

# Rapportage

---

## Schaal en zorg

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg te Den Haag

---

Bilthoven, 24 april 2008

drs. P.J.M. van Zijl  
prof. dr. R. Huijsman, MBA  
drs. Th.P.M. Schraven

Kenmerk: R 0804-031-PvZ-wm  
Projectnummer: O 81.03.086

---

Zorg Consult Nederland  
Postbus 123  
3720 AC BILTHOVEN

Telefoon: 030 – 22 59 960  
Fax: 030 – 22 59 922  
e-mail: p.vanzijl@zorgconsult.nl

# Inhoudsopgave

Samenvatting .....	1
1. Vraagstelling .....	2
2. Aanpak .....	3
3. Rapportage .....	4
4. Borging publieke belangen .....	5
5. Effecten van de schaalvergroting .....	8
6. Betrokkenheid van stakeholders.....	12
7. Aanvullende fusietoets? .....	14
Bijlage 1 Deelnemers aan de bijeenkomst 'Schaal en zorg' .....	15
Bijlage 2 Deelnemers aan de telefonische verkenning.....	16
Bijlage 3 Vragenlijst .....	17
Bijlage 4 Voorbeelden.....	21
Casus 1 .....	21
Casus 2 .....	22
Geraadpleegde literatuur .....	23

## Samenvatting

Welke argumenten hanteren bestuurders van zorgorganisaties wanneer het gaat om besluiten rond schaalvergroting door samenwerking of fusie? Dat is de vraag die is gesteld door de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg.

Bestuurders van negentien zorgorganisaties zijn telefonisch ondervraagd. Een deel van hen was aanwezig op een bijeenkomst over dit onderwerp op 7 april jl. met vertegenwoordigers van de Raad. Twee voorbeelden van schaalvergroting door fusie of samenwerking zijn verder uitgelicht en aan onderhavige rapportage toegevoegd.

Bij besluitvorming over schaalvergroting wegen bestuurders publieke belangen als kwaliteit, beschikbaarheid en bereikbaarheid, dan wel keuzemogelijkheid uitdrukkelijk mee. Volgens bestuurders worden deze belangen wel degelijk gediend door fusie en samenwerking. Deze publieke belangen staan ook vaak verwoord in de statutaire doelomschrijvingen van veel organisaties.

Hoewel publieke belangen voor bestuurders een rol spelen, gaan ze niet uit boven de eigen organisatorische belangen. De publieke belangen worden primair door de overheid geborgd. Die stellen eisen aangaande "het wat". Daarbij zijn ook zorginkopers in sterke mate bepalend. Van zorgaanbieders mag als maatschappelijk ondernemers gevraagd worden daar een aanbod op te doen. Zij zijn verantwoordelijk voor de wijze waarop dit wordt aangeboden en vanuit welke organisatorische constellatie ("het hoe").

Het begrip grootschaligheid is niet eenduidig. Het kent meerdere dimensies. Grootschaligheid wordt vaak gezien als voorwaarde om kleinschalige en gedeconcentreerde zorg te kunnen bieden. Zeker in situaties waarin dit niet of nauwelijks kostendekkend kan. Grootschaligheid is ook vaak nodig voor specifieke kapitaal- of tijdintensieve functies. Grootschalige organisaties dragen onevenredig bij aan de infrastructuur van de sector door het realiseren van dergelijke functies maar ook door onderzoek en opleidingen. Ook daarmee dienen grootschalige organisaties het publieke belang.

Bij bestuurlijke besluitvorming over fusie en schaalgrootte is slechts een beperkt aantal stakeholders betrokken. Bestuurders informeren en "verstaan zich" wel met een groot aantal stakeholders. Deze hebben echter geen bindende invloed en zijn ook vaak niet geïnteresseerd. De eigen Raad van Toezicht en de NMa oefenen als stakeholders wel daadwerkelijk invloed uit. De NMa richt zich op het publieke belang van mededinging en keuzevrijheid. De eigen Raad van Toezicht staat primair voor het organisatiebelang. Lokale stakeholders als politieke partijen en ook vakbonden lijken wel steeds actiever op te treden bij voorgenomen fusies om de specifieke eigen belangen goed voor het voetlicht te brengen en te verdedigen.

Toetsing van het beleid van zorgaanbieders met betrekking tot schaalomvang vindt plaats door de marktpartijen die als inkoper fungeren. Denk aan de zorgverzekeraar, het zorgkantoor in de AWBZ en de gemeente in de WMO. Zij realiseren dit door gebruik te maken van hun inkoopmacht, door te belonen of te korten in de volume- en/of prijscomponenten van het contract of door nadere condities over de leveringsvoorwaarden te bedingen. Daar waar dit marktmechanisme niet goed werkt, kunnen inspectie, NMa en NZa ingrijpen. Dit past bij het huidige sturingsparadigma binnen de zorg. Een aanvullende fusietoets wordt als onwenselijk gezien.

## 1. Vraagstelling

De Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ) wil ter voorbereiding van zijn advies Schaal en zorg meer helderheid krijgen over de motieven en argumenten die worden gehanteerd in de besluitvorming over schaalgrootte en samenwerking. In hoeverre spelen daarbij publieke belangen zoals bereikbaarheid, kwaliteit, keuzemogelijkheden en/of leefbaarheid een rol (“economies of scope”)? Of gaat het veel meer om kosten (economies of scale) dan wel marktmacht (“economies of power”).

Daarmee moet meer duidelijkheid komen over de vraag of en in hoeverre zorginstellingen bij beslissingen over schaalgrootte en samenwerking de maatschappelijke functie ook in gedachte hebben. Hoe verhoudt deze oriëntatie zich bij de besluitvorming tot andere belangen als kosten of marktmacht? Hoe verhouden de maatschappelijke en zakelijke belangen zich tot elkaar? Is er sprake van een zekere hiërarchie van belangen? Welke stakeholders worden bij de besluitvorming betrokken die mogelijk invloed uitoefenen op die hiërarchie van belangen?

## 2. Aanpak

Ten behoeve van bovengenoemde doelstellingen heeft Zorg Consult Nederland de volgende activiteiten ondernomen:

1. Op 7 april jl. heeft een bijeenkomst plaatsgevonden met bestuurders van zorgorganisaties die zijn betrokken bij vormen van integratie en samenwerking. Aan deze bijeenkomst wordt deelgenomen door een vertegenwoordiging van de verschillende zorgorganisaties naar sector, regio en naar type samenwerking en integratie. Bij de bijeenkomst zijn vertegenwoordigers van de raad en bureau van de RVZ aanwezig. Als bijlage 1 is de lijst deelnemers toegevoegd.
2. Voorafgaand aan de bijeenkomst is een telefonische verkenning uitgevoerd naar de besluitvorming bij schaalbeslissingen en naar effecten ervan voor onder meer de publieke belangen. Bij de keuze van de steekproef is gestreefd naar een goede verdeling over de verschillende sectoren alsmede naar voldoende spreiding over de verschillende landsdelen. De steekproef is verder niet representatief. Gegevens uit deze verkenning zijn ingebracht op de hiervoor genoemde bijeenkomst. Als bijlage 2 en 3 zijn respectievelijk toegevoegd de lijst van organisaties die aan de verkenning hebben deelgenomen en de vragenlijst. De deelnemers aan de bijeenkomst behoorden tot de respondenten.
3. Tenslotte is een korte kwalitatieve verkenning uitgevoerd naar het hiervoor genoemde onderwerp bij enkele zorgorganisaties, zowel in de cure als in de care. Daarmee zijn de resultaten uit de hiervoor genoemde verkenning verder ingekleurd. Voor deze kwalitatieve verkenning zijn leden van Raden van Bestuur ondervraagd en de benodigde dossiers bestudeerd.

### 3. Rapportage

Bij de beschrijving van de resultaten worden uitgegaan van een viertal thema's, te weten:

1. Op welke wijze worden bij besluiten over schaalgrootte publieke belangen geborgd?
2. Wat zijn de effecten van de schaalvergroting bij zorgaanbieders?
3. Wie worden betrokken bij besluiten over schaalgrootte en de daartoe benodigde samenwerking? Welke stakeholders spelen daarbij een rol?
4. In hoeverre is er behoefte aan een aanvullende fusietoets naast de toetsing die plaatsvindt door de NMa in het kader van haar concentratietoezicht?

Deze vier thema's stonden centraal in de bijeenkomst met de bestuurders van zorgorganisaties op 7 april jl. De bevindingen uit deze bijeenkomst en uit de verkenning worden hierna per thema in afzonderlijke paragrafen weergegeven.

## 4. Borging publieke belangen

Bij publieke belangen gaat het om thema's als bereikbaarheid, beschikbaarheid, betaalbaarheid en vooral kwaliteit van zorg. Wat is met het oog op deze belangen de juiste balans tussen marktwerking en overheidsbemoeienis en in hoeverre wordt de groei van de schaalomvang binnen de zorg vooral ingegeven door marktoverwegingen? Gaat deze groei ten koste van bijvoorbeeld kwaliteit en bereikbaarheid?

Voor bestuurders in de zorg spelen genoemde publieke belangen wel degelijk een rol bij besluiten over schaalvergroting. Zeker aspecten als kwaliteit en beschikbaarheid. Een regionale verantwoordelijkheid is zelfs in veel gevallen statutair vastgelegd. Besturen van zorgorganisaties zijn daarop aanspreekbaar. Dit vinden we terug in onderstaande resultaten van de telefonische verkenning.

Tabel 1. Verschillende doelen bij schaalvergroting

Doelstelling schaalvergroting	Beoogd	Gerealiseerd <sup>1</sup>
• Kwaliteit van zorg	19	12
• Bereikbaarheid en beschikbaarheid	14	8
• Schaalvoordelen bedrijfsvoering	13	10
• Marktpositie	10	5
• Risicobeheer/continuïteit	6	6
• Innovatie	12	9
• Anders	4	3
Nog in voorbereiding	-	7

Uit de tabel blijkt dat kwaliteit van zorg, bereikbaarheid en beschikbaarheid van zorg de meest genoemde argumenten zijn om tot schaalvergroting te komen. Echter, de mate waarin ze gerealiseerd zijn, varieert. In vier gevallen was sprake van een overname van organisaties die in ernstige problemen verkeerden. Zonder de overname zou de continuïteit ervan ernstig in gevaar zijn gekomen. Bij de categorie "anders" worden zaken genoemd als bijvoorbeeld het gevaar de boot te missen of het (publieke) belang van de onafhankelijkheid van de dienstverlening. Voor de betreffende bestuurders is een gefuseerde situatie de enige weg om dat belang organisatorisch te borgen.

Bereikbaarheid en beschikbaarheid lijken niet te lijden onder de voortgaande schaalvergroting. Schaalvergroting gaat niet gepaard met concentratie van het zorgaanbod. Het aantal voorzieningen neemt niet af. Concentratie heeft primair betrekking op de ondersteunende en staffuncties. Illustratief is onderstaande tabel waarin het aantal verpleeg- en verzorgingshuislocaties wordt weergegeven. Dit aantal neemt niet af, ook al vermindert in de beschreven periode het aantal organisaties voor verpleeg- en verzorgingshuiszorg door fusies aanzienlijk.

<sup>1</sup> Bij één van de respondenten zijn met name de kwaliteit, bereikbaarheid- en innovatiedoelstellingen uitgewerkt in een vijftigtal meetbare prestatie-indicatoren aan de hand waarvan de fusie wordt geëvalueerd.

Tabel 2. Aantal verzorgings- en verpleeghuislocaties in de ouderenzorg

	2000	2001	2002	2003	2004
Verpleeghuizen	331	331	333	339	345
(waarvan 'stand alone')		(14%)			(7%)
Verzorginghuizen	1352	1346	1342	1340	1336
(waarvan 'stand alone')		(24%)			(17%)
Totaal	1683	1677	1675	1679	1681

Bron: I.N. Fabbriotti, "Zorgen voor zorgketens", 2007

Bij alle in de interviews beschreven fusies en andere vormen van schaalvergroting wordt de kwaliteit van zorg als doelstelling genoemd. Vooral het mogelijk maken van een ketengerichte benadering speelt daarbij een belangrijke rol. Echte horizontale fusies tussen gelijksoortige organisaties doen zich dan ook nauwelijks voor. In vrijwel alle gevallen gaat het om samenwerking of fusies tussen organisaties met een verschillend productaanbod die elkaar wat betreft dit aanbod aanvullen.

Bestuurders binnen de zorg hebben de indruk dat overheden bij het borgen van de publieke belangen vooral betaalbaarheid centraal stellen. Dit geeft een zware druk op de marges zowel binnen de cure (maatstafconcurrentie) als binnen de care (WMO). Om binnen deze financiële condities toch te kunnen blijven voldoen aan de andere eisen aangaande bereikbaarheid, beschikbaarheid en kwaliteit is grootschaligheid onontkoombaar. Vooral de margedruk is aanleiding voor de vele fusies en andere vormen om productievolume te realiseren.

Natuurlijk spelen er in de meeste situaties ook argumenten die expliciet te maken hebben met de bedrijfsvoering. De forse uitgaven voor ICT die de organisaties de komende jaren staan te wachten, kunnen bijvoorbeeld beter binnen grotere verbanden worden gedaan. Maar ook treasury, employee-benefits, inkoop of opleidingen worden genoemd.

Wanneer een tegenstelling ontstaat tussen deze publieke belangen en het organisatorische belang, ligt de primaire verantwoordelijkheid van de bestuurder niet bij de publieke belangen maar bij het eigen organisatorische belang. Daarvoor wordt de bestuurder ingehuurd.

De primaire verantwoordelijkheid voor het zekerstellen van publieke belangen ligt elders. De overheid is hier eerstverantwoordelijk. Daarbij onderscheidt de care-sector zich van de cure-sector. Voor de care ligt deze verantwoordelijkheid steeds meer bij de gemeentelijke overheid. In het veelkleurige politieke spectrum binnen het lokaalbestuur kunnen zeer uiteenlopende keuzes gemaakt worden die bij wisseling van coalitie bovendien in de tijd kunnen wijzigen. Voor de cure ligt deze verantwoordelijkheid vooral bij de landelijke overheid. De overheid stelt, vanuit haar verantwoordelijkheid voor de verschillende publieke belangen, eisen aan de dienstverlening; aan "het wát" van de dienstverlening. De wijze waarop aan deze eisen tegemoet wordt gekomen ("het hoe"), is de verantwoordelijkheid van de bestuurder van de zorgorganisatie.

Het is afhankelijk van de mate waarin de individuele zorgconsument als zorginkoper optreedt, dan wel dat deze daarin wordt vertegenwoordigd door bijvoorbeeld een zorgverzekeraar. Wanneer, conform het concept SER-advies, meer verantwoordelijkheid bij de individuele consument wordt gelegd, zal de overheid haar verantwoordelijkheid voor het publieke belang meer serieus moeten nemen. Vooral omdat de individuele consument graag shopt bij kleinschalige, alternatieve nicheorganisaties. In het andere geval kan deze verantwoordelijkheid worden gedelegeerd aan bijvoorbeeld de zorgverzekeraar. Daar ligt in dat geval de zorgplicht.

Overigens heeft de overheid in de loop der jaren niet nagelaten om zich ook direct te bemoeien met de schaalomvang van zorgorganisaties. Deze bemoeienis was meestal gericht op schaalvergroting. Voorbeelden daarvan zijn de fusiebonus binnen de ziekenhuizen, het samenvoegen van ketenpartners in de GGZ, het samenvoegen van functies binnen de thuiszorg of de minimumeisen die aan MEE-organisaties worden gesteld..

Samengevat:

Voor bestuurders van zorgorganisaties spelen genoemde publieke belangen wel degelijk. Ze gaan echter niet uit boven de eigen organisatorische belangen. Publieke belangen worden primair door de overheid geborgd. Die stellen eisen aangaande "het wat". Daarbij zijn zorginkopers in sterke mate bepalend. Zorgaanbieders doen daar als maatschappelijk ondernemers een aanbod op. Zij bepalen hoe dit aanbod het beste kan worden gerealiseerd.

## 5. Effecten van de schaalvergroting

In onderstaande tabel wordt de omvang van de ondervraagde organisaties weergegeven.

Tabel 3. Jaaromzet van de onderzochte organisaties

Huidige omzet (in miljoenen euro)	Aantal organisaties
<50	5
50-100	3
100-200	8
>200	3

Voor wat betreft de schaalomvang behoren de onderzochte fusies tot de grotere zorgorganisaties. Zeker wanneer rekening wordt gehouden met enkele thans lopende fusieprocessen. Het aantal organisaties met een jaaromzet groter € 200 miljoen zal binnenkort verdubbelen.

Het begrip schaalgrootte heeft echter meerdere betekenissen. Het kan zowel gaan over de omvang van de zorgorganisatie zelf, over de omvang van te onderscheiden resultaatverantwoordelijke eenheden, als over de omvang van de eenheden waarbinnen de directe zorg wordt georganiseerd. In de tabel hierboven wordt ingegaan op de omvang van de totale gefuseerde organisatie. Dit zegt weinig over de omvang van resultaatverantwoordelijke eenheden en van de eenheden waarbinnen de zorg wordt geleverd. Soms worden tien of meer resultaatverantwoordelijke eenheden onderscheiden en een veelvoud daarvan aan afdelingen, locaties of zorgeenheden.

Voorts is schaalvergroting niet identiek aan fuseren. Het kan ook worden gerealiseerd door bijvoorbeeld franchise- of shared service centerachtige vormen van samenwerking waarbij schaalgrootte veel meer op specifieke organisatorische functies wordt gerealiseerd. Deze vormen van samenwerking lijken op dit moment een duidelijke bloei door te maken zoals wordt geïllustreerd uit onderstaande tabel die is opgesteld op basis van de telefonische verkenning.

Tabel 4. Juridische vormen voor fusie en samenwerking bij de onderzochte organisaties

Juridische vorm	Laatste schaalvergroting	Huidige schaalvergroting
Juridische fusie	14	5
Bestuurlijke fusie	1	4
Samenwerkingsstichting	1	2
Coöperatieve vereniging	1	5
Overeenkomsten	2	2
Defusie	-	1

De vorm van de samenwerking zegt iets over de wijze waarop schaalvergroting wordt nagestreefd. De juridische fusie faciliteert schaalvergroting door middel van verregaande organisatorische integratie. Bij de andere juridische vormen is eerder sprake van schaalvergroting op speci-

fieke functies. Per functie kan daarvoor samenwerking met verschillende partijen worden aangegaan.

In vrijwel alle onderzochte gevallen wordt de schaalvergroting gerealiseerd door samenwerking met één of enkele partner(s). In één geval kiest men vanwege de regionale situatie bewust voor een netwerk met zoveel mogelijk regionale partners, om op die manier de regionale verantwoordelijkheden voor met name de eerder genoemde publieke belangen waar te maken.

Opmerkelijk is het grote aantal coöperatieve verenigingen. Na jaren lijkt de coöperatie zich nu een plaats binnen de zorgsector te hebben gecreëerd. Binnen de coöperatieve vereniging worden voor de aangesloten leden specifieke taken gemeenschappelijk uitgevoerd. Het kan gaan om inkoop, ICT, control, marketing en/of ondersteuning bij aanbesteding.

In één geval is sprake van defusie. Het betreft een transmurale organisatie. Het gaat om de verzelfstandiging van organisatieonderdelen die ieder vragen om een eigen samenhang met derden. Enerzijds zijn er kapitaalintensieve ziekenhuisfuncties en anderzijds de benodigde schaalomvang om huishoudelijke hulp te kunnen blijven bieden. De voordelen van de transmurale samenwerking binnen één organisatorisch verband (het fullserviceconcept) bleken in deze casus niet op te wegen tegen de nadelen die het met zich meebrengt. Defusie zal hier leiden tot schaalvergroting binnen andere verbanden.

Bij de keuze voor fusie wordt in een enkel geval gesproken over persoonlijke ambities van bestuurders. Niet in de zin van persoonlijk gewin. Sommige bestuurders hebben meer affiniteit met de heldere aansturinglijnen die een gefuseerde situatie biedt dan anderen die beter uit de voeten kunnen met de vaak minder heldere zeggenschapsverhoudingen die kenmerkend zijn voor andere vormen van samenwerking.

De in paragraaf 4 genoemde doelstellingen voor schaalvergroting blijken volgens de geïnterviewden in het merendeel van de gevallen ook te worden gerealiseerd. De effecten van schaalvergroting verschillen echter tussen care en cure. Vooral de care wordt gekenmerkt door een enorme groei van de organisaties. Bij de V & V en de gehandicaptenzorg gaat volgens geïnterviewden die grootschaligheid gepaard met een goede spreiding van door de cliënt gewenste kleinschalige, decentrale zorg. Schaalvergroting is echter geen voorwaarde om zorg kleinschalig te kunnen organiseren. Talloze initiatieven tot kleinschalige zorg ontstaan buiten de grootschalige organisaties om. Daarbij is wel vaak sprake van bijzondere omstandigheden (bijvoorbeeld vrijwilligers) of van aanvullende, private middelen. Wanneer deze niet voorhanden zijn, is het grootschalig organiseren van kleinschaligheid vaak wel een voorwaarde.

Schaalomvang blijkt vaak ook een voorwaarde om 24 uurbereikbaarheid, differentiatie, kwaliteit en betaalbaarheid van gespecialiseerde, complexe, tijdsintensieve en continue diensten te kunnen realiseren of om nachtzorg of onrendabele medisch-technische verrichtingen overeind te kunnen houden. De geringe marktvrage en de beschikbare tarieven maken dit voor kleinere organisaties onmogelijk. Dit vraagt investeringen die het vermogen van kleinere organisaties te boven gaan. Zou je dergelijke functies als kleinschalige organisatie moeten aanbieden, zijn daarvoor hogere tarieven nodig. Grootschaligheid biedt ook de mogelijkheid om bijvoorbeeld een specifiek merk of "brand" in de markt te kunnen zetten. Bij de thuiszorg (hulp bij het huishouden) tenslotte blijkt schaalomvang een mogelijkheid om de kosten te kunnen drukken. De aanbestedingen in het kader van de WMO dwingen daartoe.

Bij de cure is schaalvergroting nodig om te blijven voldoen aan de kwaliteitseisen bij steeds verdergaande specialisatie. Zowel de acuut/complexe zorg als de chronische zorg vragen om voldoende volume. Dit betekent concentratie die ten koste gaat van bijvoorbeeld bereikbaarheid, omdat functies niet meer op alle locaties kunnen worden aangeboden. Wetenschappelijke verenigingen, Inspectie voor de Gezondheidszorg maar ook het benodigde kapitaalbeslag vragen om

schaalomvang en concentratie. Planbare, electieve zorg is wel gemakkelijker kleinschalig te organiseren.

Bestuurders binnen de verschillende zorgsectoren zijn er van overtuigd dat de grotere zorgorganisaties een belangrijke rol spelen bij het realiseren van de benodigde infrastructuur voor de betreffende zorgsector. Zij dragen zorg voor specialistische, kapitaal- of tijdsintensieve functies en investeren in onderzoek, opleidingen en kwaliteitssystemen. Zo worden bijvoorbeeld binnen de GGZ franchiseconcepten als PsyQ, onderzoek en innovatie, ketenaanpak en de realisatie van allerlei specifieke functies bijvoorbeeld binnen de OGGZ en de forensische psychiatrie, vaak gezien als resultante van schaalvergroting. Soortgelijke conclusies worden ook getrokken binnen de ziekenhuissector en de verpleging en verzorging.

Politieke en externe stakeholders maken zich vooral zorgen over de machtsconcentratie die met de schaalvergroting gepaard gaat. Het leidt tot andere machtsverhoudingen, bijvoorbeeld rond de zorginkoop. Zo worden nogal wat gemeenten als zorginkoper geconfronteerd met zodanige zorgaanbieders dat van countervailing powers geen sprake meer is. Dit geldt nog meer wanneer meer inkoopmacht wordt neergelegd bij individuele zorgconsumenten.

Iets soortgelijks zien we bij de cure. Ook daar is volgens geïnterviewden onvoldoende sprake van countervailing powers. Daar hebben niet zozeer de zorginkopers te maken met schaalvergroting bij de zorgaanbieders. Hier ervaren juist de zorgaanbieders een enorme schaalvergroting bij de zorgverzekeraars. Deze situatie is een argument om als GGZ of als ziekenhuizen zelf ook weer te streven naar schaalvergroting.

Schaalomvang is ook weer van invloed op de aantrekkelijkheid als samenwerkingspartner. Enerzijds omdat een grotere organisatie er dan regionaal of nationaal meer toe doet. Met een grotere organisatie zijn ook gemakkelijker langdurige ketenafspraken te maken. Maar ook de positie en aantrekkelijkheid als werkgever op de arbeids- en scholingsmarkt wordt op deze wijze versterkt.

De bestuurders geven aan dat er geen eenduidige criteria zijn voor een optimale schaalomvang. Dit optimum is van veel factoren afhankelijk. Wel wordt gesproken over een "dalparabool" in de relatie tussen omvang en kosten per productie-eenheid. Bij te kleine omvang is sprake van ondoelmatigheid. Bij te grote omvang ontstaat te veel complexiteit die eveneens leidt tot ondoelmatigheid. Het optimum ligt in principe tussen grenzen. Binnen de AWBZ wordt door een enkele bestuurder een exploitatieomvang van circa € 150.000 miljoen als optimum genoemd. Schaars onderzoek op dit terrein echter suggereert dat er niet zo zeer sprake is van een mooie "dalparabool" maar meer van een hockeystick waarvan de rechtpoot lang en tamelijk vlak doorloopt bij oplopende schaal en pas later en tamelijk geleidelijk oploopt. Ondoelmatigheid bij kleine omvang is wel een duidelijk onderbouwd gegeven maar wanneer verdere schaalvergroting echt leidt tot oplopende marginale kosten is veel minder eenduidig.

Alle respondenten voorzien de komende jaren verdere schaalvergroting. In welke vorm varieert. Per sector worden andere keuzen gemaakt.

Tabel 5. Plannen voor toekomstige fusies per deelsector

	Ja	Nee
Gehandicaptenzorg	-	3
Ziekenhuizen	1	3
GGZ	3	3
VVT	4	1

Niemand sluit de mogelijkheid van toekomstige fusies volledig uit. Ook organisaties die niet opteren voor een fusie werken wel aan andere vormen van schaalvergroting. Vaak is sprake van combinaties van samenwerkingsvormen, bijvoorbeeld joint ventures met franchiseachtige constructies.

Samenvattend:

Grootschaligheid blijkt vaak een voorwaarde om kleinschalig en gedeconcentreerd zorg te bieden. Het begrip grootschaligheid kent meerdere dimensies. Ook blijkt er grote variatie in de wenselijke omvang te bestaan en in de wijze waarop deze wordt gerealiseerd. Grootschaligheid is vaak ook een voorwaarde om specifieke kapitaal- en/of tijdsintensieve functies te realiseren. De beschikbaarheid van deze functies wordt door overheid en door de zorgorganisaties gezien als een publiek belang. Soms moet je blijkbaar fuseren om deze functies te kunnen realiseren.

## 6. Betrokkenheid van stakeholders

Een belangrijke vraag is wie wordt betrokken bij besluiten over schaalvergroting. De Kwaliteitswet zorginstellingen verwijst naar overleg met zorgverzekeraar en met organisaties met patiënten en consumentenorganisaties om er voor te zorgen dat de organisatie van de zorgverlening ook in de toekomst verantwoorde zorg garandeert. Als fusie of samenwerking daar mogelijk effect op heeft, is overleg aangewezen. Ook de Zorgbrede Governancecode verwijst naar overleg met externe stakeholders wanneer besluitvorming over schaalgrootte plaatsvindt. Relevante belanghebbenden moeten over fusie of samenwerking worden geraadpleegd. Deze aanwijzingen worden niet altijd opgevolgd.

Uit de telefonische enquête blijken de volgende stakeholders actief te zijn betrokken bij de besluitvorming:

Tabel 6. Betrokkenheid van verschillende stakeholders

• Raad van Toezicht	100%
• Ondernemingsraad	89%
• Cliëntenraad	89%
• Professionals (waaronder medische staven)	58%
• Vakbonden	58%
• Zorgkantoor	42%
• Zorgkantoor	42%
• NMa	32%
• Patiënten/consumentenorganisaties	21%
• Provincie of rijk	21%
• NZa	16%
• Zorgverzekeraar	11%
• Gemeente	5%
• Andere betrokken partijen	26%

De betrokkenheid van externe stakeholders bij processen van schaalvergroting is beperkt. De maatschappelijke verantwoording loopt vooral via interne gremia. De zorgorganisatie als maatschappelijke onderneming lijkt weinig af te wijken van reguliere, commerciële ondernemingen wanneer het gaat om de maatschappelijke betrokkenheid bij de besluitvorming over dit onderwerp.

Bij besluiten over schaalgrootte zoals bij fusie geeft men aan zich wel te “verstaan” met externe stakeholders. Men informeert partijen als zorgkantoor, zorgverzekeraar, ziekenhuis, bank, gemeente en andere zorgorganisaties en is geïnteresseerd in de reactie. Echter, deze reactie is niet bindend. Genoemde partijen zijn wel geïnteresseerd maar hebben zelden een echt oordeel over de intentie tot schaalvergroting zolang wordt voldaan aan de eisen aangaande kwaliteit en kosten.

Dit geldt ook voor het brede publiek. Dat is er evenmin actief geïnteresseerd in fusie of samenwerking van zorginstellingen. Hooguit wanneer een ziekenhuislocatie dreigt te worden gesloten. Politieke partijen blijken nog wel eens een rol op te eisen. Zij krijgen dan de nodige aandacht van bestuurders. Bij fusies spelen werknemersorganisaties wel een rol. Vooral de laatste tijd spreken zij zich uitdrukkelijk uit tegen fusies en benutten daarbij ook relaties met politieke partijen. Bij fusies tussen ziekenhuizen spelen vooral medische staven een belangrijke rol.

Patiënten en consumenten worden bij besluiten over schaalvergroting vooral vertegenwoordigd door de cliëntenraad. Vooral buiten de Randstad wordt ook met regionale platforms van patiënten en consumenten overleg gevoerd. Soms worden specifieke patiëntenverenigingen benaderd. Deze blijken daarvoor niet echt geëquipeerd. Een enkeling overweegt (thuiszorg)ledenorganisaties een rol te geven bij de besluitvorming. Dit is nergens echt uitgewerkt.

Bij besluitvorming over fusie en schaalvergroting is dus vooral sprake van verticaal toezicht. De Raad van Toezicht staat daarbij centraal en heeft invloed. De Raad ziet er op toe dat de organisatiebelangen worden gediend. Ze zien vanuit een bedrijfsmatige achtergrond toe op de zorgvuldigheid van de besluitvorming en de hardheid van de argumenten. Ze zijn niet primair aanspreekbaar op een maatschappelijke verantwoordelijkheid voor publieke belangen.

Besluiten over schaalvergroting worden getoetst door de NMa. Die gaat na of de verhoudingen binnen markten niet nadelig worden gewijzigd. Zij zien toe op de effecten van concentraties of van mededingingsbeperkende samenwerking. Door de recente aanpassing van de richtlijnen zijn zij daarvoor voldoende geëquipeerd. Daarnaast heeft de NZa mogelijkheden om in te grijpen wanneer zich in de genoemde markten onevenwichtigheden voordoen. Van deze mogelijkheden wordt nog weinig gebruik gemaakt. De betrokkenheid van de NZa had in alle gevallen te maken met financiële ondersteuning van in problemen verkerende, over te nemen zorgorganisaties.

#### Samenvattend:

De betrokkenheid van stakeholders bij bestuurlijke besluitvorming over fusie en schaalgrootte is beperkt. Bestuurders informeren en verstaan zich wel met een groot aantal stakeholders. Men communiceert met deze partijen. Ze hebben echter geen bindende invloed en zijn vaak niet geïnteresseerd. De eigen Raad van Toezicht en de NMa oefenen wel daadwerkelijk invloed uit. De NMa richt zich op het publieke belang van de mededinging. De Raad van Toezicht staat primair voor de belangen van de eigen organisatie.

## 7. Aanvullende fusietoets?

Op dit moment vindt de enige toets plaats door de NMa. Deze toets vindt uitsluitend plaats op basis van mededingingsoverwegingen. Bij verweer tegen uitspraken van de NMa kunnen efficiency- of kwaliteitseisen worden ingebracht. De bestuurders kunnen zich hierin vinden. Zeker wanneer dit wordt aangevuld met het toezicht vanuit de marktmeesterfunctie van de NZa. Een dergelijke toets past binnen de marktwerking zoals die wordt voorgestaan en past bij het maatschappelijke ondernemerschap.

Toetsing van het beleid van zorgaanbieders met betrekking tot schaalomvang vindt ook plaats door de marktpartijen die als inkoper fungeren. Zorgverzekeraars, zorgkantoren en gemeenten kunnen eisen stellen aan de in te kopen productie. Wanneer schaalvergroting en fusie zouden leiden tot verslechtering van het aanbod kunnen zij dit met hun inkoop bestraffen. Tenzij sprake is van ongelijke machtsverhoudingen tussen marktpartijen en er een situatie is ontstaan waarin door misbruik van die economische machtspositie zorg van onvoldoende kwaliteit tegen te hoge prijs moet worden gecontracteerd. Die situatie vraagt dan om ingrijpen van de NZa of de inspectie.

Dit ingrijpen moet niet gericht zijn op de wijze waarop de zorg wordt georganiseerd en binnen welke schaal. Men dient daar buiten te blijven. Inspectie, NMa en NZa hebben volgens de bestuurders voldoende mogelijkheden om in te grijpen wanneer prijs en/of kwaliteit door disfunctioneren van de markt uit de pas lopen. Deze vorm van ingrijpen past bij het huidige sturingsparadigma binnen de zorg. Het vervangt de eerdere instrumenten van de overheid om betaalbaarheid, bereikbaarheid en beschikbaarheid te garanderen. Deze zijn door de overheid terecht uit handen gegeven.

## Bijlage 1 Deelnemers aan de bijeenkomst 'Schaal en zorg'

Zorggroep Almere	de heer drs. J.H.W.P. Stienen	Voorzitter Raad van Bestuur
Isala Klinieken	mevrouw drs. M. Sint	Voorzitter Raad van Bestuur
Corona	de heer dr. A.F.I. Bannenberg	Voorzitter Raad van Bestuur
Stichting Zorgspectrum	mevrouw drs. M.H. Groenendijk	Voorzitter Raad van Bestuur
ZorgAccent & Thuiszorg	de heer drs. G.H. Ingenhoest	Raad van Bestuur
Vivium Zorggroep	de heer drs. F.F.L. Vlak	Voorzitter Raad van Bestuur
MEE Zuidoost Brabant	de heer drs. L.A.J.M. Middelhoff	Algemeen directeur
Stichting De Open Ankh	de heer Mouton	Hoofd beleidszaken
Rivas Zorggroep	de heer P.H.E.M. de Kort	Voorzitter Raad van Bestuur
GGZ Drenthe	de heer R. Feijen	Voorzitter Raad van Bestuur
Stg Koraal Groep	de heer C.G.M. Diemel	Voorzitter Raad van Bestuur
Raad voor de Volksgezondheid en Zorg	de heer drs. P. Vos	Algemeen secretaris
	mevrouw mr. M.W. de Lint	Senior adviseur
	mevrouw mr. A.M. van Blerck-Woerdman	Raadslid
	de heer prof. dr. W.N.J. Groot	Raadslid
Zorg Consult Nederland	drs. P.J.M. van Zijl	Managing partner
	drs. Th.P.M. Schraven	Managing partner

## Bijlage 2 Deelnemers aan de telefonische verkenning

Oosterschelde ziekenhuizen	ziekenhuizen
Isala klinieken	ziekenhuizen
Rivas Zorggroep	ziekenhuizen en V&V (transmuraal)
Zuwe	ziekenhuizen en V&V (transmuraal)
GGZ Drenthe	GGZ
Emergis	GGZ
Rivierduinen	GGZ
Mondriaan Zorggroep	GGZ
Kwintes	GGZ
Parnassia Bavo-Groep	GGZ
Het Gors	GZ
Koraal Groep	GZ
MEE Zuidoost Brabant	GZ
Open Ankh	AWBZ
Vitalis Woonzorg Groep	VVT
ZorgAccent&TNWT	VVT
Swinhove	V&V
Zorgspectrum	V&V
Zorggroep Almere	Eerstelijns en V&V(transmuraal)

## Bijlage 3 Vragenlijst

### Algemene gegevens

Instelling .....

Naam/functie respondent .....

.....

### Omvang budget

< 5

5 – 30

30 – 100

> 100

### Datum samenwerking/fusie

voor 2000

2001 – 2003

2004 – 2006

2007 – 2008

### Vorm van de samenwerking

volledige fusie

bestuurlijke fusie/concern

joint venture

overeenkomst

anders, namelijk .....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

### Doelstellingen van de schaalvergroting

	Ja	Nee
Kwaliteit patiëntenzorg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medisch/wetenschappelijke richtlijnen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Efficiency bedrijfsvoering	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Innovatiekracht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Omzetvergroting	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Marktmacht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ondernemingsrisico's	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anders, namelijk	..... ..... ..... .....	
Toelichting		

### Belang van maatschappelijke doelstellingen

Besluitvorming over	Nauwelijks 1	2	3	4	Heel zwaar 5
Kwaliteit zorg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bereikbaarheid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beschikbaarheid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Betaalbaarheid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anders, namelijk	..... ..... ..... .....				
Toelichting					

**Realisatie van genoemde doelstellingen**

	Nee	Ja, niet meetbaar	Ja, meetbaar
Kwaliteit patiëntenzorg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medisch specialistisch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Efficiency	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Innovatie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Omzet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Marktmacht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Risicobeheer en continuïteit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bereikbaarheid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beschikbaarheid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Betaalbaarheid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anders, namelijk	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>		
Toelichting			

**Betrokkenheid stakeholders bij de besluitvorming over de fusie**

	Nee	Ja, maar pas-sief	Ja, actief
Raad van Toezicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ondernemingsraad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cliëntenraad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Professionals	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gemeente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Provincie/Rijk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
NMA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
NZa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verzekeraars	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zorgkantoor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vakbonden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kerken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anders, namelijk	..... ..... ..... .....		
Toelichting			

**Toekomstige ontwikkelingen (2 – 4 jaar)**

	Ja	Nee
Autonome groei	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nieuwe fusies/holding	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere vormen van samenwerking	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anders, namelijk	..... ..... ..... .....	
Toelichting		

## Bijlage 4 Voorbeelden

### Casus 1

Twee regionale ziekenhuizen met aangrenzende verzorgingsgebieden hebben plannen ontwikkeld om te komen tot een bestuurlijke fusie. Na meer dan een jaar wordt een juridische fusie voorzien.

De fusie is gericht op vergroting van het volume van behandelingen zodat kan worden voldaan aan de eisen dienaangaande van de diverse medisch-wetenschappelijke verenigingen. De kwetsbaarheid van een aantal kleine maatschappen wordt ermee opgevangen. Daarnaast biedt fusie het voordeel dat nieuwe medische voorzieningen (zoals dotteren) kunnen worden binnengehaald. Kortom, de fusie dient om als volwaardig algemeen ziekenhuis te kunnen blijven functioneren.

Voor een optimale inrichting van de medische zorg is een taakverdeling tussen de ziekenhuizen wenselijk. Dit vraagt om herverdeling van medische functies en het inrichten van een centrum voor acute complexe zorg, voor electieve zorg en voor chronische zorg. Dan kan de gewenste schaal voor de medische zorg worden gerealiseerd. Een dergelijke lateralisatie vraagt om éénheid van bestuur. Deze kan worden gerealiseerd door middel van fusie.

Bij het besluit over de voorgenomen fusie zijn een groot aantal in- en externe stakeholders betrokken. Intern zijn er natuurlijk de Raden van Toezicht, managementteams, ondernemingsraden, cliëntenraden en medische staven. Externe partijen die actief bij de fusievoornemens zijn betrokken zijn het provinciebestuur, regionale patiënten/consumentenplatforms, zorgverzekeraar en Inspectie voor de Gezondheidszorg. Al deze geledingen adviseren positief.

Bij de NMa vindt melding plaats. Na onderzoek blijkt een vergunningsaanvraag noodzakelijk te zijn. Door de fusie vindt een te grote beperking plaats van de keuzevrijheid van patiënten. Van een vergunningsaanvraag wordt afgezien.

De voordelen van inhoudelijke samenwerking op medisch gebied leiden tot verdergaande samenwerking tussen de maatschappen van beide ziekenhuizen. Daardoor ontstaat ook zonder de voorgenomen fusie steeds meer samenhang tussen de medische staven. Vooralsnog zonder dat de voorheen gewenste lateralisatie kan worden gerealiseerd. Ook een aantal bedrijfsondersteunende functies wordt ondergebracht in een shared service center. Daarmee wordt ook voor deze functies als P. en O., Financiën en sommige medische ondersteunende functies de gewenste schaalgrootte mogelijk wordt gemaakt.

## Casus 2

Een thuiszorgorganisatie en een organisatie met verpleeg- en verzorgingshuizen hebben een gedeeltelijk overlappend verzorgingsgebied. Beide organisaties met een gezamenlijke omzet van circa € 80 miljoen gaan in 2006 een juridische fusie aan waarbij eenheid van bestuur en van toezicht wordt gerealiseerd. Bij de bestuurlijke fusie wordt het voornemen uitgesproken om binnen drie jaar te komen tot een juridische fusie.

De fusie heeft primair tot doel integraal een breed pakket aan zorg en dienstverlening aan te kunnen bieden. Als visie hanteert men daarbij de idee van woonzorgzones. Ook ziet men groeimogelijkheden door in de niet overlappende delen van elkaars verzorgingsgebied het aanbod van zorg en dienstverlening uit te breiden met nieuwe functies. De fusie biedt daarmee mogelijkheden om de zware concurrentie binnen de regio het hoofd te bieden.

Bij het besluit over de fusie zijn vooral interne stakeholders betrokken. Raad van Toezicht, ondernemingsraad, cliëntenraad en managementteams hebben zich over de fusie uitgesproken. Gemeentelijke overheden en zorgkantoor zijn geïnformeerd maar verder niet actief bij de besluitvorming betrokken. Met de vakbonden is een sociaal plan overeengekomen. Vanwege de toenmalige meldingscriteria is geen melding nodig bij de NMa.

Na de fusie zijn beide organisaties onder gemeenschappelijke bestuurlijke verantwoordelijkheid min of meer gescheiden blijven functioneren. Op het niveau van de holding is vormgegeven aan bestuurlijke control en aan risicomanagement. Daarnaast zijn voor de verschillende organisatieonderdelen integratieplannen opgesteld en uitgewerkt. Deze worden geïmplementeerd na de juridische fusie wanneer niet langer sprake is van gescheiden werkgevers.

De genoemde schaalvoordelen bieden onvoldoende soulaas voor de risico's die men loopt bij vooral de aanbestedingen van de zorg bij het huishouden. Deze vragen om een grotere schaalomvang. Tegelijkertijd vragen ook de ontwikkelingen rond de WTZi om professioneel vastgoedbeheer. Ook dit is gebaat bij grotere schaalomvang. Om deze schaal te kunnen realiseren vinden verschillende verkenningen plaats naar mogelijke, nieuwe samenwerkingsconstructies. Deze leiden tot een intentie tot bestuurlijke fusie met enkele soortgelijke organisaties in aangrenzende regio's. Daarover is melding gedaan bij de NMa.

## Geraadpleegde literatuur

Andriessen, Jan en Jan Willem van Zuthem, "Kleinschalig zorg verlenen door grootschalige organiseren" in Tussen professionals, Bilthoven, 2004.

Bultsma, Jan, "Focus op fusie in de non-profit sector", Assen 2004.

Fabricotti, Isabelle, "Zorgen voor Zorgketens, integratie en fragmentatie in de ontwikkeling van zorgketens", Rotterdam, 2007.

Glas, René en Piet van Zijl, "Bestuurlijke inrichting bij schaalvergroting" in Tussen professionals, Bilthoven, 2004.

Kaats, Edwin, Philip van Klaveren en Wilfrid Opheij, "Organiseren tussen organisaties, inrichting en besturing van samenwerkingsrelaties", Schiedam, 2005.

Lugt, Peter G. van der en Robbert Huijsman, "Fusiemanagement in de gezondheidszorg", Utrecht, 1995.

Man, Ard-Pieter de en Geert Duysters, "Alliantiemanagement, theorie en praktijk", Management en Organisatie, nummer 3/4, mei/augustus 2007.

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, "Beleidsagenda 2008, zorg voor de toekomst", Den Haag, 2007.

Opheij, Wilfrid en Edwin Kaats, "Persoonlijke motieven in de hoofdrol; bestuurders in allianties en netwerken", Zorgvisie, nummer 4, april 2008.

PricewaterhouseCoopers, "Stilstaan om verder te kunnen; cijfers en trends in de zorgsector", 2007.

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

Zorg Consult Nederland, "NIPO 2003 onderzoek en segmentatie in GGZ" Bilthoven, 2007.

Zijl, P.J.M. van en Lex van Wijngaarden, "Kleinere organisaties in de ouderenzorg; is er nog toekomst?", Billboard, nummer 1, april 2003.