



THEMA

EEN KWESTIE VAN SCHAAAL

Schaalgrootte is een van de belangrijkste thema's in de zorg. Maar waar hebben we het eigenlijk over als we praten over schaal? En worden we het ooit eens?

tekst Rob Hartgers | beeld Carlo Giambarresi

Bestaat er een optimale schaal voor zorginstellingen? De politiek lijkt te denken van wel. In de Beleidsagenda 2012 van het ministerie van VWS valt te lezen: 'We bevorderen de inzet van zorg in de buurt en optimaliseren de schaalgrootte van instellingen.' Het staat er achteloos, alsof het om een invuloefening gaat. Het tegendeel is waar. 'Optimale schaalgrootte' is de heilige graal van de zorg. En zoals de ridders van de Ronde Tafel een leven lang tevergeefs speurden naar de

graal, zo zoeken zorgbestuurders al jaren vruchteloos naar de optimale schaal.

Ze zullen hem nooit vinden, voorspelt Monique van Dijen, partner Healthcare Advisory van EY (voorheen Ernst & Young): "Er is geen enkel bewijs voor een optimale schaal. Er zijn in het verleden meerdere pogingen gedaan om die te identificeren, maar dat is nog nooit gelukt."

Je geld of je leven

Waarschijnlijk is het lastig om buiten het ministerie van VWS een zorgdeskundige te vinden die gelooft in op-

timale schaal. Maar waar hebben we het in de zorg dan over, als we over schaal spreken? Jeroen Postma, adviseur bij BMC Advies | Management en promovendus aan het instituut Beleid en Management Gezondheidszorg van de Erasmus Universiteit Rotterdam, analyseerde het publieke debat over schaalgrootte tussen 1990 en 2011. Hij constateert dat doorgaans acht verschillende normen worden gehanteerd voor 'goede' schaalgrootte. Die vallen uiteen in drie categorieën: interne normen (zorginhoud, de menselijke maat en efficiëntie), externe normen

(de context van markt, overheid en maatschappij) en procesnormen. Die laatste categorie is het meest pragmatisch: schaal als de uitkomst van 'maatwerk' en 'samenspel tussen actoren'.

Voor Postma is 'optimale schaal' geen bruikbaar begrip: "Het suggereert een zekere objectiviteit, terwijl je nooit over schaal kunt spreken zonder een normatief kader. Zelf heb ik het liever over 'legitieme schaal-grootte'. Als je een beslissing neemt over schaal, dan moet je alle acht normen meewegen. Doe je dat niet, dan is er in de Nederlandse context geen sprake van legitieme schaal."

Postma benadrukt dat een weging van de acht normen in iedere situatie tot een andere uitkomst kan leiden. Er is geen winnend recept dat steeds weer herhaald kan worden. Wat schaalbeslissingen extra lastig maakt, zijn de verschillende, soms tegengestelde belangen van de *stakeholders*. Postma: "Voor bestuurders is 'marktpositie' een legitiem argument. Zij zijn tenslotte verantwoordelijk voor het voortbestaan van hun organisatie. Maar voor patiënten en professionals betekent de marktpositie weinig. In de ideale situatie lopen de prikkels en belangen van bestuurders, patiënten en professionals parallel. In de praktijk is dat zelden het geval."

Dat het perspectief van de patiënt bij schaalbeslissingen niet altijd voorop staat, werd vorig jaar ook al geconcludeerd in *De relatie tussen volume en kwaliteit van zorg*, een studie van Nivel (Netherlands institute for health services research) en de Erasmus Universiteit: "Waar in de

◆

“Toezicht-
houders hebben
nog nooit
belangstelling
getoond in wat
wij hier doen.
Voor hen is big
nog steeds
beautiful”

◆

discussie over concentratie van zorg vaak het belang van kwaliteitswinst voor patiënten wordt onderstreept, blijkt de definitie hiervan in de praktijk vooral vanuit organisatorisch en professioneel oogpunt te worden ingevuld. Zonder allerlei aanpalende voordelen voor professionals en organisaties, komt concentratie van zorg dan ook moeizaam van de grond. Voor snelle succesvolle ontwikkelingen op het gebied van concentratie van zorg moet ofwel een stevige financiële prikkel bestaan, ofwel moet de levensverwachting van patiënten direct in het geding zijn. Concentratie van zorg blijkt daarmee vooral te gaan over 'je geld of je leven'."

Jorwerd

Praten over schaal in de zorg betekent doorgaans praten over de wenselijkheid of onwenselijkheid van schaalvergroting. Vooral in de curatieve zorg heeft zich in Nederland de afgelopen decennia een enorme schaalvergroting voltrokken. Volgens cijfers van het CBS daalde het aantal algemene ziekenhuizen tussen 1985 en 2010 van 152 tot 83. De krimp was vrijwel altijd het gevolg van fusies. Om over de huidige fusiegolf maar niet te spreken. KPMG Plexus, dat jaarlijks onderzoek doet naar ziekenhuisfusies, verwacht op basis van aangekondigde plannen dat het aantal instellingen de komende jaren snel verder zal afnemen.

"De fusiegolf gaat door", zegt Monique van Dijen. "Kleine algemene ziekenhuizen kunnen niet zelfstandig blijven bestaan. Ze moeten worden overgenomen of ze gaan verloren. Volumennormen spelen

>



daarbij ook een rol. Daar kun je als klein ziekenhuis niet in je eentje aan voldoen.”

“Er zullen nog vele fusie- en samenwerkingsgolven volgen”, bevestigt ook Anna van Poucke, Sectorleider Ziekenhuizen bij KPMG Plexus. Van Poucke denkt dat er nog “tientallen miljoenen” kunnen worden bezuinigd wanneer ziekenhuizen doelmatiger gaan werken. “Alle ziekenhuizen hebben hun eigen laboratoria en hun eigen dure infrastructures. Dat is helemaal niet nodig.” Van Poucke is zich ervan bewust dat die doelmatiger inrichting van de zorg gevoelig ligt. “In de periferie komen instellingen in de financiële en kwalitatieve problemen, omdat het eigenlijk niet mogelijk is om daar 24/7 zorg te bieden. Zorgbestuurders weten dat, maar in de lokale politiek is zoiets lastig uit te leggen. Ik noem dat het Hoe-God-

verdween-uit-Jorwerd-syndroom.”

Jeroen Postma wilde weten op welke gronden zorgbestuurders beslissingen nemen over schaal. Hij vroeg bijna 300 bestuurders naar de belangrijkste redenen om een fusietraject te starten. Een paar uitkomsten vallen op, vindt Postma. “68 Procent van de bestuurders noemt de zorginhoud als reden. Dat betekent dat in bijna een derde van de gevallen zorginhoudelijke motieven geen rol speelden. Tegelijkertijd noemt 62 procent de marktpositie en 30 procent de eigen financiële positie als een belangrijke reden. Daaraan zie je duidelijk de invloed van marktwerking op de zorg. Het perspectief van de eigen organisatie lijkt belangrijker dan het maatschappelijk perspectief.”

De bevindingen van Postma zijn koren op de molen van Jos Blank. De directeur van het IPSE instituut (Innovatie & Publieke Sector Efficiëntie Studies) van de Technische Universiteit Delft is al jaren erg kritisch over schaalvergroting in de zorg. Vanuit een

kostenperspectief is het een uitgemakte zaak, vindt Blank: “Door schaalvergroting gaat veel doelmatigheid verloren. Het is een fout idee dat de zorg daardoor goedkoper wordt. Integendeel, er wordt tegen een hogere kostprijs gewerkt dan strikt noodzakelijk is.”

Op een A4-tje schetst Blank in een grafiek de verhouding tussen schaal en doelmatigheid. Op de liggende as plaatst hij de kosten die gemaakt worden per bed, op de staande as de omvang van het ziekenhuis, gemeten naar het aantal bedden. Met vaste hand tekent Blank een U-curve op de grafiek. Het laagste punt van de curve is het ‘optimumpunt’. Dat wordt bereikt bij een omvang van tussen de 200 en 300 bedden.

Dit terwijl een gemiddeld Nederlands ziekenhuis op dit moment 440 bedden telt, met uitschieters naar boven van 1300 (UMC Groningen en Erasmus MC Rotterdam). Een meerderheid van de Nederlandse ziekenhuizen bevindt zich dus aan de rechterkant van de curve. Volgens Blank hebben die allemaal, zonder uitzondering, te maken met schaalnadelen. In 2011 berekende IPSE dat één productiestijging van een procent zou leiden tot een kostenstijging van 1,23 procent. “Verdere schaalvergroting

door fusies is onwenselijk”, concludeert Blank. “Helaas zijn maar weinig beleidsmakers zich bewust van deze curve. Ik verbaas me soms over de geringe interesse in ons onderzoek. Af en toe word ik gevraagd om een praatje te houden voor bestuurders, maar toezichthouders bijvoorbeeld hebben nog nooit belangstelling getoond in wat wij hier doen. Voor hen is *big* nog steeds *beautiful*.”

Mammoet

Monique van Dijen erkent de risico’s van schaalvergroting, maar denkt dat die vermeden kunnen worden. Het probleem, volgens Van Dijen: “Als zorginstellingen in gesprek gaan over een fusie, wil men dat het ook tot een fusie komt. De meerwaarde wordt in kaart gebracht en er wordt een mooie nieuwe werkelijkheid geschetst. Alles is gericht op het ontwikkelen van draagvlak. Er is soms te weinig oog voor het in kaart brengen en managen van de risico’s. Na de fusie blijkt dan dat er teveel water bij de wijn is gedaan en dat verwachtingen niet uitkomen. Dat ligt ten grondslag aan het beeld dat de meeste fusies mislukken. Ook zijn de verwachtingen niet reëel. Het duurt zeker tien jaar voordat je de vruchten van een fusie kunt plukken.” Uiteindelijk heeft een grotere schaal meer voor- dan nadelen, denkt Van Dijen: “Het stelt je in staat om te specialiseren, je staf beter te ondersteunen en meer expertise binnen te halen op het vlak van bedrijfsvoering.”

Volgens Van Dijen is schaal niet het belangrijkste vraagstuk in de zorg: “Het gaat erom hoe je de zorgorganisatie inricht en aanpast aan de context. Een mammoet kan zich

gedragen als een gazelle en waar nodig maatwerk leveren. De vraag is hoe de mammoet functioneert. Is er voldoende zelfreinigend vermogen? Wat is de kwaliteit van bestuur en toezicht? Als een instelling groter wordt, moet het niveau van de bedrijfsvoering ook beter worden, op een niveau dat vergelijkbaar is met het bedrijfsleven. Dat is in de zorg niet altijd het geval. Er werken mensgerichte mensen die de waarde van systemen en technologieën soms minder goed kunnen inschatten. In het oude financieringssysteem waren klanten en budgetten redelijk zeker. Nu is dat anders. De adequaatheid van de bedrijfsvoering wordt steeds belangrijker. Je ziet vaak dat zorgbestuurders die complexiteit niet aankunnen.”

Waar zullen de schaalbeslissingen die nu worden genomen toe leiden? Hoe ziet ons zorglandschap er over

‘Een mammoet kan zich gedragen als een gazelle. De vraag is hoe de mammoet functioneert’

tien jaar uit? Jos Blank schetst een doemscenario in de ziekenhuiszorg: “Een beperkt aantal grote instellingen krijgt grote economische macht. Van concurrentie komt weinig terecht. Zorg wordt duurder en minder bereikbaar.”

Van Poucke is minder somber: “Door samenwerkingsverbanden ontstaan niet per se molochs. Als de huidige fusie- en samenwerkingsgolf achter de rug is, komen er meer samenwerkingsverbanden van ziekenhuizen met huisartsen en eerstelijns zorginstellingen. Parallel aan die ontwikkeling is er de opkomst van de nuldelijns zorg, waarbij mensen in hun eigen huis zorg krijgen aangeboden. De rol van het ziekenhuis in het zorglandschap wordt minder belangrijk. Liever een goed regionaal zorgnetwerk dan een groot ziekenhuis.” Ook Van Dijen is optimistisch: “Het zorglandschap was gestold, maar is nu weer volledig vloeibaar. Er is dynamiek op alle fronten. Het zal leiden tot een sector die beter en doelmatiger tegemoetkomt aan de zorgbehoefte.”

Jeroen Postma hoopt vooral op meer legitieme schaalbeslissingen. Hij verwacht dat de nieuwe, zorgspecifieke fusietoets die naar verwachting binnenkort wordt goedgekeurd door de Eerste Kamer, daaraan zal bijdragen. Straks worden fusies in de zorg niet meer alleen beoordeeld door de Autoriteit Consument & Markt (ACM), maar ook door de Nederlandse Zorg Autoriteit (NZa). Postma: “Daardoor zal bij de beoordeling van fusies naar meerdere waarden worden gekeken; ook de kwaliteit van de zorg.” ♦