

## **Schaalgrootte van zorginstellingen:**

### **Implicaties van vraagsturing**

een essay over de interactie van overheidsingrijpen en ondernemersgedrag in de zorg

*logo Open Ankh (volgt)*

*Robert Mouton*

<b>Inhoudsopgave</b>	<b>pagina</b>
<b>1.0 Inleiding</b>	<b>3</b>
<b>1.1. Bekostiging en budget versus vraagsturing en prijs</b>	<b>5</b>
<b>1.2 Integrale tarieven en financieel scheiden van wonen en zorg</b>	<b>10</b>
<b>1.3 Resumé</b>	<b>12</b>
<b>2 Schaalgrootte, de context voor zorgondernemers: motieven en normen</b>	<b>13</b>
<b>3 Schaalgrootte en fusietoets : wet- en regelgeving</b>	<b>19</b>
<b>4 De wenselijkheid van een fusietoets</b>	<b>20</b>
<b>5 Consumentisme versus voorzieningen</b>	<b>21</b>
<b>6 Schaalgrootte en cure</b>	<b>22</b>

## 1.0 Inleiding

Voordat nader op de vragen rond schaalgrootte wordt ingegaan is het van belang twee fundamentele kwesties aan de orde te stellen in het huidige stelsel. Kwesties die in het regeerakkoord Balkenende IV zijn genoemd, inmiddels ook door adviesorganen, brancheverenigingen, werkgevers en werknemers zijn onderkend en geleid hebben tot het onlangs verschenen SER-rapport<sup>1</sup>. Beide kwesties hebben grote invloed op het debat rond schaalgrootte en fusietoetsen:

- (1) aanbodbekostiging versus vraagbekostiging
- (2) integrale tarieven versus financieel scheiden van wonen en zorg.

De uitwerking van deze twee ‘dossiers’ hebben ieder afzonderlijk, maar zeker in combinatie, een dermate grote impact op de vraag hoe om te gaan met “schaal en zorg” en “fusietoetsen” dat een beschouwing hiervan vooraf noodzakelijk is. De impliciete vraag die voorligt kan als volgt expliciet worden gemaakt:

Gaat de gezondheidszorg de ingeslagen weg van vraagsturing van dusdanige instrumenten voorzien dat

- a) toegankelijkheid en capaciteit van het aanbod aan krachten van een symmetrische markt wordt overgelaten. Dit in tegenstelling tot een toelatingsbeleid.
- b) betaalbaarheid aan de kant van de individuele toewijzing (indicatie / diagnose) wordt gereguleerd met een correctiemechanisme naar het BKZ op grond van parameters die de rechtvaardige verdeling uitdrukken (bijv. inkomen, vermogen, eigen huis, mate van mantelzorg, etc.). Correctie zou evt. via de fiscus plaats kunnen vinden. Dit in tegenstelling tot een (vrijwel) volledige vergoeding van alles voor iedereen.
- c) Een stringent regime van certificatie en toetsing vervangt de toelatings- en kwaliteitssysteemvereisten (Wtzi en Kwaliteitswet Zorginstellingen). Er kan alleen gewinkeld worden waar het certificaat is behaald en wordt onderhouden.

Voor al deze, onderling samenhangende wijzigingen geldt dat de overheid *fundamenteel* afscheid neemt van de grip op het totale aanbod<sup>2</sup> binnen de landsgrenzen, maar niet van de kosten en de kwaliteit. Er zijn uiteraard tal van aanvullende systeemvragen, bijvoorbeeld over de rol van de verzekeraars, de vaststelling en omvang van pakketten, de vraag wat gebrek aan tarieven voor invloed heeft op beschikbaarheid, of er uitzonderingen moeten worden gemaakt, etc. Met deze opsomming wordt slechts beoogd aan te geven in welke context een vraag over schaalgrootte zich bevindt: welke fundamentele vragen er achter liggen als op dit moment (mei 2008) een advies wordt geformuleerd.<sup>3</sup>

Dit essay behandelt de *care* en de *cure* los van elkaar, maar niet zonder dat er op verbanden wordt gewezen. Voor de eerste lijn en de acute zorg wordt verwezen naar de desbetreffende achtergrondstudies van de RVZ. De ambitie van dit essay is om naast een inleidende beschouwing en een oplossingsrichting ook een ingang te bieden voor het debat dat op alle schaalgroottes (micro, meso, macro) gevoerd zal moeten worden: van werkvloer tot politiek forum.

De *pragmatische* stelling in het essay is dat de twee maatregelen als één programma zouden moeten worden voorbereid. Andere maatregelen die op grond van RVZ-adviezen

en SER-advies zouden kunnen worden getroffen<sup>4</sup> zullen bij gelijktijdige invoering waarschijnlijk een dermate complexe realiteit scheppen dat niemand meer strategisch gedrag *kan* vertonen, of dit nu op schaalgrootte betrekking heeft of niet. Invlechting tijdens de rit is natuurlijk wel mogelijk. De achterliggende gedachte is dat dit verdedigbaar is *juist* vanuit het oogpunt van kostenbeheersing, zoals hieronder wordt uiteengezet.

De pakketverschuivingen tussen verzekeringen- en voorzieningenwetten die stelselmatig de revue passeren worden in dit essay buiten beschouwing gelaten. De argumenten voor overheveling zullen een meerwaarde aan moeten kunnen tonen. Tot op heden is in geen enkel rapport een dergelijke studie volledig en zorgvuldig verantwoord. Vaak wordt zelfs de indruk gewekt dat emotionele en *a priori* argumenten de boventoon voeren “ergens bijhoren”, “ketencontractering”.

Welke problemen het oplost en genereert wordt niet in volledigheid in ogenschouwen genomen<sup>5</sup> laat staan dat het strategisch gedrag van actoren - ook t.a.v. schaalgrootte - gesimuleerd of voorspeld wordt.<sup>6</sup>

### **1.1. Bekostiging en budget versus vraagsturing en prijs**

Het gedrag van een zorginstelling die via een distributief systeem van parameters en tarieven bekostigd wordt is onvergelijkbaar met het gedrag van een ondernemer die op basis van kostprijs, onderhandeling en concurrentie op prijs zijn omzet en winst dient te genereren. In het eerste geval is sprake van een tevoren vastgesteld budget waaruit het maximale rendement moet worden gehaald. De primaire opdracht is de begroting niet te overschrijden. In het tweede geval is sprake van een begroting die afgeleid is uit omzet en winstdoelstelling: de primaire opdracht is productie draaien. Dat het niet zo zwart-wit ligt in de praktijk is waar, maar de twee modellen, de twee motieven en de twee gedragingen zijn er onmiskenbaar. Beide opdrachten lopen in de zorgpraktijk op dit moment zelfs zo door elkaar heen dat de grijstinten ervan verbloemen dat er wel degelijk een zwartwitte achtergrond is [noot, voorbeelden ook in brieven van de staatssecretaris]. Er is en blijft een budgettaire opdracht (macro, meso en micro) en er ontstaat steeds duidelijker een systeem dat wordt bekostigd op basis van productie. Omdat blijvend op deze twee gedachten wordt gehinkt lopen de daartoe bedachte hybride systemen dan ook vast vaak al voordat ze goed en wel tot implementatie zijn gekomen: functiegerichte bekostiging, integrale tarieven voor DBC's en ZZP's, en maatstafconcurrentie zijn de intellectuele resultanten van pogingen een markt- en prijsmechanisme te gebruiken als concurrentiemiddel en gelijktijdig de hoogte van de tarieven en het aantal toelatingen te gebruiken om budgettaire kaders te bewaken. Pogingen om ter ener zijde vraagsturing te introduceren en vast te houden stranden ter andere zijde door de harde realiteit van het macro budgettaire kader.<sup>7</sup>

In deze context zal het gedrag van schaalvergroting, van beperkingen of maatstaven en van de consumentensoevereiniteit moeten worden geanalyseerd. Deze context dicteert probleemstelling en mogelijke oplossingsrichtingen. Geconstateerd moet worden dat de consumentensoevereiniteit (vraagsturing) die ten tijde van de start van het groot project modernisering AWBZ (staatssecretaris Vliegthart) tot uitgangspunt van beleid werd gesteld, die met de lancering van de ZZP's als opdracht is verkondigd, die tot transparantie van het individuele zorgaanbod zou moeten leiden, niet wordt waargemaakt. De harde realiteit van het macrobudgettaire kader drukt derhalve de tweespalt die tussen de twee hierboven aangeduide opdrachten bestaat zowel op macro-, meso-, als microniveau voortdurend naar de zijde van de budgetbewaker, de opdracht om maximum rendement te persen uit een minimum aan middelen: meer presteren, minder inkomsten. Dit in

tegenstelling tot de opdracht van de ondernemer ditzelfde te doen, maar dan wel met een zelf te sturen koppeling tussen prestatie en inkomsten. Het pessimisme dat hier mogelijk van kan worden afgeleid is gemakkelijk te vertalen naar imagoproblemen, zwartepietenspel bij kortingen, personeelstekort etcetera. Het is echter de kunst om het geschetste schema als zodanig te herkennen opdat de voortdurende spanning die er in is aangebracht doorbroken kan worden<sup>8</sup>.

Het behoeft ook weinig betoog dat deze worsteling tussen de twee opdrachten in een steeds zakelijker omgeving geen stand zal houden. Bij prijsonderhandeling is sprake van een economische activiteit en die verhoudt zich noch als zakelijke handeling, noch als juridische overeenkomst tot een doelstelling van budgetmaximering, althans niet in de kapitalistische maatschappij waarin wij leven. Anders gesteld: gedwongen worden om onder de kostprijs te leveren is op basis van een onpersoonlijke markt verklaarbaar en oplosbaar. Gedwongen worden om onder de kostprijs te leveren terwijl de leverancier slechts een beperkt aantal leveranciers met gemaximeerde prijzen kent is tenminste onrechtvaardig en kent een schuldige en veroorzaker. Het is dan ook voorspelbaar dat het niet lang meer zal duren voordat via een juridische procedure, een knieval van de tariefbazen of een analyse van het kabinet wordt geconcludeerd dat de huidige, dubbelzinnige opdracht die de gezondheidszorg in zijn greep houdt zal moeten worden gewijzigd. Alle elementen van een revolutie zijn inmiddels aanwezig<sup>9</sup>.

In eerdere adviezen van de RVZ, de Nza, het CVZ en zelfs in de poging van VWS zelf<sup>10</sup> wordt impliciet erkend dat deze “route van de hybride sturing” na ruim 20 jaar budgettering zijn einde begint te naderen. Het wachten is op een uitspraak van een rechter, een calamiteit of een intellectuele oplossing die ruimte biedt voor beide opdrachten tegelijkertijd<sup>11</sup>. Als een dergelijke oplossing bovendien meer ruimte biedt om in te spelen op de naderende capaciteitsproblemen<sup>12</sup> dan zal ongetwijfeld draagvlak ontstaan.

De kunst voor een dergelijke benadering is om een nieuwe context te creëren, zodanig dat recht gedaan wordt aan een programma van eisen die voor een stelsel geldt (betaalbaarheid, toegankelijkheid, kwaliteit), een budgettair kader als realiteit accepteert en tot slot afrekent met het idee dat de burger geen verantwoordelijkheid voor zijn eigen lot zou mogen dragen. Als dit laatste niet als uitgangspunt wordt erkend en er teruggegrepen wordt op een ethiek waarbij de ander als zorgobject werd gepositioneerd, dan wordt de realiteit van schraalhans<sup>13</sup>, de toegenomen mondigheid en de eis van de zorgconsument blijkbaar nog niet onder ogen gezien.

Dit is geen pleidooi voor liberale bekostiging – hier blijft het primair bij een sociale verzekering – maar een pleidooi voor een oplossing die recht doet aan de wensen en het gedrag van de moderne burger aan de ene kant en een rechtvaardig en werkbaar zorgaanbod aan de andere kant. Als achtergrondgedachte kan gewezen worden op de enorme vlucht die zich de afgelopen 10 jaar in de particuliere woonzorg voor ouderen heeft voorgedaan en de opkomst van alternatieve arrangementen in de gehandicaptensector. Vormen tussen huur en koop en tussen publiek en privaat gefinancierde vormen van zorg en dienstverlening zijn potentieel interessant voor een groeiende groep ouderen in het middensegment. ActiZ schat bijvoorbeeld dat van de 75-plus huishoudens in 2015 ca. 40% behoort tot de belangrijke middengroep met een iets hoger inkomen en vermogen, die deels ook zonder huursubsidie kan huren of in staat is om (deels) te kopen in de gemengd privaat/sociale sector.

Het antwoord op de hybride sturing is eenvoudiger dan vaak wordt aangenomen en kan iedere titel uit het verleden meekrijgen, van cliëntensoevereiniteit, consumentisme en vraagsturing tot geleide marktwerking, stap in de stelselwijziging of handhaving van de toelaatbaarheid, betaalbaarheid en kwaliteit van de gezondheidszorg. Een titel is in ieder geval aan te bevelen, waarbij in lijn van het SER-advies een *nieuwe naam* voor de (romp)AWBZ vanuit de optiek van de hieronder voorgestelde verandering te overwegen is.<sup>14 15</sup> Het moeilijke van het antwoord zit hem niet in deze intellectuele oplossing maar in het organiseren ervan: het veranderen en opheffen van schakels in het stelsel die nu onmisbaar zijn vergt een doordachte aanloop en goed geleide implementatie<sup>16</sup> en voldoende vrijheid en symmetrie van posities van actoren om er in te kunnen opereren.

In het SER-rapport wordt al een voorstel geformuleerd dat er op neerkomt de persoonsvolgende bekostiging drastisch in te voeren, zij het dat de uitwerking te wensen overlaat. Persoonsvolgende bekostiging speelt in op een maatschappelijke behoefte, maar ook op het bovenstaande schisma. Drastische doorvoering van een uitkeringsregime aan de cliënt (indicatie = individueel budget) betekent automatisch een drastische verandering van de wijze waarop de zorgvrager zich zal gedragen en de zorgaanbieder zich zal opstellen – ook in het kader van de zucht naar schaalgrootte.

Zijn “countervailing power” is niet meer gelegen in een aantal monopolide zorgkantoren of verzekeraars, maar in een te beïnvloeden bevolking en clientèle: marketing en communicatie worden onmisbare strategische instrumenten.<sup>17</sup>

Als we het SER-voorstel over het persoonsvolgend budget plaatsen in de context van de hierboven beschreven hybride opdrachten dan leidt dit tot een stelsel waarin de som van de “uitkeringen” (pvb’s) toch met een feedback aan een BKZ zal moeten worden gekoppeld<sup>18</sup>. Begrijpelijk is dat SER dit niet als probleem heeft geanalyseerd, maar tegelijk ook een gemiste kans.<sup>19</sup> De hybriditeit blijft immers in het stelsel zitten: wat als het macro- of mesobudget op is? Wordt het pvb dan navenant gekort, net zoals de tarieven op dit moment worden beknot?

Er zal dus een extra stap gezet (gedurfd) moeten worden om de valkuil van het huidige systeem niet te transponeren op een ongeclausuleerd of ondoordacht pvb-systeem. Daarbij kan worden gedacht aan de inbouw van een aantal parameters bij de uitkering. Naast de indicatie kunnen dat een beperkt aantal parameters<sup>20</sup> zijn die betrekking hebben op de persoonlijke situatie (inkomen, vermogen, thuiswonende familieleden, leeftijd etc.). Essentiële voorwaarde daarbij is dat de “zorg in natura” *niet* als alternatief wordt aangeboden, anders zal vordering moeten plaatsvinden. De uitkeringsgerechtigden zijn zelf – dan wel hun plaatsvervangers – verantwoordelijk voor de inkoop van een passend en door de inspectie gekeurd zorgaanbod. Met de huidige elektronica, webbased applicaties en identificatiemogelijkheden zijn de administratieve handelingen hierbij relatief simpel te houden. Bijkomend voordeel is dat het aantal partijen dat zich met pakket, prijs en uitvoering bemoeit geminimaliseerd kan worden.

Samengevat komt het er op neer dat niet alleen in de premieheffing sprake is van (bijvoorbeeld) inkomenssolidariteit, maar dat deze ook terug te vinden is in de uitkerings sfeer.<sup>21</sup> In sociale verzekeringen is dat overigens niet ongebruikelijk. Uiteraard zal de bediening van de “knoppen” in principe een ministeriële verantwoordelijkheid zijn; voor de WMO zou dat een gemeentelijke aangelegenheid zijn. De rol van de verzekeraar in de (nieuwe) AWBZ is geminimaliseerd tot uitkeringsinstantie: een rol die zij van oudsher eigenlijk al hadden.<sup>22</sup>

De volgende bedenking is meer dan een voetnoot waard. In de hang naar betere stuurbaarheid en beheersbaarheid is de laatste jaren flink geïnvesteerd in DBC’s, ZZP’s en hun voorgangers. Dagelijks wordt nog aan deze systematiek geschaafd. Niets is meer verleidelijk dan als bestuurder, politicus of administrateur te denken dat deze eenheden, die als diagnose of indicatie gesteld worden een betrouwbare, valide en getoetste relatie hebben met de werkelijkheid. Dat moet ten stelligste ontkend worden. Dat professionals leren omgaan met de administratieve eenheden en daarbijbehorende beloningen is geen maat voor de validiteit. Deze bedenking is voor een persoonsvolgende en ook nog op de persoon genormeerde bekostiging van groot belang: is er vooraf wel te bepalen met welk “toegangsbewijs” de cliënt op stap kan gaan? Het pragmatische antwoord is om de *indicatie* waar nodig een meer dynamisch karakter te geven (monitoring). Of dit uiteindelijk een oplossing biedt zal moeten blijken: feitelijk wordt immers geprobeerd om een niet werkend concept (een voorgeknippte zzp-multistrippenkaart of streepjescode) maat te laten zijn voor de sorteer- en afwerkroute. Maar helemaal aan het begin van het sorteren blijkt de streepjescode al niet meer te kloppen. Iedereen weet dat. De administrateur rekent rustig door aan de kassa en de professional benut de ruimte om aan alle kanten te realloceren. Het werkt - maar niet als winkel: degene die een speelgoedtrein koopt betaalt

ook de helft van de legostenen die zijn buurman koopt. ZZP's en in mindere mate ook DBC's, zijn daarmee budgetparameters geworden, geen afspiegeling van producten en kosten<sup>23</sup>. Daarenboven heeft het gebruik van deze schijneenheden niet alleen buiten de zorg, maar ook diep binnen de zorg ingegrepen: de administratieve werkzaamheden door zorgprofessionals zijn toegenomen.

Als er inderdaad een systeem wordt ingevoerd zoals beschreven, dan heeft dat enorme invloed op de opdracht die de zorgaanbieder heeft. Zijn zoektocht<sup>24</sup> naar schaalgrootte in bestuurlijke zin (en juridische fusie) wordt versterkt door de hang naar risicospreiding. Tegelijkertijd zou de vraag naar de schaal op menselijke maat – de vraag die achter de moties van de kamer ligt<sup>25</sup> – zich wel eens snel en drastisch aan kunnen gaan passen aan datgene wat de cliënt wil (afdwingt), mits daar uiteraard op kan worden ingespeeld. En we weten uit studies en eigen ervaring dat de komende generatie zorgvragers die menselijke maat zal prefereren boven de manier waarop verblijf in traditionele zin wordt geboden (verpleeghuisflats, bejaardenoorden, serviceflats, etc.). Zeker als ze zelf eigen middelen in (moeten) brengen. En als er geen aanbod is in de reguliere zorg, dan zullen de belemmeringen die er mogelijk nog liggen worden omzeild<sup>26</sup>.

## 1.2 Integrale tarieven en financieel scheiden van wonen en zorg

De tweede ontwikkeling die in beschouwing genomen dient te worden is het scheiden van wonen en zorg. In de jaren '90 zijn hier reeds diverse adviezen voor ontwikkeld door de RVZ<sup>27</sup>. De achterliggende gedachte is dat de cliënt net als iedere burger in beginsel zijn eigen verblijfscomponent betaalt. Tot op heden wordt deze component – afhankelijk van de sector als eigen bijdrage inkomensafhankelijk geïnd en gestort in het AFBZ<sup>28</sup>. In het regeerakkoord van Balkenende IV is het scheiden van wonen en zorg als maatregel opgenomen en in het SER-rapport wordt het financieel scheiden van wonen en zorg als belangrijke bijdrage gezien in de verdere modernisering en afbakening van de AWBZ. Tegelijkertijd is het niet verwonderlijk dat de invoeringsdatum van de hierboven geschetste integrale tarieven voor ZZP's wordt uitgesteld: integrale tarieven zijn hooguit een eerste stapje als men de bekostiging van wonen en zorg gaat scheiden, dus *als* men dit laatste inderdaad gaat doen dan zijn integrale tarieven überhaupt niet meer aan de orde<sup>29</sup>.

Als men het financieel scheiden van wonen en zorg wil doorvoeren dan is sprake van een majeure operatie: de volledige *ex post* vergoeding van afschrijving en rente wordt vervangen door een onzekere aan cliëntenvoorkeur en –portemonnee gebonden *ex ante* bekostiging, waarbij ligging, schaalgrootte, de mate van binding aan de zorgleverancier, betaalbaarheid, kwaliteit en concurrentie met andere leveranciers van woonvoorzieningen voor een totaal ander speelveld en risicoprofiel zorgen<sup>30</sup>. Dit terwijl de bestaande afschrijvingen en renteverplichtingen van de reguliere zorgaanbieders gewoon doorgaan. De reactie van zorgaanbieders op deze verandering zal uiteenlopen in vormen van afstoting, differentiatie en opsplitsing tot vormen van schaalvergroting, specialisatie en alliantievorming. De woonmarkt is bovendien een markt waar alle dienaangaande wetten van toepassing zijn en partijen vanuit verschillende achtergronden op werkzaam zijn, variërend van buitenlandse investeerders tot woningcorporaties. Schaalvergroting van zorginstellingen zal – indien zij zelf het beheer wensen te blijven voeren – een vanzelfsprekend en bewust uitgelokte reflex om de risico's van leegstand en het gebrek aan expertise bij kleinschalige voorzieningen te compenseren uitlokken. De middelen om schaalvergroting tegen te gaan zijn uitsluitend de mededingingsrechtelijke: de



zorgautoriteit zal geen bemoeienis hiermee hebben, het valt na onttrekking van het zorgdomein buiten zijn bevoegdheid.

Als financiële scheiding van wonen en zorg impliceert dat de AWBZ het wonen niet meer vergoedt en dat in de geëigende gevallen een vorm van huursubsidie voor compensatie moet zorgen, dan is het de vraag met welke instrumenten men denkt nog sturing te kunnen hebben. En wat te doen met verhuurders die niet uitkomen terwijl onder goedkeuring geïnvesteerd is? Met het financieel scheiden van wonen en zorg wordt wonen tegelijk geen zaak meer waar een zorgminister zich over buigt. Hooguit vanuit VROM kan via subsidiebeleid invloed worden uitgeoefend: dan moet er echter wel toepasselijk subsidiebeleid zijn en er ruimte ontstaan in de begroting van VROM. Het onttrekken van de kosten van verblijf aan de verantwoordelijkheid van een minister van VWS onder gelijktijdige introductie van subsidiebeleid voor zorgverblijf bij een minister van VROM lijkt in beginsel een eenvoudige overheveling. Dat is het geenszins. Ongetwijfeld is het uitvoerbaar, maar de vervlechting van de zorgvraag van het individu en de materiële verblijfsituatie en –behoefte is voor een groot deel van de AWBZ-populatie groot. Uit emancipatoir oogpunt is het evenwel toe te juichen en er zijn ook grote doelgroepen waarvoor het wel degelijk bijdraagt zich onder het aanbiedersjuk te ontworstelen. Met introductie van een pvb kan financiële scheiding van wonen en zorg op maat worden ingevoerd.

Op de schaalgrootte van zorginstellingen zal een dergelijke scheiding een groot effect sorteren, *zeker in combinatie* met de introductie van persoonsvolgende bekostiging. In de eerste plaats worden twee domeinen gecreëerd. Het domein van de zorg en het domein van het verblijf. De vraag aan de oorspronkelijke zorginstelling is hoe hij zich hierin opstelt: met twee separate “verkoopproducten”, met gecombineerde woon-zorgarrangementen, splitst hij zich, welke financiering hij kan (blijven) bolwerken<sup>31</sup>, welke risico-opslag hij moet rekenen, etc. Een logische reflex bij het introduceren van risico’s zal de speurtocht naar spreiding ervan zijn: allianties in bestuurlijke zin, maar ook de grootschaligheid die we uit de woningcorporatiebranche kennen zal in een risicovolle markt wel eens op kunnen doemen; afhankelijk van de doelgroep en de eigen bijdrage uiteraard. Het financieel scheiden van wonen en zorg zal de bestaande woonzorgaanbieders dus allen voor de vraag stellen: ga ik door als zorgverlener, als verblijfsaanbieder, beiden of zoek ik logische partners (collega’s, thuiszorginstellingen, woningcorporaties, projectontwikkelaars). De sturing die hieraan kan worden gegeven door derden is lastig; wellicht kan worden gedacht aan fiscale voordelen.

Schaalvergroting is overigens in een dergelijke context een manier om niet alleen risico’s voor de verhuurders te spreiden, maar vooral om continuïteit aan de huurders te kunnen bieden.

### 1.3 Resumé

In het voorgaande wordt een pleidooi gehouden om twee maatregelen uit het SER-rapport te gebruiken als startpunt van verandering. Dit vergt nog nadere doordenking op beoogde en gesorteerde effecten, niet in de laatste plaats inkomsten- en sturingseffecten. Ook de neveneffecten die deze maatregelen sorteren, bijvoorbeeld op het gebied van schaalgrootte, verdienen een zorgvuldige beschouwing vooraf. Effectanalyse (simulatie) lijkt tevoren nodig: wordt wel bereikt wat men wenst te bereiken?

Welke tegenkrachten worden opgeroepen? Kan men doelgroepsgewijs van start, zo nee, welke belemmeringen zijn er dan? Gaandeweg is aandacht gevraagd voor de relatie tussen de werkelijke zorgverlening en de administratieve werkelijkheid. Bestuurders veronderstellen dat dit onderzocht, veilig en betrouwbaar is. Professionals zouden het graag willen, maar zo werkt het nu niet. Met bulkcontracten is daar in de praktijk mee te leven. Op het moment dat pvb en eigen bijdragen een hoofdrol gaan spelen zullen individuele contractanten geen genoegen nemen met een dergelijk manco<sup>32</sup>. Op het moment dat wonen en zorg gescheiden worden zullen ook individuele contractanten separaat wonen en zorg in gaan kopen. Kortom: een individuele inkoop vergt een bedrijfsvoering waar men ook na de invoering van de ZZP's nog lang niet klaar voor is. Hier zijn overigens wel internationaal gevalideerde en uitgewerkte alternatieven voor in de markt<sup>33</sup>.

Kortom, alvorens de richtingaanwijzers worden aangezet is nadere oriëntatie zeker nodig. De eenvoud van een regeerakkoord en een SER-advies verhult de principiële keuze voor een volstrekt andere ordening van zorg en wonen in onze samenleving. Daar moet bij worden stilgestaan. Schaalgrootte speelt daarbij een rol, maar is ondergeschikt aan de verschuiving van verantwoordelijkheden en bestedingen.

Een inleiding van zo'n benadering wordt in het navolgende geschetst.

## 2 Schaalgrootte, de context voor zorgondernemers: motieven en normen

Vooraleerst is een ordeningsvraagstuk nodig. Gebruikelijk is om ordening te doen op basis van een bestaand stramien. Vervolgens wordt dit stramien gebruikt om te herordenen en verandert er als gevolg daarvan weinig. Voorgesteld wordt om een stramien te baseren op de voorgestelde maatregelen en pas dan zonedig naar een ordening te kijken.

Als:

- 1) wonen buiten de AWBZ-sfeer valt en
- 2) persoonsvolgende bekostiging wordt ingevoerd en
- 3) de ouderenzorg de enige significant groeiende sector is binnen de AWBZ (69% van de AWBZ-cliënten in 2007<sup>34</sup>)
- 4) de ziektelast en daarmee gepaard het zorggebruik neemt navenant toe.<sup>35</sup>
- 5) verpleeghuizen, ziekenhuizen en thuiszorgorganisaties de gebruikelijke platforms zijn die in verschillende samenstelling al dan niet gezamenlijk tot werkbare onderling afgestemde ketenconcepten komen.<sup>36</sup>
- 6) toegankelijkheid voor basale zorgvoorzieningen (gegarandeerd) verplicht verzekerd zal blijven worden...

...welke strategie (marketingconcept) zal er dan grosso modo worden gevolgd door zorgondernemers? Het meest logische is – uiteraard is niet gezegd dat dit zal gebeuren – dat de verreweg grootste groep (ook nog groeiende) zorgvragers, zorgvragers die in principe zelfstandig rechten op kunnen bouwen - op een andere manier verzekerd zullen zijn dan al diegenen die levenslang als gevolg van een handicap zijn aangewezen op een verzekering<sup>37</sup>. De vraag of de *overheid* een dergelijk onderscheid *wel of niet* maakt is voor zorgondernemers feitelijk secundair: zij kijken waar de behoefte is, de getallen in hun regio en gaan uit van de verantwoordelijkheid die nu en in de toekomst geprojecteerd wordt op hun doelgroep. Het risicodragerschap van cliënten zal evenredig moeten zijn met de eigen verantwoordelijkheid, het inkomen, de keuzevrijheid, de mate van invloed die uitgeoefend kan worden in het aanbod en de mogelijkheid extra te besteden. Dat ligt op dit moment volstrekt anders. Om over de andere daadwerkelijke setting (woonsituatie) nog maar te zwijgen. Dat wil niet automatisch impliceren dat het verzekerd *recht* anders ligt (zie punt 6 hierboven).

Wat hier als boude voorspelling staat genoemd is in feite al geruime tijd aan de gang. In herinnering kan worden geroepen wat mevrouw Vliegenthart, destijds staatssecretaris, bij de start van de Modernisering van de AWBZ zei: een indicatie geeft recht op zorg, *ongeacht* waar dit wordt verzilverd en hoeveel cliënten bij willen betalen. Met een *persoonsvolgend* budget zal een dergelijke redenering op dezelfde manier geldig worden: toelatingen en tarieven zullen terugtrekkende bewegingen *moeten* maken. Op het moment dat de bekostiging van de wooncomponent via andere wegen wordt gevonden en bekostigd zullen zorginstellingen zich net als in andere markten verdringen rond de voorkeur van de cliënt: de schaarste van aanbodgerichtheid maakt ruimte voor de schaarste van vraaggerichtheid. Niet alleen de aangeboden dienst, maar juist de combinatie van wonen en zorg en de aansluiting (keten) met derden zullen hierbij een hoofdrol gaan spelen. Wie hoofdcontractant van een collectief is – dat hoeft geen verzekeraar te zijn – heeft zich een goede positie verworven. Op dit punt speelt uiteraard de grootte van de collectiviteit een hoofdrol: op vergroting van schaal wordt automatisch aangestuurd bij dit mechanisme. De bewaking van de marktverhoudingen waarbij de grootte aan de *vraagkant* een gevaar vormt voor een machtsevenwicht zou daarbij nog wel eens belangrijker kunnen worden dan die van de aanbodkant. Die laatste is immers door Nma, consumentenautoriteit en patiëntenwetgeving in stelling gebracht, maar wat als een cliëntencollectief massaal bepaalde aanbieder(s) negeert<sup>38</sup>: een keten of organisatie met flinke schaalgrootte kan opeens kwetsbaar zijn en hoeft dus niet vanzelfsprekend te worden geassocieerd met macht of keuzebeperking: zodra dit beeld wordt opgeroepen wordt het ongetwijfeld afgestraft.

Niet alleen de omgeving van de zorgondernemer verandert dus. Zelf verandert hij ook. Zorgondernemers bewegen zich nu in een andere omgeving dan conventionele ondernemers. Er zijn ook overeenkomsten, maar het gaat om fundamenteel ander gedrag en andere motieven in verschillende omgevingen. Voor de ondernemer is het primaire doel de onderneming in stand te houden, producten of diensten te verkopen en winst te genereren. Het is zijn bron van inkomsten en van zijn bestaan. Voor de instelling die met budgetten werkt is dit op het eerste gezicht het zelfde. Er is echter wel een verschil: werkt de ondernemer in een omgeving die zorgdraagt dat vraag en aanbod de prijs in evenwicht houdt, bij de instelling wordt door tarief- en capaciteitsbeheersingen schaarste van zorgaanbod kunstmatig in stand gehouden. Is in het eerste geval sprake van economische principes als prijselasticiteit, keuzevrijheid en een aanbodovervloed, in het tweede geval is sprake van centrale (maximum)tariefaanpassing bij budgettekort, beperkte keuzevrijheid en kunstmatig aanbodtekort. Schaarste is het sleutelbegrip: de ondernemer zoekt de schaarste op en gebruikt dit voor de verhoging van zijn afzet, de zorgondernemer houdt binnen het stelsel de schaarste in stand en productieverhoging leidt niet automatisch tot hogere beloning.

Hoewel het dus nu lijkt dat er aan de buitenkant veel overeenkomsten lijken te zijn in termen van dienstverlening, basaal zijn mechanismen, motieven van bestuurders, afhankelijkheden van derden en wet- en regelgeving verschillend van conventionele ondernemingen. Deze verschillen hebben ook een normatieve component: een bestuurder van een zorginstelling heeft zich volgens de gevestigde moraal niet te gedragen als een productiebedrijf. Dat zou hij zelf misschien nog kunnen verdedigen, de omgeving (het toezicht) maakt echter korte metten zodra onrendabele lijnen worden afgestoten en onrendabele cliënten aan hun lot worden overgelaten.

Een debat over stelsel en maatregelen gaat in belangrijke mate hierover: met schaars aanbod is er geen verspilling en met schaars aanbod zit iedereen in het keurslijf van toelating, tarief en is er geen of weinig selectie aan de poort van de zorginstelling.<sup>39</sup>

Het huidige economisch verkeer waarin de zorgondernemer zich bevindt is dus wezenlijk anders. De meest relevante voor het onderwerp schaalgrootte zijn: hij bepaalt noch zijn prijs, noch zijn product (ZZP/DBC), noch zijn omzet (zorginkoper en capaciteit). In een zogenoemde marktomgeving waarin zorginkoper(s) bij de zorgaanbieders met een dichtgetimmerd stramien inkopen is de meest logische en door de wetgever opgeroepen reflex: schaalgrootte zoeken. Countervailing power, risicospreiding, overheadvermindering, inkoopvoordelen, bescherming van de cliëntenmarkt etc. Zoals uiteengezet kan in de ouderenzorg<sup>40</sup> een appèl gedaan worden op de eigen verantwoordelijkheid van de burger/cliënt. Een dergelijke verantwoordelijkheid ter ene (vraag-)zijde zal in symmetrie een verantwoordelijkheid aan aanbodzijde vereisen wil er sprake zijn van een zichzelf corrigerende markt. De systeemvraag is dan in hoeverre een door sociale premies opgebrachte bekostiging in deze vraag-aanbod verhouding kan worden ingebracht zonder deze noodzakelijke symmetrie in disbalans te brengen. We weten dat pogingen dit via de aanbodkant te organiseren (inkoop van aanbod door overheid of zorgkantoor) de asymmetrie in de hand werkt – de schaalgroottereflex oproept. De logische gevolgtrekking is om de cliënt het principiële, basale recht op zorg ook vanuit deze optiek dus toe te kennen aan de zorgvrager.

De schaalgroottereflex in zowel het huidige en in het aldus geprojecteerde zorgsysteem. Is op zichzelf weer wel vergelijkbaar met de fusiegolf in het bedrijfsleven: de oorzaak is echter een geheel andere. Bij zorgaanbieders is de oorzaak gelegen in een door de overheid uit kosten- en machtsoverwegingen afgedwongen overlevingsstrategie (budgetbeheersing en countervailing power naar de verzekeraar inkoper), in het bedrijfsleven is sprake van een gekozen overlevingsstrategie waarbij kosten, inkomsten, producten en doelgroepen met een bewuste en zich voortdurend aanpassende marketing in relatie tot elkaar staan.

Dat geldt ook voor motieven richting cliënten/klanten: naast het tevreden stellen van een klant door beantwoording van een vraag wordt in de gezondheidszorg gerefereerd aan diepgewortelde normen en waarden in onze samenleving: wij *dienen* ons te ontfermen, barmhartig te zijn, solidair te zijn, zorgzaamheid te betrachten, altruïsme te tonen, etc. Als dit *niet* getoond zou worden in het dagelijks verkeer met cliënten en stakeholders dan zijn we geen *zorg*ondernemers. Deze begrippen gaan weliswaar samen met de economische ruilrelatie die ook in een marktsituatie aan de orde is, maar ze is van een andere orde. Deze begrippen moeten ook niet verward worden met de kunstmatige glimlach, de verleidelijkheid van producten of de neiging met de mode mee te willen doen. De vraag die een dergelijke context oproept is of men hieraan kan of wil ontsnappen. De vraag naar nabijheid, schaalgrootte en menselijke maat is juist een vraag naar erkenning en overzichtelijkheid: niet voor niets schieten kleinschalige initiatieven als paddestoelen uit de grond. De hele idee van een grootschalige zorgfabriek waarin onpersoonlijk en met turflijstjes door anderen gesleuteld wordt aan de eigen existentie stamt uit de tijd van de industriële revolutie. Maatschappelijk gezien is het een anachronisme dat onder het mom van efficiency en investeringen de schaarstehandhaving wordt voortgezet en als apologie dient voor het finetunen van een fabrieksparadigma. Wat dat betreft is er wezenlijk sprake van een paradigmategenstelling in de gezondheidszorg: de behoefte aan zorg en zorgzaamheid versus de behoefte aan efficiency en snelheid. Het fnuikende hiervan is niet de tegenstrijdigheid zelf, maar het feit dat ze elkaar oproepen: hoe efficiënter de fabriek, hoe groter de roep om de menselijke maat (zelfs politieke slogans worden hierop geënt). Andersom geldt hetzelfde: hoe meer roep om de menselijke maat, hoe groter de tegenkracht dat het nu maar eens tijd wordt voor spierballen, efficiency en

ondernemerschap<sup>41</sup>. In feite is de tegenstelling een perceptiekwesitie waaraan een normbesef voor maatschappelijke inrichting en verplichtingen voorafgaat. Met andere woorden: de fabriek en het hotel, om deze metaforen maar te introduceren, zijn onlosmakelijk en bij de veronachtzaming van de één zal de ander vanzelfspreken.

De huidige context bevat dus een veelledige opdracht: het slechten van bewandelde paden, het opzetten van nieuwe en het tegelijk betaalbaar en toegankelijk houden boven een kwaliteitsgrens. Dit vergt niet alleen het toelaten van private betaling (aanvulling op pvb) – maar verwijdering van concurrentiebelemmeringen en de schaarstehandhaving rigoureus ten einde te brengen: geen aanbodbekostiging maar vraagbekostiging (pvb).<sup>42</sup>

De vraag naar de mogelijkheid van een aanvullende fusietoets voor zorginstellingen is in dit licht anders dan in het licht van de huidige context. De vraag komt voort uit het besef dat zorgverlening in de menselijke maat (verhoudingen) voor vele betrokkenen het meest gewild is: korte afstanden, overzichtelijke gebouwen, niet te groot, bekende gezichten, huiselijke omstandigheden, etc. Het opgaan van bestaande arrangementen met deze eigenschappen in grootschalige onpersoonlijke constructen is op het eerste gezicht een onwenselijke situatie die indruist tegen de zojuist genoemde waarden en tegenstellingen. De moties zoals aangenomen in de Tweede Kamer<sup>43</sup> zijn volstrekt legitiem. De schoen wringt hem in het zojuist genoemde verschil in perceptie en voorrang van waarden<sup>44</sup>.

Op het moment dat er contracteervrijheid wettelijk is afgesproken tussen zorginkoper (verzekeraar of cliënt) en zorgaanbieder is de mate waarin behoefte bestaat aan en de mate waarin afgerekend wordt op deze, laten we zeggen - warme - eigenschappen, een kwestie van vraag en aanbod naast de al bestaande en geïnstitutionaliseerde controle op kwaliteit (normen verantwoorde zorg, HSK) en klantenervaring (cliëntentevredenheid, CAHPS Quote), inspraak van cliëntenraden, bewonersraden, ondernemingsraden, Raad van Toezicht, etc. Als sprake is van nieuwbouwplannen dan hebben namens de burgerij ook wethouders, gemeenteraden, bouwcollege, zorgautoriteit, vws, college sanering etc. namens de gemeenschap inspraak over verschillende aspecten van de bouw. Dit uiteraard naast de raad van bestuur, het managementteam, de architect, de binnenhuisarchitect etc. Niettemin is het mogelijk dat na een aanvankelijke bestuurlijke fusie in een dichtgetimmerde markt een oerlelijk gebouw wordt bedacht als verlengstuk van het ego van een bestuurder of erger, van twee bestuurders. Handhaving van deze institutionele controle werkt als stroop en voegt niets toe. Als schaalgrootte inderdaad via preferentie van cliënten tot stand moet komen, dan moet de markt zijn werk doen: dan *moet* er het tegenovergestelde van schaarste zijn, dan *moet* ook een deconfiture opgevangen kunnen worden binnen de reservecapaciteit die een markt eigen is. De eerste overname in de ziekenhuisbranche is inmiddels een feit: feitelijk een injectie van privaat geld in een onderrenderende instelling.

Als het financieel scheiden van wonen en zorg impliceert dat de cliënt zelf zijn – misschien deels gesubsidieerde – verblijf kiest, dan zijn de doorslaggevende factoren ongetwijfeld gelijk aan de factoren die gebruikelijk de doorslag geven: Hoe ver is het? hoor ik erbij? Hoe groot is het? Wat kost het? Hoe persoonlijk is het? Is het goed, schoon, etc.? Om deze vragen te beantwoorden zou vooral de markt zijn werk moeten doen, uiteenlopend van kleinschalige initiatieven tot grootschalige ketens. Om dat te bewerkstelligen zal juist het financieel scheiden van wonen en zorg en het pvb bijdragen om de door Nma en Nza vrijwel ongemoeide monopolieposities van verzekeraars en zorgkantoren te doorbreken: een verzekeraar kan verzekeren, kan zelfs korting geven aan collectieven door

mantelcontracten, maar zou niet vrijwel *risicoloos* moeten kunnen inkopen met gemeenschapsgeld. Dat is een weeffout in het huidige systeem<sup>45</sup>.

Daar krijgt je schaalgrootteproblemen en een soort secundaire overheden mee. Pvb en financieel scheiden van wonen en zorg kunnen deze posities doorbreken.

Met het afscheid van dit regime doen we iets heel gewoons. Zijn we in de individuele inkoop iets anders gewend in Nederland? Hoeveel hotels behoren tot een keten? Hoeveel winkels in het centrum van een willekeurige plaats zijn zelfstandig? En hoeveel verschillende soorten kaas kan men om de hoek halen? Dit zijn retorische vragen. Het wordt indringender als er aan toe wordt gevoegd: stel dat omwille van een publiek belang (toegankelijkheid) toetsing plaats zou moeten vinden. Druist de organisatie van zo'n toetsing dan niet regelrecht in tegen het doel dat je nastreeft: toegankelijkheid vereist immers keuzevrijheid en keuzevrijheid vereist beweeglijkheid van zowel de aanbieder als de vrager. Om over de betutteling en de bureaucratie nog te zwijgen. De twee eerder genoemde waarden die om voorrang strijden (efficiency en menselijke maat) worden bovendien noch geholpen, noch geborgd door een dergelijke toets. Het verzorgende en beschermende paradigma en het paradigma dat een optimale bedrijfsvoering nastreeft kunnen juist in een markt heel goed samen en naast elkaar bestaan: de consument (pvh-er) kiest voor zijn schaalgrootte, de aanbieder kiest voor zijn consument (pvh-er).

Op dit moment (medio 2008) is de vraag of we hier daadwerkelijk heengaan nog niet zozeer aan de orde, maar achter alle adviezen en voornemens zijn scepsis, gevestigde belangen en de bewaking van de verzorgingsstaat populair. In de transitie van de ene omgeving naar de andere, d.w.z. van een distributief naar een marktgericht systeem doen zich vanzelfsprekend spanningen en paradoxale situaties voor. Op zich is dat geen probleem, mits er van te voren goed over nagedacht is en er goede communicatie over plaatsvindt. Op het moment dat bestuurders van instellingen geacht worden zich in een marktomgeving te gaan oriënteren en voorbereiden, dan zullen ook de daarbijbehorende verantwoordelijkheden moeten worden gekregen. Het kan immers niet zo zijn dat men verantwoordelijk wordt gemaakt voor een omzet op een markt van zorginkopers enerzijds en dat tegelijk een prijsmechanisme wordt geïntroduceerd die je straft voor je inspanningen<sup>46</sup>.

In een marktomgeving geldt bovendien dat schaalgrootte voordelen van in- en verkoop oplevert. Dat weten we vanuit de supermarkten, de verzekeraarsbranche, de bankwereld, de kruideniersketens etc. Schaalgrootte van *organisatie* moet dan ook worden gescheiden van *juridische* schaalgrootte. Als bovendien het aantal inkopers beperkt zou blijven en voorgesorteerd is per regio (zorgverzekeraars, zorgkantoren en gemeenten) zullen zorgaanbieders zich vanzelfsprekend in een reflex van schaalgrootte storten. Een van de bedoelingen van het creëren van schaalgrootte kan zelfs deconcentratie zijn: door bestuurlijke schaalgrootte kan juist schaalverkleining worden georganiseerd.

### 3      **Schaalgrootte en fusietoets : wet- en regelgeving**

Fusies zijn moedwillig door de invoering van de nieuwe wet- en regelgeving voorzien<sup>47</sup>. Om deze reflex niet onbeheerst in een kettingreactie eindeloos door te laten lopen zijn beheersingsinstrumenten geïntroduceerd. Deze blijken niet voldoende in te gaan op de hierboven beschreven ongerustheid omtrent het verlies aan ‘warmte’ door fusiebewegingen. Als wetgeving zijn de mededingingswet en de WMG (wet marktordening gezondheidszorg) van kracht. De aanvullende wetgeving via de WMG is een kunstgreep waarvan nog steeds de vraag gesteld wordt of deze Europeesrechtelijk stand zal houden<sup>48</sup>. De mededingingswet is immers een op het Europees Verdrag gestoelde wet die daardoor van een hogere orde is dan de nationale wetgeving<sup>49</sup>. De impliciete vraag is of bij keuze voor marktwerking aanvullende wet- en regelgeving überhaupt geoorloofd is en zo ja waar en hoe dan de grens wordt getrokken<sup>50</sup>.

Een korte toelichting. In de eerste plaats is er de mededingingswet. Sinds 1998 is deze wet (1994) onverkort van toepassing op de gezondheidszorg. De consequenties van deze toepasselijkheid zijn tevoren niet goed doordacht. Als handhaver van deze wet is de Nma ingesteld. Tot voor kort was er een meldingsplicht bij fusie van 113 miljoen euro gezamenlijke omzet ongeacht de sector. Sinds 1 januari 2008 is door een wetwijziging en een Amvb voor de zorg een nieuwe meldingsdrempel van kracht van 55 miljoen gezamenlijke omzet. De Nma hanteert een visiedocument waarin criteria staan vermeld. In tegenstelling tot wat het blote oog biedt houdt de Nma in de pre-adviesfase al een behoorlijk aantal – ongeregistreerde – fusievoornemens tegen. Daarnaast gaat van de werking van één negatief (beargumenteerd) advies, bijvoorbeeld het verbod tot fusie van twee regionale GGZ-en, uiteraard een preventieve werking uit. Het aantal bekendgemaakte meldingen en oordelen is dus geen maat voor de effectiviteit van de Nma.

In de tweede plaats is er de Wet Marktordening Gezondheidszorg. Deze wet is als onderdeel van de stelselwijziging geïntroduceerd en wordt gehandhaafd door de Nederlandse Zorg Autoriteit. Deze is bij wet expliciet belast met markttoezicht, marktontwikkeling en tarief- en prestatieregulering op het terrein van de gezondheidszorg (art.16, lid 1). De zorgautoriteit heeft rechtspersoonlijkheid en kan zelfstandig beleidsregels uitvaardigen. Eén van de taken van de Nza is onderzoek naar de concurrentieverhoudingen en het marktgedrag op het gebied van de zorg (art. 32, lid 1). Indien de zorgautoriteit van oordeel is dat een of meer zorgaanbieders of een of meer ziektekostenverzekeraars alleen dan wel gezamenlijk beschikt onderscheidenlijk beschikken over aanmerkelijke marktmacht volgens de beginselen van het algemene mededingingsrecht afgebakende markt, kan de zorgautoriteit die zorgaanbieder of zorgaanbieders danwel die ziektekostenverzekeraar of ziektekostenverzekeraars verplichtingen opleggen. In het visiedocument van de Nza zijn deze beginselen uiteengezet<sup>51</sup>.

In concreto komen de bevoegdheden van de Nza er op neer dat bij iedere verdenking van aanmerkelijke marktmacht – er zijn criteria in termen van percentage voor inkoop- en voor verkoopmacht gesteld – een burger, consument, verzekerde, cliënt of concurrent de Nza om nader onderzoek kan vragen.<sup>52</sup> Daarnaast heeft de Nza de taak tariefregulering, prestatieregulering en informatieregulering te handhaven. De Nza kan aanwijzingen doen aan zowel verzekeraars als aanbieders.

#### **4 De wenselijkheid van een fusietoets**



Met inachtneming van het bovenstaande kan een advies over schaalgrootte en fusietoets zich beperken tot de vraag of buiten de reeds bij wet gereguleerde mogelijkheid tot ingrijpen een toets zou moeten bestaan die de kwalitatieve eigenschappen die door gebruikers en burgers aan de desbetreffende instellingen toedicht betreft in een onafhankelijk oordeel. Deze fusietoets zou zelfs los kunnen komen te staan van Nma en Nza. Dat dit te regelen is moge voor zich spreken, maar of het wenselijk is kan men zich afvragen: op de markt waar we heen gaan wordt dit toch naar behoefte min of meer automatisch geregeld? Waarom zouden daar normen of commissies en een bijbehorende bureaucratie voor moeten bestaan? Welk belang zou precies (!) moeten worden bewaakt? Er is toch ook geen fusietoets voor ander ondernemingen in de dienstverlening, anders dan de toets die de keuzevrijheid resp. marktmacht beziet.

Bovendien geldt dat ondernemers, ook zorgondernemers, geleid worden naar een context waarin men hun vrijheid en verantwoordelijkheid niet straffeloos kan beknotten op de manier waarop zij hun werk moeten doen. Hoe kunnen aanbieders aan het lijntje worden gehouden aan de ene kant en de ondernemersrisico's die zijn gekoppeld aan consumentengedrag niet door hen worden gepareerd met strategische keuzes?

De tegenovergestelde vraag is dan of er voldoende variatie van aanbod wordt gecreëerd als zorgaanbieders in belangrijke mate het kleinschalige aanbod zouden moeten verlaten omdat het onrendabel is. De vervolgvraag is of het acceptabel is dat kleinschalig zorgaanbod overwegend wordt benut door degene die in staat zijn hun pvb voor een belangrijk deel uit eigen middelen te financieren. Het antwoord is uiteraard bevestigend: de hoogte van de uitkering is al op (bijvoorbeeld) inkomen geënt, mag dan uit aanvullende eigen middelen een arrangement worden ingekocht? Een negatief antwoord zou ons terugvoeren in plaats van verder brengen.

Kortom: bij een omslag van aanbosturing naar vraagsturing is een fusietoets op aanbod een vraag die als systeemvraag niet aan de orde is. Uiteraard kan in het kader van *governance*, *kwaliteitsbeleid* en *cliëntenraadpleging* altijd nader naar de strategische en zorginhoudelijke afwegingen worden gevraagd. Dit zijn echter primair aangelegenheden waarin de zorgaanbieder zijn eigen correctiemechanismen heeft. Vooralsnog zal overigens de huidige *collectieve* zorginkoper ook een rol hebben (zorgverzekeraars, zorgkantoren).

## 5 Consumentisme versus voorzieningen

Welke waarde heeft in het geval van een geconstateerde zorgbehoefte voorrang: de op autonomie en keuzevrijheid gebaseerde waarde of de op gelijkheid, toegankelijkheid, betaalbaarheid en minimaal kwaliteitsniveau waarde?

Voorbeeld

Wat is beter bij gelijk budget? Een open systeem dat keuzevrijheid biedt en waar iedereen dezelfde basisuitkering voor krijgt [dit is bepleit in paragraaf 1] of een systeem waarbij de aanbieder zich over iedereen op dezelfde manier op basis van louter professionele zorgcriteria ontfermt en op grond daarvan zijn budget spendeert?

Iedereen uit de praktijk zal zeggen: was het maar zo makkelijk. Het antwoord in dit paper is dat de handhaving van schaarste (door toelating en tarief) altijd naar de tweede variant zal neigen en dat het bevorderen van overaanbod altijd naar het eerste zal leunen. Maar geheel

onlosmakelijk zijn de varianten niet en geheel oplosbaar zijn de problemen van elke variant ook niet.

Wat weer niet wil zeggen dat er geen beweging moet worden gevolgd. De relativiteit ervan moet echter onderkend worden: de werkvloer laat zich niet zonder meer sturen door een bekostigingssysteem; daar is veel meer voor nodig.

Blijft de vraag hoe verandering kan worden bewerkstelligd. De enige evidente maatregel die tot daadwerkelijke gedragsverandering zal leiden is de [geleidelijke] opheffing van een toelatingsregime [Wtzi] onder acceptatie van [mogelijk] hogere kosten: capaciteit wordt niet meer 100% benut, faillissementen worden mogelijk en door introductie van risico's zullen de kosten van banken stijgen. Om e.e.a. gecontroleerd te laten verlopen wordt hier dan ook niet gepleit voor een opheffing van de Wtzi, maar een geleidelijke oprekking van de criteria die er in worden gehanteerd. De zojuist genoemde extra kosten kunnen dan worden gemonitord op macroniveau. Overigens zouden deze meerkosten toch wel eens mee kunnen vallen gelet op de bestaande spreiding. Het is echter goed mogelijk dat zich opeens een verpleeghuis vestigt met een veel hoger personeelsrendement. Maar dat kan nooit een reden zijn om het bestaande te beschermen? Dat zou de omgekeerde wereld zijn. Dit leidt tot de volgende, laatste paragraaf.

## 6 Schaalgrootte en cure

Het bovenstaande is voornamelijk gericht op de AWBZ: een persoonsvolgend budget in de cure is evident ongepast en het scheiden van de kosten van verblijf in het ziekenhuis van de overige kosten is bij een intensieve zorg en gemiddelde verpleegduur van een dag of 7 volstrekt buiten proportie. Het kan natuurlijk wel, maar dan zal iedereen het ogenblikkelijk er over eens zijn dat het ook tot het basispakket behoort en ben je weer terug bij af.

Over schaalgrootte in de cure zijn wel een aantal afzonderlijke opmerkingen te maken<sup>53</sup>. Nog meer dan in de care wordt schaalgrootte gezocht om de regionale autonomie ten opzichte van de zorginkoper te kunnen behouden. Uiteraard speelt het argument van efficiency een rol in de verdediging, maar dit blijkt in de praktijk weinig om het lijf te hebben.

De suggestie om dergelijke schaalgroottebewegingen te benutten om zodoende op regionale schaal onderscheid te maken tussen instituten met uitsluitend electieve ingrepen en instituten met uitsluitend niet-electieve ingrepen is nog nergens aan de orde. Nog steeds prevaleert de – wellicht terechte – voorkeur voor artsen om zich voortdurend op het zo breed mogelijke handelingspakket in te zetten. Uit het oogpunt van bedrijfsvoering zal dat in een *echt* competitieve omgeving niet vol te houden zijn: tenzij de regionale aankoop van zorg een uitgemaakte zaak is en het toelatingsbeleid hetzelfde blijft.

Reflexen om het oude te behouden nemen in de cure absurdistische vormen aan. Zo zijn er regio's waarin de ziekenhuizen zich in uitzonderlijke grote gebouwen onder een nieuwe naam concentreren, al het oude doen wat ze al deden, er twee of drie activiteiten tegenaan plakken en beweren dat sprake is van een innovatieve en moderne setting. Nog een gemeentelijke sporthal en een paar winkels ernaast en de projectontwikkelaars staan in de rij. Dergelijke reflexen, hoe goed bedoeld ook, hebben uiteraard weinig te maken met innovatie, cliëntgerichtheid en keuzevrijheid en zijn feitelijk de aanbodgerichtheid ten top. Zeker als de plaatselijke verzekeraar ondershands afname garandeert.

Het is op dit niveau dat de mededingingswet en de wet marktordening gezondheidszorg zijn werk zouden moeten doen. Zowel de Nma als de Nza kan bij aanmerkelijke marktmacht ingrijpen (invallen doen) en bij een vermoeden van prijs- en contractduurafspraken met de verzekeraar tot controle overgaan<sup>54</sup>. Het feit dat dit niet gebeurt en/of geen ruchtbaarheid aan wordt gegeven duidt er op dat er blijkbaar geen klagende partij is. Ook dat geeft te denken...

## Noten

- <sup>1</sup> SER, Langdurige zorg verzekerd, Advies over de toekomst van de AWBZ, 18 april 2008 (www.ser.nl)
- <sup>2</sup> In retrospectief heeft de overheid na WO II een consistente beweging doorlopen van verantwoordelijkheidsneming, integratie, afstemming en sturing. Met de constatering dat grenzen bereikt zijn – hetgeen naast economische argumenten uiteraard ook normatieve beoordeling vergt – is niet alleen het stelsel als samenspel van wetten en partijen, maar staan ook de fundamentele verantwoordelijkheden ter discussie die elders in de maatschappij van gedaante zijn veranderd in deze periode: keuzevrijheid, medezeggenschap, informatierecht, inkomsten- en uitgavenverantwoordelijkheid, etc. zullen in een aangepast stelsel in lijn moeten zijn met de gebruikelijke mores. De enquêtevragen zijn gericht op de individu en zijn wens en voorkeur.
- <sup>3</sup> Overigens is in ieder stelsel dat zowel de volledige overheidscontrole over betaalbaarheid, toegankelijkheid en kwaliteit nastreeft en tegelijk pretendeert marktwerking op prijs en kwaliteit te beogen impliciet inconsistent: economische activiteit vergt een andere Umwelt dan een uitvoeringsorgaan, waarbij pakketpolitie, tarievenpolitie, budgetpolitie, investeringspolitie, bouwpolitie en de minister zelf permanent benadrukken dat sprake is van een publiek domein met alle daaraan gekoppelde bevoegdheden. Er is één uitzondering: aanbesteding Mouton, R.F., *Overheid moet gaan aanbesteden*, HMF-magazine, 3 juni 2003, pp. 38-41.
- <sup>4</sup> Vermoedelijk zal dit in de uitvoering tot problemen leiden: er wordt dan te veel gevraagd van de zorgaanbieder als ondernemer, hoeder van het publieke belang en verantwoordingsgenerator: de bureaucratistische positie zou dan zo versterkt worden dat het doel van vraagsturing bij voorbaat voorbij wordt gestreefd.
- <sup>5</sup> 200 miljoen over aan WMO-gelden (2007) na overheveling is voor de één een argument om de overheveling toe te juichen en voor de ander een bewijs dat een sector om zeep wordt geholpen ten gunste van verkeersdrempels en sportkantines. Zowel de ondernemer, de dienstverlening, het speelveld aan concurrentie, de spelregels (aanbesteding), de afrekening, de continuïteit van bedrijf, de machtsposities, de zorgaanspraak als de aansprakelijkheid zijn van gedaante veranderd. Een overheveling is daarom nooit een overheveling sec maar altijd middel en doel van strategisch gedrag. Dat geldt voor alle partijen, niet in de laatste plaats de cliënt. Overhevelen van de ene verzekering (ZVW/AWBZ of voorzieningenwet (WMO) naar de andere op grond van het “behoren” argument is net zo valide als je adoptiekind de deur uit met het argument dat hij bij zijn biologische moeder hoort. Terwijl je gewoon van hem af wilt. (gedeeltelijke) Overheveling van verpleeghuiszorg naar de ZVW zal bijvoorbeeld als neveneffect sorteren dat algemene ziekenhuizen als spin in dit netwerk tot samenwerkingsafspraken komen die uitmonden in fusies en conglomeraten waarvan de schaalgrootte nog niet te overzien is. Met de grootte van verzekeraars in het achterhoofd kan dat nog lang doorgaan. Kortom: de logica van daadwerkelijke overheveling overstijgt de logica van beoogde overheveling vele malen.
- <sup>6</sup> Mouton, R.F. en J. de Beer. *Gevraagd aanbod: commentaar op en consequenties van Vraag aan bod*, Open Ankh, Soesterberg, zie ook: De Waal, S., nieuw strategieën voor het publieke domein, Samson, 2000: zes strategieën p.117
- <sup>7</sup> *ZZZP's weg ermee*, Mouton 2008, lezing Elsevier: ZZZP's als gedefinieerde dienstenpakketten hebben inmiddels via kaasschaven plaatsgemaakt voor kortingobjecten, non-transparante voorlichtingspapieren en zijn feitelijk nieuwe budgetparameters voor aanbieders geworden.
- <sup>8</sup> Interessant is in deze de Theory of Constraints die niet zozeer de efficiency (verhouding input/output beschouwt) maar telkens de zwakste schakel in het proces aanpakt om doorloop te vergroten: er wordt daardoor meer productie gedraaid door op die zwakste schakel de precies benodigde hoeveelheid middelen in te zetten (kan meer zijn). Uiteindelijk lijkt dit tot tot verhoging van de productiesnelheid, de onderlinge afstemming van capaciteiten (gatenkaas), tot tevreden personeel, etc. Er kan bovendien lang mee worden doorgedaan. Zie: Goldratt, E.M., *the Goal*, 1984.
- <sup>9</sup> Een nadere analyse kan worden gedaan op basis van o.a. het werk van Kuhn: Kuhn Th, *The structure of scientific revolutions*, Chicago Un. Press, 1962,
- <sup>10</sup> RVZ, [Mensen met een beperking in Nederland: de AWBZ in perspectief, 2006](#): RVZ, *beter zonder AWBZ?*, 2008; CVZ, [Rapport voorliggende voorzieningen \(afbakening van de AWBZ van andere beleidsterreinen\)](#). Nza, Care voor de toekomst, 2007; IBO-werkgroep, Toekomst AWBZ, Interdepartementaal Beleidsonderzoek, 2004-2005, nr. 4
- <sup>11</sup> Andere aangrijpingspunten zijn ook denkbaar, zoals via pakketverschuivingen of maatregelen die de tarieven drukken (maatstafconcurrentie, kaasschaafmaatregelen voor tarieven e.d), maar zijn lastig te

onderbouwen en politiek lastig te verkopen: de politicus die een pakketmaatregel afkondigt en met de  
12 kaasschaaf zwaait houdt dit niet lang vol en maakt zich ook niet bepaald populair.  
13 arbeid, zorgplaatsen en een groter appèl op de individuele verantwoordelijkheid, inkomen en vermogen  
14 Maatschappelijk ondernemen in zorg: mythe en werkelijkheid, oratie prof.dr. M.G. Boekholdt  
15 Vrije Universiteit, 29 maart 2007  
16 In dit essay wordt niet ingegaan op de mogelijke overhevelingen naar de WMO, dat vergt een separate,  
17 maar wel samenhangende beschouwing en analyse  
18 Een eerdere titel is geopperd als “deltaplan voor de zorg” [Mouton, 2006] en als naam van een  
19 aangepaste AWBZ zou een afkorting kunnen volstaan, bijvoorbeeld **WLGZ** (wet langdurige  
20 gehandicaptenzorg). Een andere naam rechtvaardigt vaak met minimale uitleg wat een afroming of  
21 omvorming niet lukt.  
22 Zoals de invoering van de Zorgverzekeringswet met strakke regie binnen één kabinetsperiode plaatsvond.  
23 Wellicht door sommigen als bizar onderwerp aangesneden, maar de kosten voor (en het bereik van)  
24 dergelijke activiteiten alleen al zijn reden om schaalgrootte te zoeken. Nergens is tegelijkertijd gesteld  
25 dat een weg naar volwassen marktwerking tussen zorgvragers en zorgaanbieders goedkoper zou zijn dan  
26 aanbodssturing; het is maar net welke kosten waar aan worden toegerekend: als uitsluitend het pvb zelf  
27 wordt gerekend als sociale kosten dan is per definitie de opdracht dat de kosten gelijk blijven.  
28 dit is gestoeld op een aantal macro-economische beginselen, waarbij koopkracht, internationale  
29 concurrentiepositie en internationale juridische overeenkomsten een hoofdrol spelen. Als hieraan getornd  
wordt valt ook de basis voor een fatsoenlijke samenleving weg. De “overheveling” naar een particulier  
verzekeringsegment is een heel andere kwestie: dit levert juist een bijdrage aan het bnp. Zie o.a.  
ICL/Zorg voor later (Boekholdt).  
De huidige eigen betalingen zijn wel geanalyseerd (pp. 22 ev.)  
correlaties tussen parameters zijn vaak hoog, slechts een handvol dient afdoende te zijn. Voorwaarde is  
wel dat de parameters van indicatie en van bekostiging elkaar niet ongebreideld beïnvloeden.  
Gevoelig is deze opstelling wel. Er is immers (1) sprake van een “dubbele aanslag” op degene met een  
gevulde portemonnee en (2) de voorvechters van gelijkheid zullen deze propositie kunnen afdoen als het  
introduceren van armenzorg. Een eenvoudig antwoord op deze argumenten is dat het alternatief bestaat  
uit pakketverkleining of voortdurende belasting van het bnp *zonder* introductie van een vorm van  
gewogen eigen verantwoordelijkheid en met behoud van een bureaucratisch beheersingssysteem. De  
vraag is of dit politiek voor te bereiden is.  
Het deel dat door de burger zelf wordt betaald aan zorg hoeft ook niet als premie geïnd te worden: er zijn  
argumenten die de eigen bijdragen als vrijwillige koop op een markt kunnen doen beschouwen. Daarmee  
wordt zorg niet alleen tot economische kosten gerekend (premies), maar ook tot economische  
opbrengsten. Dit vergt uiteraard bestudering van deskundigen (macro-economen / fiscalisten).  
Frijters, D.H.M. & Achterberg, W.P., *betrouwbaarheid van de zorgzwaartepakket (ZZP) Scorelijst*,  
Tijdschrift voor Gerontologie & Geriatrie, 2007: 38; zie ook : Zorgvisie: [www.zorgvisie.nl](http://www.zorgvisie.nl), “*nieuwe  
zpz's verpleeghuizen zijn betrouwbaar*”. Dit kopt het webnieuwsbericht van 13 febr. 2008; nadere  
bestudering staft deze berichtgeving niet, integendeel: gesteld wordt dat omdat de beslisregels worden  
gevolgd deze valide zijn. Maar het wel of niet volgen van een beslisregel heeft niets met validiteit te  
maken. Daarenboven wordt een score van het volgen van het advies van 88% van de gevallen als  
conclusie genoemd. Maar a) zegt dit niks en b) 12% dus niet. Op 12500 cliënten is dat een aantal waar in  
het normale dienstenverkeer zo'n 1500 wanprestaties uit voortvloeien. Hoezo betrouwbaar?  
Methodologisch hapert de instrumentering en de verantwoording aan alle kanten. Een zpz is daarmee een  
welhaast neoplatoonse uitvinding die eerder in een religie of een roman dan in de wetenschap en de  
economie thuishoort.  
Of deze zoektocht in beginsel rationeel is, is niet vast te stellen. Markt- en concurrentieanalyses zijn niet  
de taal waarin (al) wordt gedacht en gesproken, dat gebeurt meestal pas na de eerste verkenningen.  
noot, zie woordgebruik in de handelingen voorafgaand aan de formulering van de notie: behoud van  
“nabijheid”, “menselijke maat” e.d. typeren de zorgen van de betreffende kamerleden.  
Hoewel de vergelijking niet helemaal opgaat, kan verwezen worden naar de startfase van de commerciële  
omroepen. Het onderscheid dat in de zorg nu nog wordt gemaakt tussen AWBZ-zorg met zijn  
intramuraal oorsprong en zijn beperkende wetgeving en de zorg die nu al via pgb, volledig pakket thuis  
in combinatie met woonarrangementen kan worden getroffen, zal uiteindelijk verdwijnen. De stelling in  
dit essay is om dit beter op tijd en met sturing te doen dan dat schaarste en individuele draagkracht tot  
een onoverzichtelijke soep van complex koop- en verkoopgedrag leidt.  
RVZ, Met zorg wonen, deel 1 en 2, 1997  
Algemeen Fonds Bijzondere Ziektekosten  
RVZ, Management van vastgoed in de zorgsector, 2006

- 30 Mouton, R.F., *Schaarste in de AWBZ: van capaciteitsprobleem naar marktuitedaging*, ESB Dossier 10 februari 2005, jaargang 90, nr. 4452, pp. D14 – D15
- 31 De toekomst van het waarborgfonds zorg is met afschaffing van het bouwregime niet zeker meer. Of andere corporatiefondsen van toepassing kunnen zijn vergt studie.
- 32 Referte nieuwsbericht 23 mei 2008 VWS: kabinet maakt wet voor sterkere positie cliënt
- 33 Voorbeeld NedRAI (zie [www.nedrai.nl](http://www.nedrai.nl))
- 34 SER-rapport, P. 24
- 35 Kanker, hart- en vaatziekten, suikerziekte, dementie, zintuigstoornissen, cara en aandoeningen van het bewegingsapparaat (RIVM, VTV, zorg voor gezondheid, 2006): “Omdat de meeste ziekten vooral bij ouderen voorkomen, zal de ziektelast toenemen en daarmee ook het zorggebruik. In de komende 20 jaar zal hierdoor, maar ook door de huidige leefstijl en het overgewicht, de ziektelast van chronische ziekten van de oude dag met soms 40% of meer toenemen. Dit vraagt om meer zorg, maar ook om andere zorg, onder andere een verdere verschuiving van genezing naar verzorging. Louter op grond van demografische projectie mag verwacht worden dat de zorguitgaven zullen stijgen van ruim 57 miljard in 2003 tot bijna 70 miljard in 2025. Een kleine 5 miljard daarvan is toe te schrijven aan bevolkingsgroei en 10 miljard aan de veranderende samenstelling van de bevolking (vooral vergrijzing) p.17
- 36 GGZ wordt niet genoemd, deze kent echter parallele, vergelijkbare ketens en platforms;
- 37 Mouton, R.F., *Schaarste in de AWBZ: van capaciteitsprobleem naar marktuitedaging*, ESB Dossier 10 februari 2005, jaargang 90, nr. 4452, pp. D14 – D15
- 38 Vergelijk de hausse rond de ‘Brent Spar’
- 39 Dit is althans wat men doorgaans veronderstelt. Niets is minder waar: het onderlinge verwijsgedrag tussen centrum- en topziekenhuizen wordt naast de complexiteit van behandeling bepaald door de belastbaarheid van staf en budget. De gemiddelde verpleegduur is de laatste 15 jaar gehalveerd, niet omdat dit uit het oogpunt van medische zorgvuldigheid aan te raden was, maar omdat de budgetparameters en het Amerikaanse voorbeeld daartoe aanleiding gaven. Onbedoeld gevolg moet zijn dat de arbeidsbelasting bij zowel ziekenhuis, verpleeghuis als thuiszorg navenant is toegenomen, om over mantelzorg nog maar te zwijgen.
- 40 Andere doelgroepen worden niet uitgesloten; de vraag ligt primair bij de 69% van de AWBZ-gebruikers die – in aanloop- op eigen verantwoordelijkheid kunnen worden aangesproken.: we weten immers allen dat we oud worden en zorgbehoefte zullen kunnen hebben? Een sociale verzekering (horizontale inning en uitkering) voor alle vormen van ouderenzorg is dan geen vehikel van doorslaggevend gewicht, hooguit als vangnet. Gedacht kan bijvoorbeeld worden aan een (vrijwillige) aanvulling / inwisselbaarheid op de pensioenverzekering : zorg voor de oude dag in den breedte.
- 41 zelfs adviesraden kunnen hiervan soms worden verdacht
- 42 Een verwijzing naar de Europese Gemeenschap waar Nederland van uitmaakt is in deze relevant. Weliswaar is Nederland vooralsnog gebonden in de vorm van een sociaal stelsel toegankelijkheid, betaalbaarheid en kwaliteit voor de eigen bevolking te garanderen, maar dit sluit geenszins uit dat door aanvullende maatregelen (binnen en buiten het sociale zekerheidssysteem) dezelfde doelstellingen kunnen worden gehaald. Zeker als in andere landen dit de gewoonste zaak van de wereld / Europa is. Daarbij speelt de internationale concurrentie in de gezondheidszorg Nederland bovendien parten: waarom geen wachttijden en een lagere kostprijs bij het buurland en vasthouden aan het dure, rigide en aanbodgerichte systeem van het eigen land? Met een recht (verzekering) op grensoverschrijdende consumptie impliceert dat eenvoudigweg dat Nederlands premiegeld drukt op het Nederlands bnp en bijdraagt aan de economie van het buurland. Dat is niet slim, zeker niet als dat flinke proporties gaat aannemen.
- 43 Motie: De Kamer, gehoord de beraadslaging, overwegende dat door fusies van zorginstellingen steeds meer grootschalige instellingen ontstaan; overwegende dat de huidige wet- en regelgeving onvoldoende instrumenten biedt om fusies tussen zorginstellingen en concentraties van zorgvoorzieningen te toetsen op criteria als maatschappelijke functie en leefbaarheid; verzoekt de regering, bij het onderzoek naar een adequate toetsing van fusies van zorginstellingen en/of concentraties van zorgvoorzieningen het criterium ‘‘maatschappelijke functie en leefbaarheid’’ bij dit onderzoek te betrekken, en gaat over tot de orde van de dag. De voorzitter: Deze motie is voorgesteld door de leden Kant, Jan de Vries, Schippers, Wiegman-van Meppelen Scheppink, Van der Vlies, Kos, er Kaya, Vendrik, Van der Veen en Agema. Zij krijgt nr. 39 (31200-XVI).
- Motie: De Kamer, gehoord de beraadslaging, constaterende dat door fusies in zowel de ziekenhuiszorg als de langdurige zorg steeds meer grootschalige instellingen ontstaan; overwegende dat deze schaalvergroting in veel gevallen een bedreiging vormt van de bereikbaarheid, kwaliteit, diversiteit en keuzevrijheid en tot meer bureaucratie leidt; overwegende dat de regering de mogelijkheid van een aparte

fusietoets in de zorg zal onderzoeken; verzoekt de regering, lopende het onderzoek bij zorginstellingen het belang van bereikbaarheid, kwaliteit, diversiteit en keuzevrijheid onder de aandacht te brengen en deze instellingen te wijzen op alternatieve samenwerkingsvormen, en gaat over tot de orde van de dag. De voorzitter. Deze motie is voorgesteld door de leden Jan de Vries, Kant, Wiegman-van Meppelen Scheppink, Van der Veen, Van der Vlies, Schippers, Kos, er Kaya, Agema en Vendrik. Zij krijgt nr. 45 (31200-XVI) 15 november 2007, TK 24 24-1792.

- 44 Toulmin, S., De verwerving van normen en waarden in hedendaagse samenlevingen, in: van Spengler, L. van e.a., Hoe waarden veranderen; een leerproces, Prometheus, 1994
- 45 Het is een weeffout, maar geen onbewuste weeffout. Met de keuze een sociale verzekeringswet met al zijn borgingen en verplichtingen uit te laten voeren door een private partij met winstdoelstelling kan het niet anders dan dat bij de uitvoerder private en publieke belangen strijden en dat strijdigheid met (Europese) regelgeving ontstaat op het raakvlak van privaat- en publiek domein (recht).
- 46 Het voorstel van maatstafconcurrentie voor de ziekenhuiszorg is vooralsnog op de lange baan geschoven. Of dit ook geldt voor de toepasselijkheid op ZZP's (AWBZ) mag verondersteld worden.
- 47 Mouton, R.F. en J. de Beer. *Gevraagd aanbod: commentaar op en consequenties van Vraag aan bod*, Open Ankh, Soesterberg, 2001. zie ook: Mouton, R.F. en van Kooij, R., *Modernisering van de gezondheidszorg, achtergronden, analyse en handreikingen*, SWP, Amsterdam, 2006
- 48 Bij een mogelijke overlap van bevoegdheden van autoriteiten heeft de minister een aanwijzingsbevoegdheid.
- 49 overigens geldt een dergelijk voorbehoud eveneens de nieuwe grens voor melding van fusie bij zorginstellingen i.c. 55 miljoen euro].
- 50 bijvoorbeeld als er sprake is van een onderneming die zijn eigen markt-, product en toelatingsbeleid mag/mmet bepalen? de criteria van het Hof liggen al in een veel vroeger stadium, o.a. als sprake is van economische activiteit, zie RVZ, *Europa en de gezondheidszorg*, 1999.
- 51 NZa: visiedocument, (In) het belang van de consument, het consumentenprogramma van de Nza, 2007
- 52 de grootte van de markt is in de wet niet vastgesteld en kan per casus worden bepaald.
- 53 zie ook RVZ, marktconcentraties in de ziekenhuissector, 2003
- 54 Ook de Consumentenautoriteit kan worden ingeschakeld en uiteraard de civiele rechter