

ESSAY

OMGAAN MET MEER- SCHALIG- HEID

Nederlandse zorginstellingen fuseren maar door – al dan niet bewust gestimuleerd door een verwarring zaaiende overheid. Maar fusies lossen hun belofte bijna nooit in. Een pleidooi voor een alternatieve aanpak.

tekst Wilfrid Opheij

H

OE KOMT HET TOCH DAT UIT INTERNATIONALE studies blijkt dat de optimale schaal voor ziekenhuizen rond de 300 bedden ligt en dat heel veel mensen met ervaring in de Nederlandse zorg dat te klein vinden? ^{1,2} Er wordt maar doorgefuseerd. De grootste is nog niet groot genoeg, zo blijkt. De bestuurders van twee van de grootste zorginstellingen van Nederland (samen €1,6 miljard euro omzet, 15.000 medewerkers die jaarlijks ca. 500.000 patiënten behandelen en die samen ruim 5.000 geneeskundestudenten opleiden) beargumenteerden in maart 2013 hun bestuurlijke fusie onder andere met "...op sommige onderdelen een enorme kwaliteits-sprong maken" ³. Als de allergrootste zorginstellingen al een fusie nodig hebben om de kwaliteit van zorg te

garanderen, wat betekent dat dan voor de anderen?

Fuseren! Een herkenbaar fenomeen voor professor Hans Schenk, die zo'n 25.000 bedrijfsleven-fusies analyseerde en keek of de verwachte voordelen gerealiseerd worden. Volgens Schenk slaagt 15 procent ervan, 15 procent wordt een ramp en 70 procent ervan mislukt 'gewoon'. Niet meedoen leidt volgens hem overigens uiteindelijk tot meer spijt dan wel meedoen.

Vrijdag 2 november 2012 was wat dat betreft een bijzondere dag. Op één dag keurde de Autoriteit Consument & Markt (ACM) drie fusiebesluiten goed, namelijk ziekenhuisfusies in Zuid-Limburg, Tilburg en Haarlem/Hoofddorp. En daarna volgde nog een reeks. Maar ook maatschappijen fuseren en gaan steeds meer regionaal samenwerken. In de eerste lijn vindt schaalvergroting door fusies plaats. In de VVT, de GGZ. Overal, zelfs bij de toezichthouders zelf.

IN MIJN GESPREKKEN AAN DE BESTUURSTAFELS MERK IK DAT KIEZEN VOOR FUSIE IN zekere zin ook een 'makkelijke' keuze is: je hoeft je dan geen zorgen meer te maken over 'te klein zijn'. Als je bij de ACM goedkeuring krijgt, mag je daarna binnen het concern alles samen doen wat je maar wilt, terwijl je bij andere vormen van samenwerking voortdurend de zorg hebt of het wel mag (kartelverbod, art. 6 Mededingingswet). Een gefuseerde organisatie met één raad van bestuur is bestuurlijk gezien overzichtelijker. En je telt in één keer mee in het gesprek met de zorgverzekeraar.

Vanuit de overheid zien we veel retoriek over beperking van schaalvergroting en zelfs de roep om kleinschalige zorg in de buurt. Toch is juist de overheid in belangrijke mate mededader van al die grootschaligheid: ze creëert veel onduidelijkheid. Een voorbeeld: voor de AWBZ waren er al afspraken gemaakt over de toekomstige inkoop van AWBZ-zorg door zorgverzekeraars – een stimulator voor schaalvergroting. Vervolgens gaat inkoop van AWBZ-zorg opeens toch naar gemeentes. Gemeentes die dat voor een groot deel verschillend gaan invullen, waardoor zorgaanbieders juist weer kleinschalig moeten onderhandelen.

Ander voorbeeld: Als overheid zeggen dat je samenwerking stimuleert en in de praktijk vanuit de ACM, met haar strenge en harde imago in de zorg, keihard toetsen. Het geeft zorgbestuurders

een spookbeeld van jarenlange vervelende procedures, torenhoge boetes, persoonlijke aansprakelijkheid en imagoschade bij mogelijk ingrijpen van de ACM en maakt hen kopschuw.

Het geldt ook voor de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ), die grootschaligheid stimuleert in verband met vermeende kwaliteitswinst; het ministerie van VWS dat een systeem van onderhandelen creëert met prikkels tot onderhandelingsmacht; De Wmo aanbestedingssystematiek die bundeling van Wmo-aanbod ontlokt om risico's te spreiden.

Vanuit schaalperspectief levert het een spannende mix op: hoe meer onzekerheid en risico, hoe sneller mensen steun zoeken bij elkaar. Dat is een psychologisch fenomeen dat diep in het brein verankerd is. En bestuurders willen dat dan ook stevig regelen om de onzekerheid te reduceren. Wat is het gevolg? Juist: meer fusies. En daar helpen fusie-effectrapportages niet tegen. Die dwingen bestuurders alleen het verhaal in rationele termen nog beter te onderbouwen. En daar zijn ze kampioen in, want het is immers een kernelement van de bestuurderskunde.

OP IEDERE BESTUURSTAFEL IS HET EEN STEEDS TERUGKERENDE DISCUSSIE: HEBBEN WE de juiste schaal om goede kwaliteit te leveren, met een efficiënte bedrijfsvoering en een sterke positie? Zien onze financiers ons en zijn we een serieuze onderhandelingspartner?

Bij de zoektocht naar de goede schaal spelen veel invalshoeken een rol. Gaat het om de optimale schaal voor kwaliteit van zorg, vanuit kostenperspectief, voor aantrekkelijkheid voor professionals, voor bereikbaarheid, aandacht en overzichtelijkheid voor patiënten of cliënten? En is er vanuit instellingsperspectief wel 'één optimale schaal'? Voor de oncologie is hij anders dan voor KNO. Goede ICT-voorzieningen vragen een andere schaal dan inkoop of HR-ondersteuning. Ook in de eerste lijn zien we steeds grotere samenwerkingsverbanden in zorggroepen en (koepels van) gezondheidscentra. Ook weer gedreven door kwaliteit, bedrijfsvoering en positie.

Er zijn veel meningen, overtuigingen en drijfveren in relatie tot de optimale schaal. De ene bestuurlijke sleutelfiguur pleit voor grote schaal om kwaliteit te kunnen leveren ('kwaliteit vraagt om specialisatie, specialisatie vraagt om volume'), de ander voor kleinschaligheid vanuit patiëntenperspectief (de wijkverpleegkundige in de buurt die het samen met de huisarts regelt). En ook bestuurlijk zijn er grote verschillen: de ene bestuurder is 'liever een kleine baas dan een grote knecht' en kiest dus voor samenwerken in netwerken. De ander 'doet het liefste mee met de grote jongens'.

ER IS DUS NIET ÉÉN OPTIMALE SCHAALGROOTTE, AL KUN JE WEL ECHT TE KLEIN ZIJN IS altijd de vraag wat de zorg en de patiënt er beter van worden. Het vraagt altijd een goed afwegingsproces. Daarin spelen de gewenste positionering en portfolio een rol, moet je rekening houden met mededingingsaspecten en is er altijd sprake van een aantal schaalbepalende factoren dat steeds weer, maar in ieder sector net anders, terugkomt:

- Problemen in **uitvoering operationeel proces** (kwaliteit, faciliteiten, diensten, continuïteit)
- Voldoende **volume** om de **kwaliteit** te kunnen leveren ('kwaliteit vraagt om specialisatie, specialisatie vraagt om volume'; 'makkelijk' met portfolio's over locaties te schuiven om op onderdelen te voldoen aan kwaliteits- en doelmatigheidseisen)
- (On)voldoende middelen voor **innovatie** (bijvoorbeeld investering in ICT)

- Te hoge **kosten per eenheid** (omdat je hoge vaste kosten hebt die je moet dekken)
- **Aantrekkelijkheid** voor professionals (en bestuurders)
- Zichtbaarheid voor en **beïnvloedingsmogelijkheden** van derden, oftewel **macht** (t.o.v. collega's, gemeenten, zorgverzekeraars, politiek, ...)
- **'Stafcapaciteit'** om aan omgevingseisen te voldoen (certificering, 'lijstjes invullen', veiligheid)

Het is een afwegingsproces dat altijd bestuurlijk is, maar dat ook om een goed proces vraagt met stakeholders. Vraag is: welke middelen, kennis, competenties en relaties heb je nodig en hoe regel je dat? Er zijn veel bewezen samenwerkingsvormen waarmee je dit kunt regelen, die voldoen in specifieke situaties: samenwerken in een inkoopcombinatie, de coöperatie, het delen van faciliteiten en specialisten, strategische, een goed contract. Ook ICT kan faciliteren bij het op afstand samenwerken, zonder dat fusie nodig is.

Ja, het klopt, bestuurlijk kan samenwerking complexer zijn omdat er niet één machtscentrum is. Partijen die samenwerken moeten altijd een deel van hun autonomie opgeven in het vertrouwen dat ze er meer voor terugkrijgen. Dát is juist de essentie van samenwerking. Als je er als partijen achter komt dat het absoluut noodzakelijk is om op een breed terrein intensief samen te werken, dan is fusie een serieus te onderzoeken mogelijkheid; waarbij er vele varianten zijn, van 'licht' (holding) tot 'zwaar' (operationele integratie). In alle andere gevallen daarentegen is het vaak verstandiger het precisie-instrument van de samenwerking te gebruiken. Het vraagt een goede samenwerkingsstrategie, zijnde een goed inzicht van je positie in het netwerk, heldere samenwerkingsdoelen, goede partnerkeuzes, weten hoe je het aanpakt en het goed managen van de samenwerkingsportfolio. Niet makkelijk, maar gelukkig valt het wel heel goed te leren.

DE ECHT INGEWIKKELDE VRAAGSTUKKEN VAN DEZE TIJD KAN GEEN ENKELE organisatie alleen oplossen. Dat weten we allemaal. Het gaat voor het toevoegen van waarde voor patiënten steeds minder om het bezitten van middelen (en dus schaal), maar meer om aandacht, competenties, kennis, relaties, afstemming. Er kunnen redenen zijn om te fuseren, maar de samenwerkingsvraag blijft ook na een fusie altijd actueel. Samenwerking tussen verschillende aanbieders in eerste lijn, tweede lijn, tussen huisartsen, wijkverpleegkundigen, specialisten, samenwerking in de wijk, samenwerking met gemeentes, maar bovenal samenwerking met patiënten en cliënten en hun vertegenwoordigers. Er ging en gaat veel discussie over concentratie, maar de echt ingewikkelde vraag is spreiding: hoe doen we dat in samenwerking?

Er is geen optimale schaal. Er is altijd per definitie sprake van meerschalligheid. En bestuur en toezicht moeten die meerschalligheid leren hanteren. Hoe groter ze zijn, des te moeilijker partijen dat samenwerken vinden, zo leert de ervaring. De bestuurlijke opgave is om goede keuzes te maken over schaal en samenwerking en zo nodig kan dat een fusie betekenen. Maar dat betekent altijd óók samenwerken. Dat 'dansen tussen schalen' is de opdracht waar bestuurders en toezichthouders voor staan. ♦

Dr. Wilfrid Opheij werkt als bestuursadviseur bij Twynstra Gudde. Hij is gespecialiseerd in samenwerking tussen organisaties en promoveerde op de rol van bestuurders daarbij. Zijn laatste boek, dat hij samen met Edwin Kaats schreef, werd managementboek van het jaar 2013.

Er ging en gaat veel discussie over concentratie, maar de echt ingewikkelde vraag is spreiding: hoe doen we dat in samenwerking?