

Verslag

Thematisch verslag van de discussiebijeenkomst van branche- en beroepsorganisaties over 'Schaal en zorg' op 15 april 2008

Aanwezig:

- Mevrouw mr. M.S.M.B. Beljaars, GGZ Nederland
- De heer prof. dr. J. van Dalen, NPCF
- De heer drs. L.A.C. Goemans, NVZ vereniging van ziekenhuizen
- De heer mr. drs. L. Hennink, Landelijke Huisartsen Vereniging
- De heer P.C.H.M. Holland, arts, KNMG
- De heer drs. M.W.L. Hoppenbrouwers, Zorgverzekeraars Nederland
- De heer J. de Jonge, Orde van Medisch Specialisten
- De heer drs. A. Koster, ActiZ
- De heer W. van Minnen, Coördinatieorgaan Samenwerkende Ouderenorganisaties
- Mevrouw drs. J.E.A.M. Nooren, Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland
- De heer drs. H.G. Ouwkerk, Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland

Namens de RVZ:

- Mevrouw mr. A.M. van Blerck-Woerdman, voorzitter
- de heer prof. dr. W. Groot
- de heer prof. drs. M.H. Meijerink
- de heer drs. P. Vos
- mevrouw mr. M.W. de Lint
- mevrouw drs. M.E.M. Huijben

1. Opening

De voorzitter van de bijeenkomst opent de bijeenkomst. Ze legt uit dat de discussie gaat over een concept van een advies van de RVZ over 'Schaal en zorg', dat aan alle aanwezigen is toegezonden. Ze geeft aan dat het gaat om een advies dat onderdeel is van het werkprogramma voor 2008 van de RVZ. De minister heeft in het debat in de Tweede Kamer tijdens de behandeling van de VWS-begroting toegezegd in de eerste helft van 2008 met een brief over het onderwerp 'schaalgrootte en de publieke belangen in de zorg' te komen. Daarom is de RVZ gevraagd om over dit thema met voorrang te adviseren. In drie maanden tijd heeft de RVZ achtergrondstudies uitgezet, gesproken met belangrijke veldorganisaties en enkele discussiebijeenkomsten georganiseerd.

2. Toelichting

De algemeen secretaris van de RVZ geeft een korte samenvatting van het voorliggende conceptadvies aan de hand van een hand-out.

- Het advies heeft uitsluitend betrekking op zorgaanbieders. Hij beschrijft de negen uitgangspunten die aan het advies ten grondslag liggen:

- De spreiding van voorzieningen is in Nederland goed; de bereikbaarheid in termen van reisafstand is geen probleem.
- De relatie tussen schaal van zorginstellingen enerzijds en publieke belangen anderzijds is complex.
- De begrippen 'schaal' en 'fusie' zijn achterhaald in het licht van de ontwikkelingen op het terrein van e-health.
- Als er een keuze tussen publieke belangen gemaakt moet worden, dan gaat kwaliteit boven bereikbaarheid.
- Leefbaarheid en daaraan gelieerde zaken behoren niet tot het takenpakket van de minister van VWS.
- Schaalbeslissingen zijn niet de verantwoordelijkheid van de overheid maar van het veld (raad van bestuur/raad van toezicht).
- Als er problemen ontstaan door schaalvergroting dan is dat het gevolg van een tekort aan countervailing powers. De remedie is dan meer marktwerking.
- Het is belangrijk de overheidstaak scherper af te bakenen.
- Er is in de zorgsector voorzien in een adequaat toezicht, maar er zijn wel enkele aandachtspunten.

Aanbevelingen zijn, dat de minister geen aparte fusietoets voor de zorgsector moet invoeren en geen steunmaatregelen moet nemen om de bestaande infrastructuur in stand te houden. In het conceptadvies wordt de minister aangeraden wel de acute zorg als overheidsgereguleerde basiszorg te regelen, kwaliteitsnormen robuust te regelen, kleinschaligheid te bevorderen, beschermingsconstructies af te schaffen, en marktwerking te stimuleren.

3. Discussie

Vervolgens geeft de voorzitter iedereen de gelegenheid om individueel hun opvattingen over schaalvergroting in de gezondheidszorg en het conceptadvies naar voren te brengen. Daarna volgt een plenaire discussie over enkele kernthema's. De aanwezigen zijn over het algemeen positief over het conceptadvies. Ze brengen de volgende punten onder de aandacht:

In de discussie over organisatie van de zorg gaat het over de distributie van hoogwaardige zorg en dienstverlening. Dit speelt ook in andere sectoren dan de zorgsector. Er is sprake van een spagaat. Enerzijds is concentratie van zorg uit kwaliteitsoverwegingen onvermijdelijk; kennis en deskundigheid zijn daarbij bepalend. Anderzijds is het de bedoeling dat er meer marktwerking komt, dat wil zeggen meer zorgaanbieders en meer kleinschalige initiatieven, dicht bij huis. Er moeten keuzes worden gemaakt zodat duidelijk wordt welke zorg in instellingen beschikbaar moet zijn en welke zorg dicht bij huis kleinschalig aangeboden kan worden. De beschikbaarheid is daarbij een belangrijk thema. Bij keuzes met betrekking tot toppreferentie of specialistische zorg zijn de kwaliteitsoverwegingen doorslaggevend.

Bereikbaarheid kan worden gezien als een aspect van kwaliteit en staat er niet tegenover. Het is niet alleen van belang bij de acute zorg maar ook in de chronische zorg. Vooral bij kortdurend verblijf in een instelling en begeleiding of nazorg na afloop is de bereikbaarheid of het aanbod dicht bij huis van groot belang. Verder bieden ook ICT en e-health mogelijkheden om het aanbod te verbeteren en de bereikbaarheid te vergroten.

Daarnaast kan samenwerking tussen instellingen helpen om de bereikbaarheid te vergroten. Een voordeel van grote instellingen is dat zij mogelijkheden hebben om creatief zorg aan te bieden en innovaties door te voeren.

In de discussie over schaal wordt nog steeds uitgegaan van een aanbodgerichte visie. De overheid heeft hierin een belangrijke rol en de ruimte voor marktpartijen is nog beperkt. Ook het conceptadvies lijkt vanuit de aanbieder te redeneren. Het zou beter zijn als de markt centraal zou staan.

Onvoldoende aandacht wordt besteed aan de vraag of schaalgrootte invloed heeft op de kwaliteit van de zorg voor de consument en de positie van de consument als marktpartij. Zo is onduidelijk wat de toegevoegde waarde voor de consument is van de fusies die in de afgelopen jaren hebben plaatsgevonden. Je zou als voorwaarde voor schaalvergroting bijvoorbeeld kunnen opnemen dat kwaliteitsmeting op een laag niveau in de organisatie moet plaatsvinden. Patiënten hebben nu nog weinig zicht op de intrinsieke kwaliteit van de zorg.

Voor de rol van de consument is ook de keuzevrijheid van de zorgconsument een belangrijk criterium in de discussie over schaal. De discussie wordt veelal gevoerd vanuit het grootstedelijk perspectief waar consumenten meer keuzemogelijkheden hebben dan op het platteland. Geconstateerd wordt dat het nog niet duidelijk is hoe de consument zorg kiest en wat hij belangrijk vindt. De zorgverzekeraar heeft in ieder geval invloed op de keuzes van consumenten; sommige goedkope polissen beperken de bereikbaarheid van zorg. Verder is duidelijk dat een keuze voor een aanbieder vaak voor langere tijd wordt gemaakt: bijvoorbeeld ouderen, chronisch zieken of gehandicapten wisselen niet graag van zorgaanbieder. Grootschaligheid zorgt dus voor continuïteit maar eventueel ook voor minder keuzemogelijkheden. Voorkomen moet worden dat wonen en zorg worden vervlochten en keuzemogelijkheden verloren gaan.

Verskillende aanwezigen vinden dat in het concept de nadruk ligt op de cure en dat de AWBZ gefinancierde zorg te weinig wordt belicht. De care, de zorg die publiek gefinancierd wordt via de AWBZ, is niet onderhevig aan marktwerking. Hier gelden andere uitgangspunten dan in de marktgerichte cure die wordt betaald uit premies op basis van de Zorgverzekeringswet. De AWBZ-zorg is divers. Het gaat niet alleen om intramurale maar ook om extramurale zorg en allerlei varianten daartussen. De definities die in het concept advies worden gebruikt, wijzen op de cure: zo wordt bereikbaarheid gedefinieerd aan de hand van reisafstand van de consument naar de aanbieder, maar in de zorg aan huis gaat het ook om de reisafstand die de aanbieder moet afleggen naar de consument.

De keuze om in het advies uit te gaan van zorgsegmenten die sectordoorsnijdend zijn is soms handig, maar niet altijd. De gekozen segmentering kan helpen om de open einden van het nieuwe zorgstelsel in te vullen. Maar soms kunnen segmenten door elkaar lopen. De bestaande indeling van de zorg sluit niet meer aan bij de vraag van de consument met name als het gaat om comorbiditeit en complexe zorg. Zo zijn in de GGZ en AWBZ acute zorg en eerstelijnszorg niet altijd te scheiden. Onderkend wordt op dit punt dat er in de cure een verschuiving van taken plaatsvindt van de eerstelijns naar de tweedelijns en omgekeerd.

In het advies zou meer aandacht kunnen worden besteed aan de effecten van regulering bijvoorbeeld voor de AWBZ-zorg. Daardoor is de toetreding van nieuwe instellingen tot AWBZ gefinancierde zorg laagdrempelig; daardoor zijn er naast de grootschalige organisaties in de AWBZ-zorg recent ook veel kleinschalige instellingen ontstaan en nemen de keuzemogelijkheden in de AWBZ toe. Door het streven naar doelmatigheid op basis van nieuwe prikkels ontstaat ook in de cure een trend naar meer zbc's en dus kleinschaligheid.

De door de Tweede Kamer gevoerde discussie over de effecten van fusies is een voorbeeld van incidentgerichte politiek; snelle advisering en besluitvorming over overheidsingrijpen bij fusies is echter door de eerdere keuzes voor marktwerking uit handen gegeven.

In dit advies ligt eigenlijk de vraag voor of je vindt dat bij het huidige sturingsparadigma de overheid de mogelijkheid zou moeten hebben om in te grijpen bij fusies. Uit het advies en de achtergrondstudies blijkt dat het effect van schaalgrootte niet duidelijk is. Zo is onduidelijk wat de toegevoegde waarde is van de fusies van de afgelopen jaren. Soms kan grootschaligheid leiden tot kleinschalige initiatieven dicht bij de consument. Vraag is welke instrumenten je in kunt zetten om (kleinschalige) zorg bij mensen thuis aan te bieden.

Uit onderzoek van Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland blijkt, dat de NMa geen instrumentarium heeft om na te gaan of fusie voordelen heeft voor de zorg. Hoewel het instrumentarium van de NMa wat grof is en zij geneigd is meer naar economische aspecten en minder naar kwaliteit te kijken dan gewenst, is een aparte fusietoets via de NZa ongewenst. Er moet een balans zijn tussen toezicht en vertrouwen. Naast een fusietoets zijn er overigens nog andere instrumenten die kunnen worden overwogen om de overheid de mogelijkheid te geven om in te grijpen bij fusie. Aanpassing van de Mededingingswet voor de zorg is een optie, maar blijkt lastig omdat deze wet moet passen binnen het Europese recht. Er ontstaat discussie over de wijze waarop de NMa de relevante markt afbakent. De NMa hanteert geen stringent anti-kartelbeleid met eenduidige criteria en kijkt weinig naar de gevolgen van veranderingen in concurrentieverhoudingen op de langere termijn. De vraag rijst dan of ze haar rol voldoende vervult.

Een andere optie is aanpassing van de Wet marktordening gezondheidszorg. Dit is echter niet logisch omdat onduidelijk is welke effecten fusies hebben op de publieke belangen. De NZa heeft op basis van de huidige wet mogelijkheden om in te grijpen als organisaties misbruik maken van hun marktmacht; ze kan geen eisen stellen aan de wijze waarop organisaties hun bedrijfsvoering regelen.

De overheid zou haar ingrijpen bij fusies dan alleen kunnen baseren op beleidsregels in het kader van de Wet toelating zorginstellingen. Het is echter de bedoeling om deze wet te integreren in de nieuw te maken wet Cliënt en Kwaliteit. Gesuggereerd wordt verder een algemeen wettelijk kader voor kwaliteit van zorg in het leven te roepen.

De overheid staat voor borging van publieke belangen. Als marktwerking betekent dat deze op enig moment worden geschaad kan de overheid eisen stellen en extra middelen inzetten om de publieke belangen te borgen. Het is daarbij belangrijk om de verantwoordelijkheden van de overheid scherp te definiëren. Bij het vinden van oplossingen wordt te vaak uitgegaan van het bestaande kader en te weinig gekeken naar de rol van de consumenten. Binnen de publieke randvoorwaarden kan de marktwerking zijn gang gaan. Bij de toetsing van fusies zou meer nadruk moeten worden gelegd op inhoudelijke aspecten dan op de formele. De NZa zou - in samenwerking met IGZ - hier een rol in kunnen hebben.