4.4 Toezicht op schaalvergroting

Het toezicht wordt verzorgd door onafhankelijke zbo's. Hier zullen alleen de IGZ, NZa en NMa aan de orde komen. Ze houden namelijk vooral toezicht op kwaliteit en veiligheid van de zorg en op de concurrentie in de zorg. In de Mededingingswet (Mw) en de Wmg wordt er vanuit gegaan dat het bestaan van concurrentie belangrijk is. Concurrentie vergroot namelijk de beschikbaarheid van en diversiteit in voorzieningen. Het aan banden leggen van machtsposities in de zorg kan helpen de zorgconsumenten te beschermen. NMa, NZa en IGZ werken hierbij samen; ze hebben onderling afspraken gemaakt over de taakverdeling op overlappende werkerreinen.

De Nederlandse Mededingingsautoriteit (NMa) werkt niet specifiek voor de zorgsector. De NMa houdt voor de zorgsector wel toezicht op de naleving van de mededingingswet (Mw), nadat zij ook advies van IGZ en NZa heeft ingewonnen. De kern van de Mw bestaat uit drie bepalingen, die bedoeld zijn om concurrentie veilig te stellen: Kartelverbod, verbod op misbruik van de economische marktpositie en preventief toezicht op fusies en overnames. In de Mw worden fusies en overnames niet aangemerkt als het misbruik maken van een economische machtspositie, zodat preventief toezicht van overheidswege volstaat. Dit ligt anders voor situaties die worden aangeduid als kartelvorming en misbruik van de machtspositie door ondernemingen. Verboden zijn in de Mw de overeenkomsten tussen ondernemingen, besluiten van ondernemersverenigingen en onderling afgestemde feitelijke gedragingen van ondernemingen, die ertoe strekken of ten gevolge hebben dat de mededinging op de Nederlandse markt of een deel daarvan wordt verhinderd, beperkt of vervalst. Dergelijke afspraken kunnen dan binnen een relevante markt leiden tot onderlinge afhankelijkheid van de betrokkenen en uitsluiting van andere aanbieders. Dit zou kunnen leiden tot minder diversiteit in het zorgaanbod en daardoor minder keuzemogelijkheden van consumenten.

Hieruit blijkt al dat de NMa alleen kan optreden tegen ondernemingen, ondernemingen in de zin van artikel 81 van het EG-verdrag, dat betrekking heeft op organisaties van wie gedragingen de concurrentie nadelig beïnvloeden of die een economische marktpositie hebben.

De NMa gebruikt verschillende instrumenten in het kader van haar missie om markten te laten werken. Daartoe behoren:

- het opsporen en onderzoeken van mogelijke kartelvorming en misbruik van economische machtsposities (ex-officio-onderzoek). De NMa kan overtredingen doen beëindigen en sanctioneren; daartoe bakent de NMa de relevante markten af;
- het toetsen van voorgenomen concentraties (fusies en overnames); als er een economische machtspositie ontstaat, kan de NMa voorwaarden opleggen of de fusie zelfs verbieden.
- het behandelen van bezwaar- en beroepschriften;
- het desgevraagd geven van adviezen aan ministeries over effecten op de mededinging van voorgenomen of bestaande regelgeving en besluiten;
- het leveren van inbreng in internationale overlegstructuren over de toepassing van de nationale en Europese mededingingsregels;
- het (laten) doen van marktstudies en het geven van voorlichting.

De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) vindt haar oorsprong in de Wmg. Ze voert deze wet ook uit. De NZa richt zich conform de WMG bij de zorgaanbieders op (1) de natuurlijke persoon of rechtspersoon die beroeps- of bedrijfsmatig zorg verleent of (2) de natuurlijke – of rechtspersoon voor zover deze tarieven in rekening brengt namens, ten behoeve van of in verband met het verlenen van zorg door een zorgaanbieder als bedoeld onder 1. Ze houdt toezicht op de uitvoering van de Zvw en de AWBZ en bewaakt de belangen van de consument op de verschillende zorgmarkten. Welke zorgmarkten kunnen worden onderscheiden is aan verandering onderhevig. Te denken valt aan een onderscheid tussen cure en care, tussen somatische en geestelijke gezondheidszorg. De NZa heeft de volgende bevoegdheden:

- markttoezicht op de verzekeringsmarkt (consument - verzekeraar), de zorginkoopmarkt (verzekeraar - zorgaanbieder) en de zorgverleningsmarkt (consument - zorgaanbieder). Dit betreft zowel het maken en bewaken, als het reguleren van markten, waaronder het reguleren van tarieven en prestaties. Daarnaast houdt de NZa zich bezig met het bevorderen van inzichtelijkheid (transparantie) van markten en over keuze-informatie van consumenten;
- toezicht op de rechtmatige uitvoering door ziektekostenverzekeraars van de Zvw, onder meer met betrekking tot zorgplicht en acceptatieplicht;
- toezicht op de recht- en doelmatige uitvoering van de AWBZ door ziektekostenverzekeraars, zorgkantoren en het Centraal administratiekantoor AWBZ.

Het sectorspecifieke markttoezicht van de NZa staat naast het algemene mededingingstoezicht van de NMa. Specifiek voor de gezondheidszorg is dat voor de term 'misbruik van machtspositie' in de WMG een ander begrip is geïntroduceerd, namelijk 'Aanmerkelijke Marktmacht' (AMM). Dit doet zich voor als één of meer zorgaanbieders (of ziektekostenverzekeraars) alleen dan wel gezamenlijk de ontwikkeling van daadwerkelijke concurrentie op de Nederlandse markt of een deel daarvan kunnen belemmeren door de mogelijkheid zich in belangrijke mate onafhankelijk te gedragen van anderen op zorgmarkt (Rubbinge, 2006). Voor het nemen van maatregelen is dan geen misbruik van macht nodig.

De Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) heeft een belangrijke taak in het vaststellen en handhaven van de normen in de gezondheidszorg. Haar bevoegdheden ontleent zij aan de Kwaliteitswet zorginstellingen. De Inspectie houdt toezicht op de kwaliteit van de zorgverlening en is belast met de handhaving van de wettelijke voorschriften op het gebied van de volksgezondheid zoals de Wet BIG en de Kwaliteitswet zorginstellingen.

Om inzicht te krijgen in de kwaliteit van de zorgverlening van instellingen en praktijken worden door de inspectie drie vormen van toezicht toegepast:

1. Algemeen toezicht: de Inspectie controleert of er voldoende zorg voor kwaliteit is om kwalitatief verantwoorde zorg te verlenen.
2. Interventie- of crisistoezicht in het geval van grote problemen of een calamiteit, die tot de dood of ernstig schadelijk gevolg van een patiënt heeft geleid.
3. Thematisch toezicht, zoals op thema's als de intensive care van ziekenhuizen, weekenddiensten van huisartsen, aanrijtijden van ambulances in spoedgevallen etc.

De Inspectie kan onderzoek doen naar aanleiding van klachten van patiënten, beroepsbeoefenaren of instellingen. Wanneer een geval van ontoelaatbaar niveau van zorg wordt vermoed, kan de IGZ zelf een klacht indienen bij een wettelijk tuchtcollege of zelfs de zorginstelling, afdeling of praktijk sluiten. In het Meerjarenbeleidsplan 2008-2011 van de IGZ staat, dat zij risicogericht handhaaft. Dit betekent dat de Inspectie toezicht houdt, daar waar risico's de kwaliteit en veiligheid van de zorg het meest bedreigen. De IGZ heeft als speerpunten:

- de kwaliteit van zorg bevorderen.
- preventie effectiever maken; vergroten van de effecten van de publieke gezondheidszorg.
- de transparantie van geleverde kwaliteit van zorg vergroten. In de komende jaren moet een breedgedragen set openbare informatie over de kwaliteit van zorg ontstaan.
- aandacht voor kwetsbare groepen, zoals gehandicapten, psychiatrische patiënten, jonge kinderen, asielzoekers en eerste generatie allochtonen.

4.5 Zorg over schaalvergroting in de zorg.

Er is zorg over schaalvergroting. Maar is die zorg wel gegrond? Gegevens over de effecten van schaalvergroting in de zorg zijn nog beperkt. Ze zijn af te leiden uit de vergelijkende studie van het Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD) uit 2005 en de eerste Zorgbalans van RIVM (2004). De volgende publicatie van de Zorgbalans die voor 2008 gepland is, zal de lacunes opvullen. Vooralsnog is het dus lastig om algemene uitspraken te doen, maar er zijn wel enkele kanttekeningen te maken.

In paragraaf 4.2 is aangegeven dat de afwegingen die zorgaanbieders maken op basis van vergelijking van hun bedrijfsvoering en dienstverlening met die van commerciële organisaties risicovol is. Het blijft belangrijk om eventuele nadelen van schaalvergroting bij de beslissing mee te wegen. Deze nadelen doen zich vooral voor als organisaties de besluitvorming en administratie centraal regelen. Er is dan een groot risico van bureaucratiesing met als mogelijke gevolgen:

- meer onkosten door een toename van staffuncties;
- meer aandacht voor interne processen en daardoor een afname in de kwaliteit van de bejegening van zorgconsumenten;
- minder organisatorische innovaties vanwege de hoeveelheid tijd en inspanningen die het kost om tot innovaties te besluiten en deze vervolgens door te voeren;
- minder flexibiliteit, waardoor het lastig kan zijn om tegemoet te komen aan specifieke wensen en behoeften van zorgconsumenten;

Bureaucratiesing heeft schade tot gevolg voor de publieke belangen - kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid - maar ook voor maatschappelijke belangen zoals keuzemogelijkheden en transparantie. Centraal geleide organisaties lopen een risico dat diverse bevolkingsgroepen met specifieke zorgbehoeften en communicatiewensen hoge drempels ervaren om gebruik te maken van de beschikbare voorzieningen. De culturele toegankelijkheid kan dan afnemen.

Schaalvergroting kan zich echter in vele vormen voordoen. Iedere vorm heeft zijn consequenties voor de publieke en maatschappelijke belangen die in de zorgsector worden erkend. Zo kan een aantal nadelen dat aan grootschaligheid kleef, worden weggenomen door te decentraliseren en bureaucratie te voorkomen. Ook inzet van ICT kan hierbij helpen. Diagnostiek, controle en zelfs behandeling kunnen met behulp van ICT-toepassingen in een aantal gevallen buiten de instelling, namelijk thuis, plaatsvinden. Tenslotte kan deconcentratie van grotere zorginstellingen nadelen van schaalvergroting verminderen. Zo kunnen gedeconcentreerde instellingen het marktaandeel van de oorspronkelijke instelling(en) behouden of uitbreiden en tegelijkertijd voordeel trekken uit de nauwe samenwerking in een groter verband. Afhankelijk van de aard van de voorzieningen die worden aangeboden en de locaties waar dit gebeurt, kunnen negatieve effecten van schaalvergroting op de bereikbaarheid en tijdigheid worden verminderd.

Er zijn verschillende vormen van deconcentratie. De NZa kan monitoren of bij een gekozen vorm van deconcentratie de beschikbare voorzieningen aansluiten bij de vraag. KPMG (2003) stelt na onderzoek in de ziekenhuiszorg een toetsingskader voor, waarin een zestal toetsingscriteria worden benoemd die een indicatie geven van het effect van spreiding op de doeltreffendheid van de zorg (het marktresultaat gedefinieerd in termen van kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid). Omdat verschillende typen zorg meer of minder marktwerking toelaten, is het nut van toetsing afhankelijk van de marktsituatie in de zorg. Afweging van het belang van de verschillende aspecten van het marktresultaat bepalen de mate van behoefte aan (de)concentratie. De toetsingscriteria zijn:

1. Medische urgentie (variërend van acuut tot electief). Toegankelijkheid maakt het nodig om acute zorg gedeconcentreerd aan te bieden. Electieve zorg kan meer geconcentreerd plaatsvinden.
2. Kapitaalintensiteit: betaalbaarheid maakt het nodig om dure faciliteiten geconcentreerd aan te bieden. Bij goedkope faciliteiten is het afhankelijk van de mate waarin er een beroep op wordt gedaan.
3. Mate van specialisatie: zorginhoudelijke kwaliteit maakt het nodig om gespecialiseerde zorg geconcentreerd aan te bieden. De klantgerichtheid kan er echter voor pleiten om bepaalde specialistische zorg toch gedeconcentreerd aan te bieden.
4. Omvang van de doelgroep: betaalbaarheid maakt het nodig om zorg voor kleine groepen te concentreren.
5. Frequentie van de zorgvraag: toegankelijkheid is de reden voor deconcentratie van zorg als er veel contactmomenten tussen zorgverlener en consument nodig zijn.
6. Kwaliteit van de reisinfrastructuur: toegankelijkheid maakt het nodig om zorg gedeconcentreerd aan te bieden als vervoer door gebrekkige infrastructuur of door mobiliteitsproblemen van de zorgconsument lastig is.

4.6 Opmerking tot slot

Deze bijdrage laat zien hoe complex de discussie over fusies in de zorg in relatie tot de borging van zowel publieke als maatschappelijke belangen is. Marktwerking, vraagsturing en prestatiebekostiging leveren geen kant-en-klare oplossingen; integendeel, onverwachte reacties en uitkomsten kenmerken de beginfase van zo'n veranderingsproces. De bespreking van de belangen van de verschillende spelers die een rol hebben op de zorgmarkt geeft wel munitie om de discussie te structureren.

Hoewel zorgaanbieders zich inzetten voor de realisering van de publieke en maatschappelijke belangen, hebben zij hun eigen agenda. Zelfbehoud en groei zijn voor hen nu belangrijker dan ooit. Hoewel dit belang gelijke tred lijkt te houden met de wensen van zorgconsumenten, is dit niet per definitie het geval. Zo heeft de wens van continuïteit van zorg voor de individuele consument bijvoorbeeld te maken met een doorlopend, integraal zorgproces, dat zonder stagnatie of ingewikkelde bureaucratie verloopt; of de zorg door dezelfde zorgaanbieder wordt geleverd is voor de consument minder relevant. Dit voorbeeld laat zien dat de belangen van zorgconsumenten, die door de andere partijen in de markt geborgd moeten worden, niet altijd overeenkomen met die van aanbieders. Het is de vraag of de zorgconsument al genoeg mogelijkheden heeft om zijn eigen belangen te (doen) realiseren. Als de zorgconsument nog niet is toegerust om zijn nieuwe rol waar te maken, worden zijn belangen dan voldoende geborgd totdat hij de benodigde instrumenten heeft gekregen?

In de discussie over 'schaal' is het lastig steeds aan alle individuele belangen van de zorgconsument voldoende recht te doen. Daarvoor is de diversiteit van individuele belangen te groot en zijn de overige marktpartijen te sterk. Uit de beschrijving van de achtergronden en effecten van schaalveranderingen wordt wel duidelijk, dat zowel grootschalige als kleinschalige organisaties op hun eigen terrein en onder de juiste voorwaarden kwalitatief hoogwaardige, verantwoorde en veilige zorg kunnen leveren. De effecten van veranderingen in de omvang van organisaties of de spreiding van locaties en voorzieningen zijn afhankelijk van de setting. Met setting wordt dan het marktsegment

bedoeld, dat gedefinieerd kan worden aan de hand van product/dienst (de aard van de voorzieningen) of de locatie (geografische omstandigheden ter plaatse). Vanuit het consumentenperspectief zou het optimaal zijn als er in een bepaalde regio sprake is van een combinatie van zowel grootschalige (gedeconcentreerde) zorgaanbieders als kleinere die tezamen gevarieerde voorzieningen leveren. De keuzevrijheid, leefbaarheid en de voordelen van concurrentie blijven dan behouden. De vraag is of deze oplossing in alle regio's en voor alle categorieën zorgconsumenten haalbaar (lees: betaalbaar) is. Hoewel het hier gaat om een publiek belang, vertaalt het zich uiteindelijk altijd ook in een individueel belang.

Literatuur

Boot, J.M.D. Organisatie van de gezondheidszorg. Assen: Van Gorcum, 2007.

Fesler, J.W. Centralization and decentralization. In: Sill, D.L. et al. International encyclopedia of the social sciences. The Macmillan Company and The Free Press, 1968, no. 2.

Inspectie voor de Gezondheidszorg. De staat van de gezondheidszorg 2006. Patiënt en recht: de rechtspositie van de patiënt goed verzekerd? Den Haag: IGZ, 2007.

Inspectie voor de Gezondheidszorg. Meerjarenbeleidsplan 2008-2011. Den Haag: IGZ, 2007.

Institute of Medicine. To Err is Human. Building a Safer Health System Committie on Quality of Health Care in America. Washington D.C.: IOM, 1999.

Meer, J. en J.S.A.G. Schouten. Effecten van zorg. Volksgezondheid Toekomstverkenning. Bilthoven; Utrecht: RIVM: Elsevier, 1997.

Ministerie van VWS. Fusies en overnames van ziekenhuizen. Brief van minister Hoogervorst aan de voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal, 8 juni 2006, DBO-CB-U-2682919.

Ministerie van VWS. Gelijke behandeling in de praktijk. Brief van staatssecretaris Ross-van Dorp aan de voorzitter van de Eerste en Tweede Kamer der Staten-Generaal, 28 november 2003, DGB/OAG-2434589; DGB/OAG-2434591.

Ministerie van VWS. Kwaliteit van zorg op de agenda. Brief van minister Klink en staatssecretaris Bussemaker aan de voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal, 10 februari 2006, MC-U-2775877.

Ministerie van VWS. Met zorg ondernemen. Brief van minister Klink en staatssecretaris Bussemaker aan de voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal, 9 juli 2007, MC-U-2783995.

Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg. Weinig consumenten ervaren voordelen van fusies van ziekenhuizen. Utrecht: NIVEL, 2002.

Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg. Ziekenhuizen: kwaliteit en doelmatigheid. Utrecht: NIVEL, 2002.

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. Volksgezondheid en zorg. Zoetermeer: RVZ, 2001.

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. Marktconcentraties in de ziekenhuiszorg. Zoetermeer: RVZ, 2003.

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. Kiezen in de gezondheidszorg. Zoetermeer: RVZ, 2003.

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. Marktconcentraties in de ziekenhuissector. Zoetermeer: RVZ, 2003.

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. Marktconcentraties in de ziekenhuiszorg. Zoetermeer: RVZ, 2003.

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. Van patiënt tot klant. Zoetermeer: RVZ, 2003.

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. Gepaste zorg. Zoetermeer: RVZ, 2004.

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. Houdbare Solidariteit in de gezondheidszorg. Zoetermeer: RVZ, 2006.

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. Zorginkoop. Den Haag: RVZ, 2008.

Rondinelli, D.A. Decentralization in developing countries. Staff Working Paper 581. Washington DC: World Bank, 1983.

Rubbinge, R. Nieuwe Wet marktordening gezondheidszorg een feit. Nieuwsbrief gezondheidszorg Van Benthem en Keulen, 2006, no. 6, p. 2-5.

Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. Nationale Atlas Volksgezondheid. Volksgezondheid Toekomst Verkenning: Beddencapaciteit ziekenhuizen 2000. Kleine en grote ziekenhuizen komen verspreid over het land voor. Bilthoven: RIVM, 2002.

Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. Zorgbalans: de prestaties van de Nederlandse gezondheidszorg in 2004. Bilthoven: RIVM, 2006.

Saltman, B., V. Bankauskaite and K. Vrangebaek. Decentralization in health care. Open University Press, 2007.

'Samen leven, samen werken'. Coalitieakkoord 2007-2010 van CDA, PvdA en ChristenUnie. Den Haag, 2007.

Sociaal en Cultureel Planbureau. Zekere banden: sociale cohesie, leefbaarheid en veiligheid. Den Haag: SCP, 2002.

Sociaal en Cultureel Planbureau. Investeren in vermogen. Den Haag: SCP, 2006.

Tweede Kamer der Staten-Generaal. Handelingen begroting VWS. Den Haag: Sdu Uitgevers, vergaderjaar 2007-2008. No. 31200 XVI nr. 24.

Tweede Kamer der Staten-Generaal. Vaststelling van de begrotingsstaten van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (XVI) voor het jaar 2008; Motie voor hanteren van criterium 'maatschappelijke functie en leefbaarheid' bij toetsing van fusies van zorginstellingen en concentraties van zorgvoorzieningen. Den Haag: Sdu Uitgevers, vergaderjaar 2007-2008. No. 31200 XVI nr. 39.

Tweede Kamer der Staten-Generaal. Vraag aan bod: hoofdlijnen van vernieuwing van het zorgstelsel. Den Haag: Sdu Uitgevers, vergaderjaar 2000-2001. No. 27855-2.

Tweede Kamer der Staten-Generaal. Samen zorgen voor beter, Proloog VWS-beleid 2007-2010: brief van de minister en staatssecretaris van VWS. Den Haag: Sdu Uitgevers, vergaderjaar 2006-2007. No. 30800 XVI nr. 138.

Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid. Het borgen van publiek belang. Den Haag: Sdu Uitgevers, 2000.

World Health Organisation. Health21. An introduction to the health for all policy framework for the WHO European region. European health for all series, 1998, no. 6.

World Health Organisation Regional Office for Europe. Terminology – A glossary of technical terms on the economics and finance of health services. Regional Office Europe, 1998, EUR/ICP/CARE0401/CN01.

World Health Organisation. The World Health Report 2000 – Health Systems: Improving Performance. Geneva: WHO, 2000.