

# **Schaal op maat**

## **Essays**

### **over schaalvergroting in zorg en onderwijs**

Editor: Jos L.T. Blank

Met bijdragen van:

Jos Blank  
Peter Bogetoft  
Carla Haelermans  
Kete Kervezee  
Patrick Koot  
Rien Meijerink  
Gertjan van Midden  
Misja Mikkers  
Paul Schnabel  
Jan Schnerr  
Mike Smet  
Peter Smets

Copyright Shaker Publishing 2009

Alle rechten voorbehouden. Niets van deze uitgave mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm, zonder schriftelijke toestemming van de uitgever.

ISBN 978-90-423-0363-8

Shaker Publishing B.V.  
St. Maartenslaan 26  
6221 AX Maastricht  
tel.: 043 - 3500424  
fax: 043 - 3255090  
<http://www.shaker.nl>





## Inhoudsopgave

|                                                                                                       |     |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Voorwoord                                                                                             | 7   |
| 1    Schaalvergroting in historisch perspectief<br><i>Jos Blank, Patrick Koot en Carla Haelermans</i> | 9   |
| 2    Schaal en zorg<br><i>Rien Meijerink</i>                                                          | 19  |
| 3    Op grote schaal kleinschalig of op kleine schaal grootschalig?<br><i>Paul Schnabel</i>           | 29  |
| 4    Schaalvergroting in het Vlaams onderwijs?<br><i>Mike Smet</i>                                    | 37  |
| 5    Schaalgrootte in het onderwijs<br><i>Peter Smets</i>                                             | 51  |
| 6    De voordelen en nadelen van fusies tussen ziekenhuizen<br><i>Peter Bogetoft en Misja Mikkers</i> | 63  |
| 7    Schaalvergroting in het Nederlandse basisonderwijs<br><i>Kete Kervezee en GertJan van Midden</i> | 79  |
| 8    Ontwikkelingen in het aanbod van ziekenhuiszorg<br><i>Jan Schnerr</i>                            | 89  |
| 9    Slotbeschouwing<br><i>Jos Blank</i>                                                              | 105 |
| Over de auteurs                                                                                       | 115 |
| Register van onderwerpen                                                                              | 117 |
| Register van auteurs                                                                                  | 119 |
| Referentielijst                                                                                       | 121 |



## Voorwoord

Schaalvergroting in de publieke sector staat volop in de belangstelling. Politici en beleidsmakers uiten hun zorg over de in hun ogen te ver doorgeschoten schaalvergroting in bijvoorbeeld onderwijs- en zorginstellingen. Verminderde kwaliteit, bereikbaarheid en doelmatigheid van voorzieningen zouden het gevolg zijn. In de zomer van 2008 publiceerde de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg het rapport *Schaal en zorg* (RVZ 2008) over dit onderwerp. In het najaar van 2008 verscheen een vergelijkbaar document, *De bestuurlijke ontwikkeling van het Nederlandse onderwijs*, van de Onderwijsraad over het onderwijs. Zijn de geuite zorgen terecht, is schaalvergroting onvermijdelijk, en moet de overheid een instrument hebben om fusies tegen te houden, zijn een paar voorbeelden van vragen in dit debat. Dit boek bevat een aantal essays dat op deze vragen ingaat. De essays zijn geschreven door zeer vooraanstaande onafhankelijke adviseurs van het kabinet en gerenommeerde onderzoekers op dit terrein. Zij proberen de verschillende aspecten van schaalvergroting in beeld te brengen, de nuance aan te brengen in de discussie en oplossingen aan te dragen voor gesignaleerde problemen.

Aan dit boek werkten mee: prof. R. Meijerink (Raad voor de Volksgezondheid en Zorg), prof. dr. P. Schnabel (Sociaal en Cultureel Planbureau), dr. M. Smet (Universiteit van Antwerpen), ir. P. Smets (consultant), prof. P. Bogetoft (Universiteit Kopenhagen), dr. M. Mikkers RA (Nederlandse Zorgautoriteit), G.J. van Midden (Raad voor het Primair Onderwijs), mr. K. Kervezee (Raad voor het Primair Onderwijs) en drs J. Schnerr (Hofpoort ziekenhuis en Samenwerkende Algemene Ziekenhuizen). Graag wil ik hen danken voor hun interessante en gevarieerde bijdragen aan dit boek. Van de zijde van IPSE Studies (TU Delft) schreven Patrick Koot, Carla Haelermans en ondergetekende de in- en uitleidende hoofdstukken. In het bijzonder wil ik Carla Haelermans bedanken voor haar assistentie bij het redactiewerk.

April 2009  
Jos Blank

Directeur Instituut voor Publieke Sector Efficiëntie Studies  
Faculteit Techniek, Bestuur en Management  
Technische Universiteit Delft



# 1 Schaalvergroting in historisch perspectief

Jos Blank, Patrick Koot en Carla Haelermans<sup>1</sup>

## 1.1 Inleiding

De afgelopen decennia is sprake geweest van aanzienlijke schaalvergroting in het aanbod van publieke voorzieningen. Met name in de zorg en het onderwijs is de schaal van instellingen fors toegenomen. De mogelijke gevolgen hiervan voor de kwaliteit, de bereikbaarheid en de doelmatigheid van de dienstverlening zijn niet altijd even duidelijk.

De vergaande schaalvergroting in de zorg en het onderwijs heeft bij de Tweede Kamer al tot de nodige ongerustheid geleid. In twee moties (Tweede Kamer 2007a; Tweede Kamer 2007b) heeft de Tweede Kamer de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) gevraagd om een adequaat toetsingskader voor fusies in de zorg, waarin ook het belang van bereikbaarheid, diversiteit, kwaliteit en keuzevrijheid een rol speelt. Hetzelfde geldt voor het onderwijs. Ook hier heeft de Tweede Kamer in een motie gevraagd om de mogelijkheid van een fusietoets te onderzoeken (Tweede Kamer 2008). Er is in de politieke en publieke opinie sprake van een algemene ongerustheid over het overschrijden van de menselijke maat in de publieke dienstverlening met alle gevolgen van dien.

Overigens is deze ongerustheid niet alleen nu een issue, ook al eerder gaven organisaties, zoals de Samenwerking van Algemene Ziekenhuizen (Medilex 2001; Meloen et al. 2000), aan grote zorgen te hebben over de schaalvergroting in de ziekenhuissector. Ook in het onderwijs wordt al jaren gewezen op de excessieve schaal van scholen in bijvoorbeeld het middelbaar beroepsonderwijs (CBS 2007: 48-49).

Naar aanleiding van de eerdergenoemde Kamervragen heeft de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ) een advies uitgebracht over de genoemde problematiek (Blank et al. 2008; RVZ 2008). Het advies leidde tot een aantal kritische reacties, die een duidelijke indicatie geven van het belang dat vele betrokkenen aan het onderwerp hechten. Precies hetzelfde traject is gevolgd voor het onderwijs. De Onderwijsraad heeft in het najaar van 2008 een advies uitgebracht, waarin vooral de bestuurlijke schaalvergroting in het onderwijs centraal staat (Onderwijsraad 2008).

---

<sup>1</sup> Auteurs zijn allen verbonden aan het Instituut voor Publieke Sector Efficiëntie Studies, faculteit Techniek, Bestuur en Management van de TU Delft.

### **RVZ-advies** *Schaal en zorg*

In mei 2008 verschijnt het RVZ-advies *Schaal en zorg*. De RVZ constateert dat de bereikbaarheid van zorgvoorzieningen nauwelijks geleden heeft onder de schaalvergroting. Weliswaar heeft schaalvergroting geleid tot minder juridische entiteiten, maar niet tot minder locaties. Voorts is van sommige voorzieningen de dichtheid zo groot dat een vermindering van het aantal instellingen de bereikbaarheid nauwelijks beïnvloedt. Verder wijst het RVZ-advies op het feit dat bij acute zorg de organisatie en uitrusting van ambulances veel belangrijker zijn dan de bereikbaarheid van ziekenhuizen.

Over schaal en kwaliteit merkt de RVZ op dat het voor hoog complexe zorg noodzakelijk is om tot een concentratie van kennis en infrastructuur te komen en dat de schaal van behandelingen belangrijk kan zijn voor de effectiviteit ervan. Dit is overigens geen pleidooi voor schaalvergroting.

Doelmatigheid is geen argument voor heel grote ziekenhuizen, zo blijkt uit internationaal onderzoek.

Verder adviseert de RVZ geen aparte fusietoets in te voeren in de zorg. Deze taak heeft de NMa al op grond van mededingingswetgeving. Een aparte fusietoets is niet logisch consistent.

### **Onderwijsraad-advies** *De bestuurlijke ontwikkeling van het Nederlandse onderwijs*

In november 2008 verschijnt van de Onderwijsraad het advies *De bestuurlijke ontwikkeling van het Nederlandse onderwijs*. In het advies wijst de Onderwijsraad op belangrijke risico's van fusietrajecten, zoals op het gebied van keuzevrijheid en legitimatie. De raad constateert dat fusies kunnen leiden tot monopolievorming en dat de variëteit van bestuursvormen afneemt. Daarnaast kan schaalvergroting leiden tot geringere betrokkenheid van ouders en de regionale maatschappij. De Onderwijsraad stelt vast dat er een adequaat instrumentarium nodig is voor de overheid om te kunnen optreden.

De Onderwijsraad doet een aantal voorstellen in het advies. Allereerst het invoeren van een fusietoets, met als componenten een toetsingsdrempel, een variëteittoets en een fusie-effectrapportage. Verder stelt de raad voor, het naast elkaar tot bloei komen van voorzieningen voor openbaar en bijzonder onderwijs te stimuleren.

Ook wordt voorgesteld de mogelijkheden voor ouders te verruimen om zelf een school te stichten, of delen te verzelfstandigen.

Als laatste stelt de Onderwijsraad voor dat instellingen zelf aan een strategie gaan werken om de inhoudelijke legitimatie te versterken en dat de overheid gaat werken aan het versterken van de procedurele legitimatie. Dit alles dient gepaard te gaan met een vermindering van regelgeving en toezicht.

Uit de reacties en standpunten is overigens af te leiden dat betrokkenen niet altijd dezelfde concepten en begrippen hanteren en dat soms ook relevante informatie en kennis ontbreken over het onderwerp. Om de discussie enigszins te stroomlijnen, is het goed om de verschillende aspecten van schaal en schaalvergroting op een rij te zetten. Dit hoofdstuk geeft hiervan een korte inventarisatie en presenteert ook een aantal cijfers van de feitelijke ontwikkelingen in de schaal van de afgelopen decennia. Paragraaf 1.2 inventariseert de belangrijkste vragen over schaalvergroting. De cijfers over zorg en onderwijs komen in paragraaf 1.3 en 1.4 aan bod. Paragraaf 1.5 bevat een leeswijzer voor de rest van het boek.

## **1.2 Vragen over schaalvergroting**

De problematiek rond schaalvergroting kent vele dimensies. Zo wordt in discussies dikwijls verwezen naar de gevolgen van schaalvergroting voor de bereikbaarheid, de doelmatigheid en de kwaliteit.

De bereikbaarheid heeft betrekking op de afstand af te leggen door burgers naar een voorziening. Een grote afstand tot een voorziening kan leiden tot gevaarlijke situaties (bijvoorbeeld bij spoedeisende hulp) of hoge reiskosten. De hoge reiskosten kunnen vooral in het basisonderwijs een belangrijke rol spelen, omdat ouders gedwongen worden hun kinderen altijd met de auto of het openbaar vervoer weg te brengen, in plaats van de kinderen zelf lopend of met de fiets naar school te laten gaan.

Doelmatigheid hangt samen met het economische begrip ‘economies of scale’. Dikwijls is de veronderstelling dat grote instellingen van allerlei schaalvoordelen kunnen profiteren en dus tegen lagere kosten dezelfde prestaties kunnen leveren. Critici wijzen echter op het gevaar van bureaucratisering en een gebrek aan samenhang (bijvoorbeeld de zorg voor materialen en uitrusting), die juist tot extra kosten kunnen leiden.

Schaalgrootte kan ook samenhangen met kwaliteit, bijvoorbeeld doordat in grote instellingen betere apparatuur voor handen is en het personeel zich kan specialiseren. Ook hier zeggen de critici dat juist grote instellingen leiden tot minder aandacht voor gebruikers, minder sociale controle en een gebrek aan identificatie, die de prestaties negatief beïnvloeden.

Naast deze belangrijke trits heeft schaalvergroting te maken met het uitoefenen van bestuurlijke en economische macht. Grote instellingen kunnen een sterkere vuist maken tegen zorgverzekeraars, tegen patiënten/leerlingen en tegen andere actoren zoals overheden. Soms is dit wenselijk, soms ook helemaal niet.

Uit het voorgaande rijzen vele vragen. Welke hypothesen zijn juist, welke niet of zijn ‘half juist’? Is er sprake van tegenstellingen tussen de verschillende aspecten of misschien eerder van schijntegenstellingen? Welke verschillen bestaan er tussen voorzieningen en moet per voorziening en per situatie een afzonderlijke beoordeling worden gemaakt?

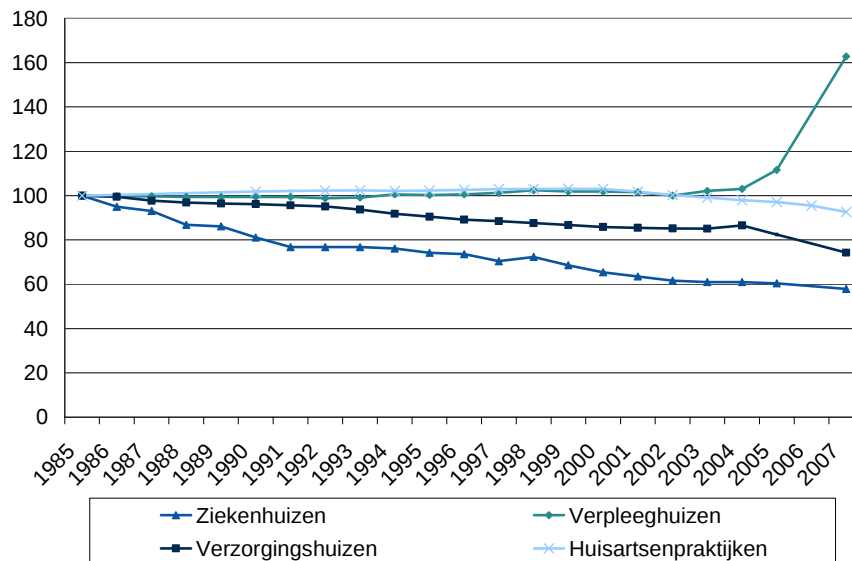
Vanuit beleidsoogpunt doemt nog een aantal andere vragen op. Welke argumenten worden genoemd bij schaalvergrotingsoperaties en zijn deze achteraf valide gebleken? Als er geen expliciet beleid is gevoerd, bevat het systeem dan misschien toch prikkels tot schaalvergroting?

Het onderwerp kent dus een grote mate van complexiteit. Om enig inzicht in die complexiteit te krijgen, bevat dit boek een aantal bijdragen die ieder op zichzelf aan een ander aspect raken. Het is geenszins de bedoeling een volledige uiteenzetting te geven over alle aspecten van schaalvergroting. Evenmin is het de bedoeling te komen tot een aantal heldere beleidsadviezen. Wel tracht het boek bij te dragen aan de nuancering van een aantal beelden over schaalvergroting en een impuls te geven aan verder onderzoek en discussie over het onderwerp.

### ***1.3 Trends in de schaal van zorg***

Figuur 1-1 geeft de ontwikkeling weer van het aantal (algemene en academische) ziekenhuizen, verpleeghuizen, verzorgingshuizen en huisartsenpraktijken in de periode 1985-2007. De ontwikkeling wordt weergegeven aan de hand van indexcijfers met 1985 als basisjaar. Een indexcijfer van 90 betekent dat het aantal instellingen ten opzichte van het basisjaar met 10 procent is gedaald. De absolute aantallen instellingen in 2007 staan in het kader onder de figuur vermeld.

**Figuur 1-1 Aantal instellingen voor verschillende zorgvoorzieningen, 1985-2007 (indexcijfers: 1985 = 100)**



Aantal instellingen in 1985:

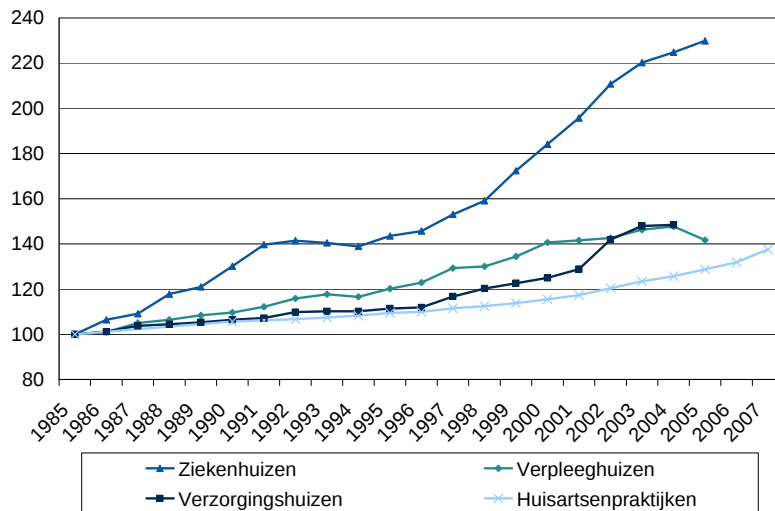
ziekenhuizen: 159    verpleeghuizen: 328    verzorgingshuizen: 1.575    huisartsenpraktijken: 4.667

Bron: CBS Statline; CBZ (2002); NIVEL (2007); NZi (1989, 1993 en 1998); RIVM (bewerking IPSE Studies)

Uit figuur 1-1 blijkt dat het aantal instellingen in de ziekenhuiszorg met meer dan 40 procent is afgenomen in de periode 1985-2007. Deze afname is vooral toe te schrijven aan een afname in het aantal algemene ziekenhuizen. Het aantal academische ziekenhuizen bleef vrijwel gelijk. Uit onderzoek van Blank et al. (2008) blijkt overigens dat het aantal ziekenhuislocaties niet is afgenomen, maar zelfs iets is toegenomen. Dit is vooral toe te schrijven aan een toename van het aantal buitenpoliklinieken. Verder blijkt uit figuur 1-1 dat het aantal verzorgingshuizen en huisartsenpraktijken is afgenomen de afgelopen twintig jaar. In de huisartsenzorg is een afname in het aantal solopraktijken te constateren ten gunste van duo- en groepspraktijken. Het aantal verpleeghuizen bleef tot en met 2002 ongeveer gelijk, maar de laatste jaren is er een aanzienlijke toename te constateren. Veel verzorgingshuizen zijn verpleeghuiszorg gaan aanbieden.

Figuur 1-2 geeft de gemiddelde schaalgrootte weer van (algemene en academische) ziekenhuizen, verpleeghuizen, verzorgingshuizen en huisartsenpraktijken in de periode 1985-2007. Schaalgrootte wordt hier gedefinieerd als het gemiddeld aantal voltijdbanen per instelling. Ook in deze figuur worden de cijfers gepresenteerd in indexcijfers met als basisjaar 1985. Een indexcijfer van 150 betekent dat de gemiddelde schaalgrootte met 50 procent is gegroeid ten opzichte van het basisjaar. De absolute gemiddelde schaalgrootte in 2007 is weergegeven in het kader onder de figuur. Door voltijdbanen als indicator te hanteren is het mogelijk om de verschillende zorgvoorzieningen onderling met elkaar te vergelijken. Voor de huisartsenpraktijken heeft de schaalgrootte alleen betrekking op huisartsen en niet op het ondersteunende personeel, zoals assistenten.

**Figuur 1-2 Gemiddelde instellingsgrootte zorgvoorzieningen, 1985-2007 (indexcijfers: 1985 = 100)**



Aantal FTE's per instelling in 1985:

ziekenhuizen: 767

verpleeghuizen: 163

verzorgingshuizen: 33

huisartsenpraktijken: 1,12

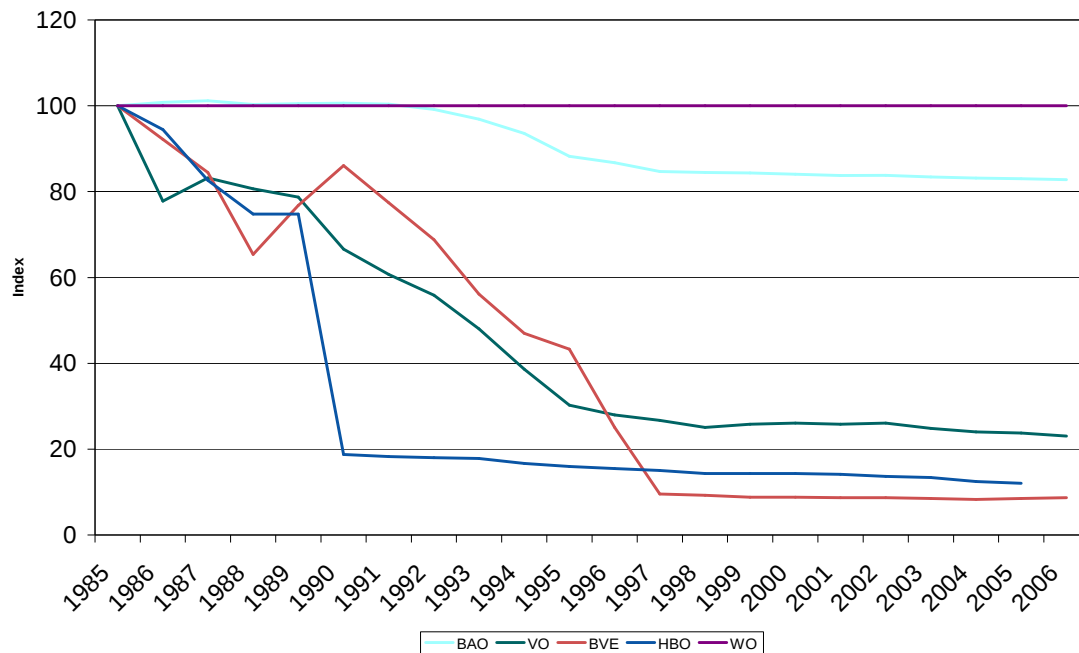
Bron: CBS Statline; CBZ (2002); NIVEL (2007); NZi (1989, 1993 1998); RIVM. (bewerking IPSE Studies)

Uit figuur 1-2 blijkt dat de gemiddelde schaalgrootte van ziekenhuizen de afgelopen twintig jaar het sterkst is toegenomen. De toename is hier meer dan 120 procent. De gemiddelde schaalgrootte van verpleeghuiszorg is toegenomen met iets meer dan 40 procent. In de verzorgingshuiszorg is de schaalgrootte met 50 procent toegenomen. De gemiddelde schaalgrootte van huisartsenpraktijken kent de meest gematigde ontwikkeling. Tussen 1985 en 2007 nam het gemiddelde aantal voltijdbanen per huisartsenpraktijk toe met bijna 40 procent.

## 1.4 Trends in de schaal van onderwijs

Figuur 1-3 geeft de ontwikkeling weer van het aantal instellingen in het basisonderwijs (bao), het voortgezet onderwijs (vo), de beroeps- en volwasseneneducatie (bve), het hoger beroepsonderwijs (hbo) en het wetenschappelijk onderwijs (wo) in indexcijfers tussen 1985 en 2006 met als basisjaar 1985. Voor het hbo zijn er alleen gegevens beschikbaar tot en met 2005. De absolute aantallen instellingen zijn weergegeven in het kader onder de figuur.

**Figuur 1-3 Aantal instellingen verschillende onderwijsvoorzieningen, 1985-2006 (indexcijfers: 1985 = 100)**



Aantal instellingen in 1985:

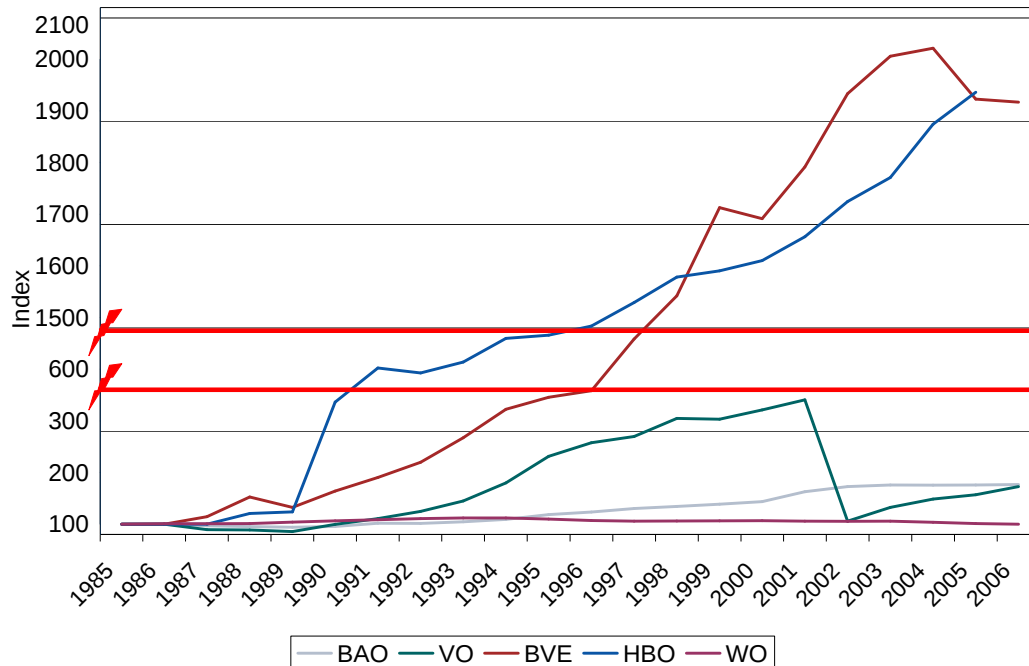
BAO= 8.401    VO = 2.655    BVE = 702    HBO = 432    WO = 13

Bron: CBS Statline; SBO en ministerie OCW (bewerking IPSE Studies)

Uit figuur 1-3 blijkt dat het aantal instellingen voor onderwijssoorten, met uitzondering van het wetenschappelijk onderwijs, sterk is gedaald tussen 1985 en 2006. Zo daalde het aantal instellingen voor beroeps- en volwasseneneducatie tussen 1985 en 2006 met 90 procent. Ook in het hoger beroepsonderwijs zien we een sterke daling van rond de 90 procent in 1990. Dit is te wijten aan de vele fusies die eind jaren tachtig van de vorige eeuw hebben plaatsgevonden in het hoger beroepsonderwijs. Ook voor het voortgezet onderwijs geldt een sterke daling van 77 procent. De daling in het basisonderwijs is minder sterk, het aantal instellingen daalde met 17 procent. In het wetenschappelijk onderwijs is het aantal instellingen gelijk gebleven tussen 1985 en 2006.

Figuur 1-4 geeft de gemiddelde schaalgrootte weer in het basisonderwijs, het voortgezet onderwijs, de beroeps- en volwasseneneducatie, het hoger beroepsonderwijs en het wetenschappelijk onderwijs in indexcijfers tussen 1985 en 2006 met als basisjaar 1985. Voor het hbo zijn er alleen gegevens beschikbaar tot en met 2005. Schaalgrootte wordt hier gedefinieerd als het gemiddeld aantal voltijdbanen per school.

**Figuur 1-4 Gemiddelde schaalgrootte naar onderwijssoort, 1985-2006 (indexcijfers: 1985 = 100)**



|                                     |         |          |          |           |
|-------------------------------------|---------|----------|----------|-----------|
| Aantal FTE's per instelling in 1985 |         |          |          |           |
| BAO = 9                             | VO = 32 | BVE = 30 | HBO = 41 | WO = 3058 |

Bron: CBS Statline; SBO, SCP en ministerie OCW (bewerking IPSE Studies)

Uit figuur 1-4 blijkt dat er in bijna alle onderwijssoorten een schaalvergroting heeft plaatsgevonden. Dit is een rechtstreeks gevolg van de daling van het aantal instellingen in de afgelopen twintig jaar. In het wetenschappelijk onderwijs heeft eigenlijk geen schaalvergroting of -verkleining plaatsgevonden, het indexcijfer schommelt gedurende deze twintig jaar rond de 100. Opvallend is de schaalvergroting in de beroeps- en volwasseneneducatie en in het hoger beroepsonderwijs. De gemiddelde schaalgrootte vertwintigvoudigde hier tussen 1985 en 2006. De toename in schaalgrootte tussen 1985 en 2006 van de andere onderwijssoorten varieert van 77 procent (basisonderwijs) tot 332 procent (voortgezet onderwijs).

## 1.5 Opzet van het boek

Dit boek bevat naast dit inleidende hoofdstuk nog acht hoofdstukken. Verschillende deskundigen zijn gevraagd om vanuit hun betrokkenheid bij het onderwerp een bijdrage te leveren aan dit boek. Rien Meijerink gaat in hoofdstuk 2 in op de belangrijkste beleidsvragen over schaal in de zorg. Centraal in zijn bijdrage staat het onlangs verschenen rapport van de RVZ over dit onderwerp. Hoofdstuk 3, een bijdrage van Paul Schnabel, staat in het teken van de wijze waarop instellingen in zorg en onderwijs

georganiseerd en aangestuurd worden. Hij maakt daar een onderscheid tussen het bedrijfseconomische aspect van *economy of scale* en de beleving of *psychology of scale*. Mike Smet geeft in hoofdstuk 4 een analyse van de schaalvergroting in het Vlaamse voortgezet onderwijs. In hoofdstuk 5 kijkt Peter Smets terug op het beleid in Nederland betreffende schaalvergroting in het onderwijs in de afgelopen 30 jaar. Hoofdstuk 6 bevat een (vooral theoretische) bijdrage van Peter Bogetoft en Misja Mikkers over schaalvergroting in ziekenhuizen. Kete Kervezee en Gertjan van Midden bespreken de belangrijkste ontwikkelingen in het primaire onderwijs. In hoofdstuk 8 gaat Jan Schnerr in op de ontwikkelingen in de ziekenhuissector vanaf de jaren zeventig van de vorige eeuw en schetst een beeld van het toekomstige aanbod. In hoofdstuk 9 zet Jos Blank het een en ander op een rij en stelt hij een aantal stappen voor om de discussie over schaalvergroting te rationaliseren en presenteert hij een onderzoeksagenda.



## 2 Schaal en zorg

Rien Meijerink<sup>1</sup>

### 2.1 Inleiding

Schaalvergroting in de publieke sector staat in het middelpunt van de belangstelling. Naast het advies van de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ) over de schaalvergroting in de zorg (RVZ 2008), komt het thema uitgebreid aan de orde in een advies van de Onderwijsraad (Onderwijsraad 2008) en in een rapport van de Stuurgroep Nieuw arrangement over de nieuwe verhouding tussen de minister van Wonen, Werken en Integratie (WWI) (november, 2008) en de woningcorporaties (Stuurgroep Meijerink 2008). In het advies van de Onderwijsraad staat de bestuurlijke schaalvergroting centraal en de vraag of het wenselijk is een fusietoets in te voeren. De Stuurgroep heeft zich ook gebogen over de verdergaande integratie van woningcorporaties. Het zou wellicht interessant zijn zorg, onderwijs en woningcorporaties met elkaar te vergelijken en de overeenkomsten en verschillen op een rij te zetten. Ik beperk mij, als voorzitter van de RVZ, hier vooral tot een exposé over de zorg, zoals dat in het advies *Schaal en zorg* is verwoord en ga slechts kort in op een vergelijking tussen de sectoren.

In het voorjaar van 2008 heeft de minister van VWS de RVZ verzocht een advies uit te brengen over schaalvergroting in de zorg. Eerder had de Tweede Kamer tijdens de begrotingsbehandeling van VWS in november 2007 haar ongerustheid over de vergaande schaalvergroting uitgesproken. In twee moties verzocht de Tweede Kamer om een onderzoek uit te voeren en in bijzonder na te gaan of de invoering van een fusietoets wenselijk is. Het onderzoek zou zich vooral moeten richten op de borging van publieke belangen, zoals doelmatigheid, kwaliteit en bereikbaarheid. De RVZ heeft hier positief op gereageerd, omdat dit onderwerp al geprogrammeerd was. Tegelijkertijd zag de RVZ ook de beperkingen van een dergelijk onderzoek in, vanwege de geringe beschikbare tijd. De minister had immers toegezegd de Tweede Kamer voor het zomerreces te rapporteren over de uitkomsten. Niettemin is er tijdig een advies (RVZ 2008) uitgebracht, ondersteund door vier achtergrondstudies. Een van de achtergrondstudies bevatte veel empirisch materiaal (Blank et al. 2008). Als gevolg van de tijdsdruk is ervoor gekozen om het accent van deze achtergrondstudie te leggen op de ziekenhuissector en minder op de AWBZ-sectoren. De verpleeghuiszorg, de thuiszorg en de gehandicaptenzorg komen daarom maar beperkt in beeld in dit rapport.

---

<sup>1</sup> Rien Meijerink is voorzitter van de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg en als adviseur verbonden aan het Expertisecentrum (HEC).

Het RVZ-advies lokte een stroom van reacties uit. Veel van deze reacties bleken echter geen recht te doen aan de inhoud. Over het algemeen geldt dat de discussie veel op veronderstellingen is gebaseerd en veel minder op *evidence-based* uitkomsten van onderzoek. De gevoeligheid van het onderwerp is dus zonder meer groot te noemen. Om de discussie te stroomlijnen is het belangrijk om op een aantal belangrijke aspecten van schaalvergroting in de zorg in te gaan en te trachten een paar hardnekkige misverstanden weg te nemen.

Paragraaf 2.2 analyseert de prikkels voor schaalvergroting. In de paragrafen 2.3 tot en met 2.5 komen aspecten als bereikbaarheid, kwaliteit en doelmatigheid aan de orde. Paragraaf 2.6 staat in het teken van de wenselijkheid van een fusietoets en de bijzondere rol van de Nederlandse Mededingingsautoriteit (NMa) en de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa). Een heel aparte problematiek betreft de spoedeisende hulp. Deze komt in paragraaf 2.7 aan bod. In paragraaf 2.8 komt de rol en in het bijzonder de verantwoordelijkheid van zorgaanbieders aan de orde. Paragraaf 2.9 gaat in op de overeenkomsten en verschillen met andere publieke sectoren. Paragraaf 2.10 sluit dit hoofdstuk af met enkele slotopmerkingen.

## **2.2 Prikkels voor schaalvergroting**

Er is de afgelopen jaren zeker sprake geweest van schaalvergroting in de zorg. Dit geldt voor de ziekenhuissector en de AWBZ-sector. De vele fusies, bijvoorbeeld in de ziekenhuissector, zijn hier voor een deel debet aan. Dit is geen autonoom proces; het overheidsbeleid bevatte belangrijke prikkels voor schaalvergroting. Zo bestond er in de ziekenhuissector een fusiebonus. Volgens het destijds vigerende financieringssysteem ontvingen grote ziekenhuizen een hogere vergoeding voor een aantal budgetparameters. Als twee ziekenhuizen fuseerden en de gezamenlijke productie bleef gelijk, dan ontving het fusieziekenhuis meer dan zijn voorgangers samen.

In de huidige situatie bestaan er andere prikkels. De introductie van de marktwerking impliceert een verschuiving van risico's van ondernemerschap naar veldpartijen. Omzetgaranties verdwijnen en instellingen worden risicodragend ten aanzien van investeringen en vastgoed. Van 'instandhouding' naar 'benutting'.

Schaalvergroting betekent ook meer marktmacht en geeft instellingen dus een betere onderhandelingspositie met verzekeraars of met gemeenten. Grote instellingen zijn ook dikwijls in staat een aantrekkelijker arbeidsklimaat te creëren. Grote instellingen zijn voorts in staat om zich in bepaalde behandelingen of diensten te specialiseren. Zij hebben dan voldoende volume om een specialisme te ontwikkelen of bepaalde infrastructuur (denk aan intensive care units) te delen met andere specialismen. Dit is vooral van belang, omdat de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) steeds vaker minimumaantallen medische interventies oplegt aan ziekenhuizen. Mede daardoor zijn kleine ziekenhuizen niet in staat op alle terreinen voldoende kwaliteit te leveren.

## 2.3 Bereikbaarheid

Een in de Tweede Kamer geuit bezwaar tegen schaalvergroting is dat hierdoor de bereikbaarheid verslechtert. Een slechte bereikbaarheid betekent ongemak en kosten voor patiënten en in het geval van acute zorg is bereikbaarheid zelfs een kwestie van leven of dood. De acute zorg is een kwestie op zichzelf, die in paragraaf 2.7 verder wordt uitgewerkt. Hier wordt stilgestaan bij de feitelijke bereikbaarheid van zorg.

Een belangrijke constatering in het RVZ-advies is, dat de bereikbaarheid in de loop der jaren niet of nauwelijks verminderd is. Dat geldt voor de AWBZ-voorzieningen en voor de ziekenhuiszorg. In de AWBZ is de bereikbaarheid door de introductie van kleinschalig wonen en *community care* zelfs toegenomen. De huisartsenzorg en de overige eerstelijnszorg zijn uitstekend bereikbaar (gemeten in reisafstand). Er zijn weliswaar plekken in Nederland waar het lastig is om snel een ziekenhuis te bereiken: Noord-Groningen en sommige gebieden in Friesland en Zeeland. Ook uit een internationale vergelijking blijkt dat de bereikbaarheid van ziekenhuizen in Nederland geen probleem is. De grotere mobiliteit van mensen door de beschikbaarheid van openbaar vervoer en auto's draagt hieraan uiteraard ook bij. Overigens is het interessant vast te stellen dat juist in de dichtbevolkte gebieden met veel ziekenhuizen het vaak vanwege verkeerscongestie lastiger is om bij een ziekenhuis te komen dan in dunbevolkte gebieden. Vroeger was dat beeld volstrekt omgekeerd.

De relatie tussen schaalvergroting en bereikbaarheid is overigens niet zo direct als dikwijls wordt verondersteld. Schaalvergroting heeft betrekking op de juridische entiteit, terwijl bereikbaarheid betrekking heeft op fysieke locaties. Grootschalige organisatie (juridische entiteit) kan goed samengaan met kleinschalige provisie van zorg en is soms zelfs een *conditio sine qua non* (bijvoorbeeld in de gehandicaptenzorg). De schaalvergroting in de ziekenhuissector is gepaard gegaan met handhaving van het aantal locaties (onder meer poliklinische voorzieningen).

Over het algemeen is de stelling te verdedigen dat bereikbaarheid van de zorg in Nederland geen probleem is. Betaalbaarheid en kwaliteit zijn belangrijkere kwesties en daarop heeft het RVZ-advies zich dan ook voornamelijk gericht. Overigens richten de reacties op het RVZ-rapport zich sterk op de bereikbaarheid. De logica daarachter is dat bereikbaarheid veel eenvoudiger te meten is. Het is immers vast te stellen hoe ver het is naar een ziekenhuis.

## 2.4 Kwaliteit

Kwaliteit kent vele dimensies. Een gangbare definitie refereert direct aan de gezondheidsuitkomsten van een medische behandeling. Hoewel er geen algemene wetenschappelijke evidentie is voor een relatie tussen schaal en kwaliteit, blijkt uit

sommige onderzoeken dat wanneer je hoge standaarden wilt houden in patiëntbehandeling, bij verschillende ingrepen en behandelingen een zekere mate van schaal nodig is. De ‘vlieguren’ van de chirurg zijn daarbij een mooie metafoor. Het geëigende voorbeeld is dat van de operatie bij slokdarmkanker. Daarvan is wetenschappelijk komen vast te staan, dat als een chirurg dan wel een chirurgisch team er minder dan twintig (volgens sommigen tien) per jaar doet, men grote risico’s loopt (RVZ 2008). Voor operaties bij slokdarmkanker heb je dus een schaal nodig die groter is dan twintig behandelingen per jaar. Als het kan veel meer, zelfs boven de veertig. Er is een aanwijsbaar verband tussen de resultaten van de ingreep, bijvoorbeeld gemeten in sterftetekans, en het aantal malen dat een team de ingreep uitvoert. Dat geldt voor een dergelijk ingrijpende operatie, omdat sterfte daar inderdaad een gevolg kan zijn, maar het geldt ook voor andersoortige ingrepen waaraan patiënten niet onmiddellijk overlijden, maar waar wel complicaties kunnen optreden of patiënten blijvende gezondheidsschade kunnen oplopen. Ook in die gevallen geldt dikwijls dat je voor de effectiviteit van behandelingen een bepaalde schaalomvang moet hebben. En dat pleit op zichzelf minstens voor samenwerking en soms voor fusies van ziekenhuizen. Ziekenhuizen zijn dan in staat om de teams die dergelijke operaties of behandelingen verrichten, te integreren en daardoor meer kwaliteit te leveren. Soms zijn specialisten en maatschappen ook beter in staat om afspraken te maken, over wie welke behandelingen uitvoert. Fusies zijn daarvoor niet per se nodig. Als ziekenhuizen en specialisten sluitende afspraken kunnen maken over wie bepaalde behandelingen uitvoert dan kan dat bijdragen aan de kwaliteit van de zorg.

Kwaliteit vereist dus in toenemende mate een concentratie van kennis, kunde en kapitaal. Dit betekent soms schaalvergroting, maar het kan ook betekenen vergaande samenwerking of concentratie van behandelingen en voorzieningen.

## **2.5 Doelmatigheid**

Er is veel onderzoek gedaan naar de optimale schaal van een ziekenhuis uit het oogpunt van doelmatigheid. Uit de eerdergenoemde achtergrondstudie van IPSE Studies (Blank et al. 2008) blijkt dat de internationale onderzoeken rapporteren dat ziekenhuizen een optimale schaalgrootte hebben van tussen de 200 en 300 bedden. Vanuit Nederlands perspectief is dat klein. Nederland behoort tot de koplopers in de wereld als het gaat om de grootte van ziekenhuizen. In internationaal perspectief is een instelling met 200 tot 300 bedden middelgroot of groot te noemen. Vanuit bedrijfseconomisch motief is er dus niet veel reden om naar een grotere schaal te streven. Er zijn onderzoeken die betrekking hebben op de Verenigde Staten, die komen tot wat grotere aantallen bedden, 400-500. Maar ook dat zijn geen megaziekenhuizen van 1000 bedden of meer, zoals die in Nederland voorkomen. Bij deze uitkomsten moet wel een kanttekening gemaakt worden. Het bestaan van een optimale schaal suggereert een zogenoemde U-vormige gemiddelde kostencurve. Bij kleine ziekenhuizen zijn de gemiddelde kosten hoog, vervolgens dalen zij bij een toenemende productie tot aan bepaald optimum, om vervolgens weer te gaan stijgen. Sommige studies laten zien dat er eerder sprake is van een soort

hockeystickcurve. De gemiddelde kosten dalen tot een bepaalde omvang van de productie om vervolgens op dat niveau te blijven of slechts licht toe te nemen. Aangezien voor de Nederlandse situatie geen actueel materiaal beschikbaar is, blijft het gissen naar de doelmatigheid van grote ziekenhuizen in Nederland.

Onderzoek laat ook zien dat schaalvoordelen dikwijls worden gerealiseerd in de sfeer van kapitaal (gebouwen, medische inventaris en inkoop). Door kleinere locaties in stand te houden is het zeer wel denkbaar dat de doelmatigheid van grote ziekenhuizen onder druk komt te staan en alsnog voorzieningen op één locatie worden geconcentreerd. In dat geval zal de bereikbaarheid wel kunnen verminderen, maar dit is vooralsnog een hypothese.

## ***2.6 Wenselijkheid van een fusietoets: de rol van NMa en NZa***

Een van de onderzoeksvragen in het RVZ-rapport was hoe je ongewenste fusies kunt voorkomen en of een fusietoets daarvoor een geschikt instrument is. Uit paragraaf 2.3 bleek al dat de bereikbaarheid van zorg niet of nauwelijks heeft geleden onder de schaalvergroting. Het aantal ziekenhuislocaties is veelal gelijk gebleven in de loop der tijd. In de andere deelsectoren is het helemaal geen kwestie.

Afgezien van deze empirische constatering, is er nog een andere reden om geen fusietoets in te voeren. Een aparte fusietoets past niet in de logica van gereguleerde marktwerking.

In de huidige situatie moeten ziekenhuizen fusievoornemens bij de NMa melden. De NMa doet vervolgens uitspraken over een fusie op basis van regels voor ongewenste marktmacht. In het begin was er vanuit de ziekenhuissector veel kritiek op de wijze waarop de NMa inhoud gaf aan deze nieuwe taak. De werkwijze van de NMa is in de afgelopen drie jaar aanzienlijk verbeterd en professioneler geworden. Om die reden is een aparte fusietoets disproportioneel en niet passend bij de logica van de stelselverandering. Het is marktwerking of het is het niet. Als de politiek het RVZ-advies op dit punt niet overneemt en een aparte fusietoets zou invoeren, dan betekent dat de eerste stap terug naar budgettering en regulering. De ontwikkeling die nu een aantal jaren met moeite in gang is gezet zou dan kunnen worden tenietgedaan. De minister van VWS heeft geen gehoor gegeven aan de wens van de Kamer een aparte fusietoets op een of andere manier te koppelen aan de NMa. Er is hier sprake van een principiële kwestie. Toegeven aan deze druk zou de facto betekend hebben erkennen dat de NMa deze taak niet kan vervullen en dat publieke belangen niet gediend zijn met de marktwerking. Dit zou een opstap geweest zijn naar een nieuwe stelseldiscussie. De minister van VWS heeft dit willen vermijden.

De vraag is welke instrumenten de overheid dan wel tot haar beschikking heeft om de publieke belangen te borgen. Essentieel is dat publieke belangen expliciet geoperationaliseerd worden. De overheid zou een aantal basiskwaliteitsnormen moeten vaststellen en een rangorde moeten bepalen, als er sprake is van tegenstrijdige eisen tussen bijvoorbeeld kwaliteit en bereikbaarheid. Dat doet zij nu niet. De overheid laat dat

in belangrijke mate over aan de professionals. Sommige groepen professionals gaan daar heel serieus mee om, andere minder. Sommige zijn wat dat betreft heel erg verbonden met elkaar, andere juist helemaal niet. Dat is voor patiënten, maar ook voor andere behandelaars, dus ondoorzichtig. De overheid dient hieraan meer sturing te geven.

De NZa heeft een belangrijke taak door de effecten van schaalvergroting in termen van publieke belangen te monitoren. Bij het monitoren zou niet uitsluitend gekeken moeten worden naar de ontwikkeling in de schaal van instellingen, maar ook naar de ontwikkeling in verschillende segmenten van de ziekenhuiszorg. Het is belangrijk inzicht te hebben in schaal en kwaliteit van bepaalde typen behandelingen. Als de NZa deze monitortask adequaat vervult, als het ware in de rol van voorportaal van de NMa, is een fusietoets niet nodig. De IGZ kan de NZa voorzien van de noodzakelijke kwaliteitsinformatie.

## ***2.7 Spoedeisende hulp: bereikbaarheid van levensbelang***

Ik sprak al over het belang van segmentering in de zorgmarkt in relatie tot de afweging tussen bereikbaarheid en kwaliteit. De acute zorg is een dergelijk belangrijk segment. Eerder heeft de RVZ al betoogd dat dit segment buiten de marktwerking moet blijven (RVZ 2003). De spoedeisende hulp is om een aantal redenen een puur publieke zaak en moet dus ook afzonderlijk en collectief worden gefinancierd.

Indien de spoedeisende hulp een overheidszaak is, dan kan de overheid beslissen welke voorzieningen voor spoedeisende hulp in ieder geval beschikbaar moeten zijn. Dat is voor ziekenhuizen een heel lastige keus. Voor ziekenhuizen is dit de voordeur, de poort naar allerlei andere behandelingen. Verder is het natuurlijk goed voor te stellen, dat als in een klein ziekenhuis in Groningen een Spoedeisende Hulp (SEH) de gehele nacht geopend is en er komen twee patiënten of zelfs niet één, het team de gehele nacht werkeloos is. Maar de twee patiënten moeten worden behandeld en de garantie hebben dat zij precies dezelfde behandeling krijgen als op een Spoedeisende Hulp met een volledig bezet team.

In de discussie over de spoedeisende hulp speelt uiteraard ook het ambulancevervoer een cruciale rol. Ook daarin is het een en ander veranderd de afgelopen jaren. Ambulances zijn tegenwoordig omgebouwd tot halve operatiekamers, waardoor de meest essentiële levensreddende zorg direct kan worden geboden. De aanrijtijd van een ambulance naar bijvoorbeeld een ongevallocatie is daarmee van groter belang geworden dan de rijtijd van de ongevallocatie naar het ziekenhuis. Ook de inzet van traumahelikopters kan het bereikbaarheidsprobleem vergaand mitigeren. In de optiek van de RVZ moet de beschikbaarheid (en uitrusting) van ambulances worden vergroot, waardoor een maximale aanrijtijd van acht minuten wordt gegarandeerd, terwijl de dekking van locaties met spoedeisende hulp wel kan worden versoberd.

## **2.8 Rol van zorgaanbieders**

Kwesties van schaal, bereikbaarheid en kwaliteit behoren sinds 1 januari 2006, de datum waarop de Zorgverzekeringswet van kracht werd, niet meer uitsluitend tot de verantwoordelijkheid van de minister, maar vooral tot die van de zorgaanbieders en de zorgverzekeraars. Strategische keuzen dienen door hen niet alleen gemaakt te worden op basis van verwachte bedrijfseconomische opbrengsten, maar ook op basis van maatschappelijke effecten, bijvoorbeeld voor de kwaliteit van zorg. Dus dat wat vroeger voorbehouden was aan de minister: kwaliteit, bereikbaarheid en betaalbaarheid, is nu een belangrijke taak van de ziekenhuisbestuurders. Zij borgen publieke belangen.

Dit betekent dat strategische beslissingen, bijvoorbeeld over fusies, door instellingsbestuurders, in overleg met de interne en externe stakeholders, moeten worden genomen. Dat is nu meestal niet zo. Vaak blijven men fusiebesprekingen buiten het zicht. Er moeten dus tegenkrachten worden ontwikkeld, zoals cliëntenraden, kapitaalverschaffers of zorginkopers, die een actieve betrokkenheid krijgen bij deze beslissingen. Dit impliceert marktwerking.

Strategische beslissingen betreffen niet alleen fusies maar ook het aangaan van alternatieve samenwerkingsvormen, zoals een coöperatieve vereniging. Als voorbeeld voor een fusie alternatief kunnen de vier A-12 ziekenhuizen gelden: Gouda, Zoetermeer en twee Haagse ziekenhuizen. Zij hebben gezamenlijk een coöperatie opgericht en zij brengen daarin een aantal activiteiten onder. Er komt een obesitaskliniek en een PET-CT-scan bij die vier ziekenhuizen. Zij beslissen onderling over de locatie. Op die manier kunnen schaal- en kwaliteitsvoordelen worden behaald zonder dat die ziekenhuizen in een nieuwe rechtsvorm opgaan.

## **2.9 Relatie met andere sectoren**

Ook in andere sectoren, zoals onderwijs en volkshuisvesting, spelen dergelijke vragen. Toch is er een verschil. In deze sectoren is geen gereguleerde marktwerking. Onderwijsinstellingen en woningcorporaties concurreren onderling weliswaar ook, maar alleen in de zorg is sprake van vrije prijsvorming voor een deel van de dienstverlening. Zorginstellingen concurreren niet alleen op kwaliteit, maar ook op prijs. In die context is het ook begrijpelijk dat de NMa een hoofdrol speelt bij het beoordelen van fusievoornemens. De vraag luidt, of dat in het onderwijs en bij de woningsector net zo moet gelden. Principieel is dat misschien niet zo, maar pragmatisch gezien wel.

In paragraaf 2.4 kwam al aan de orde dat ziekenhuisschaal en zorgkwaliteit positief met elkaar correleren. Het is de vraag of dat bij woningcorporaties en onderwijsinstellingen ook het geval is. Het kwaliteitsargument in de ziekenhuiszorg is nauwelijks te hanteren in het onderwijs, al mag ook daar de schaal niet te klein zijn. Toegankelijkheid is natuurlijk wel een duidelijk argument dat in alle sectoren geldt.

Op dit moment beschikt de minister van Wonen, Werken en Integratie (WWI) over een duidelijke fusietoets. Die is onlangs nog gebruikt bij de beoordeling van een fusie tussen een woningcorporatie (Espria) en twee zorginstellingen. De NMa had daaraan in eerste instantie goedkeuring verleend. In tweede instantie heeft de minister van WWI de fusie geblokkeerd op grond van de bevoegdheid om fusies in de woonsector af te keuren. De minister van WWI heeft dus een fusietoets. De Stuurgroep Nieuw Arrangement is van mening dat deze fusietoets moet blijven. De vraag is alleen of die bij de minister moet worden gelegd of dat een andere oplossing voorhanden is. De Stuurgroep stelt voor in het nieuwe arrangement te komen tot de inrichting van een woonautoriteit die onder meer op dit gebied bevoegdheden krijgt.

De Tweede Kamer maakt zich ook zorgen over de grootte van de onderwijsinstellingen en over de fusering in de verschillende sectoren van het onderwijs. Er is een motie aangenomen met als strekking dat er een fusietoets moet komen en dat de minister van OCW moet aangeven op welke gronden hij die fusietoets toepast. De Onderwijsraad heeft hierover advies uitgebracht (Onderwijsraad 2008). In het advies wordt uitgelegd waaraan dan aandacht moet worden besteed. Kort gezegd komt het op het volgende neer: scholieren, ouders, studenten moeten kunnen kiezen uit verschillende levensbeschouwelijke en pedagogische richtingen van een school. Er moet kunnen worden ingegrepen bij fusies, als deze keuzevrijheid in het geding is. De Onderwijsraad stelt voor deze fusietoets niet bij de minister van OCW maar bij een speciale onderwijskamer van de NMa onder te brengen, de daarbij te hanteren criteria komen dan van de minister van OCW.

Kortom, als marktwerking serieus wordt, past geen aparte fusietoets, maar doet de NMa haar werk. In andere publieke sectoren past een fusietoets, toe te passen op enige afstand van de hitte van de politiek.

## **2.10 Slot**

Dit hoofdstuk is voor een belangrijk deel ontleend aan het advies van de RVZ uit 2008 over schaal en zorg. In grote lijnen komt het advies op het volgende neer. Bereikbaarheid van zorgvoorzieningen is over het algemeen geen probleem in Nederland. Acute zorg is een apart segment in de zorg waar bereikbaarheid een minder grote rol speelt dan veelal wordt gedacht. Acute zorg vraagt vooral om een goed systeem van ambulancevervoer met korte aanrijtijden. Verder stelde de RVZ in zijn advies dat kwaliteit boven bereikbaarheid gaat. Dit impliceert dat een deel van de medisch-specialistische behandelingen (hoog complex) vraagt om een concentratie van kennis, kunde en uitrusting en dus ook vraagt om een zekere schaal. Doelmatigheid is overigens geen argument voor schaalvergroting. De kleinere ziekenhuizen opereren op een schaal die in sommige studies als (bedrijfseconomisch) doelmatig wordt beschouwd. Een aparte fusietoets in de zorg is niet nodig en zelfs niet logisch consistent met marktwerking. De NMa heeft hierin al een taak. Het orderingsprincipe in de gezondheidszorg is immers dat

van de geregleerde marktwerking. En dan is het mededingingsrecht onverkort van kracht.

In eerste instantie is kritiek uitgeoefend op het RVZ-advies, in het bijzonder door de politiek en door de kleine ziekenhuizen. Het pleidooi voor samenwerking en voor concentratie van sommige behandelingen is veelal geïnterpreteerd als een pleidooi voor fusies en grote ziekenhuizen. Het is een misverstand dat de RVZ heeft gepleit voor fusies. Daar zijn geen gronden voor. Er is ook helemaal geen aanleiding om voor fusies te pleiten. Het RVZ-advies kreeg echter ook lof toegezwaaid, vooral door professionals, omdat het zo nadrukkelijk de kwaliteit van de zorg bovenaan stelde.

De minister van VWS heeft in zijn antwoord aan de Tweede kamer in grote lijnen het RVZ-advies gevolgd: in ieder geval geen aparte fusietoets. Hij heeft wel aangegeven dat het fusietoezicht van de NMa verandert: de normen bij de beoordeling van fusies door de NMa worden aangescherpt.



### 3 Op grote schaal kleinschalig of op kleine schaal grootschalig?

Paul Schnabel<sup>1</sup>

#### 3.1 Voors en tegens van schaalvergroting

Jarenlang was schaalvergroting het antwoord op ongeveer alle problemen waarmee een organisatie geconfronteerd kon worden. Schaalvergroting reduceerde de druk van de vaste lasten, verhoogde de productie en de productiviteit, verruimde de markt en verbreedde het aanbod. In ieder geval was dat de bedoeling, al pakte het in de praktijk vaak anders uit. Zelfs in de voor schaalvergroting bij uitstek in aanmerking komende sectoren van industriële bedrijvigheid, de wereld van de maakindustrie, blijkt schaalvergroting niet alleen maar voordelen te hebben. Vrijwel altijd neemt de bureaucratisering toe, wordt de besluitvorming moeizamer en langduriger, ontstaan er problemen in de interne communicatie en vermindert de flexibiliteit van de organisatie.

Inmiddels zijn deze gevolgen in veel gevallen zo hinderlijk geworden, dat schaalvergroting van de oplossing tot het probleem is geworden. De oplossingen voor het nieuwe probleem klinken vaak meer programmatisch en propagandistisch dan praktisch: slimmer werken, de organisatie *lean and mean* maken, terug naar de *core business*, ‘de handen weer aan het bed’, ‘de school weer van de leraren’. Vooral door het gebruik van woorden als ‘weer’ en ‘terug’ wordt gesuggereerd dat het vroeger beter was. Bij nader onderzoek blijkt dat bijna altijd een illusie. De school was in Nederland in formele zin al nooit van de leraren en in het ziekenhuis waren het niet de handen van de dokter die aan het bed te vinden waren. Ook wanneer juist niet op het verleden wordt teruggegrepen, zijn de aanwijzingen niet duidelijker. Hoe bepaal je of iets ‘slimmer’ is, in hoeverre mag en kun je als organisatie *lean and mean* zijn?

Sinds het begin van de bankencrisis is duidelijk geworden dat schaalvergroting ook kan leiden tot een vergroting van financiële risico's naar een schaal die zich onttrekt aan de beheersingsmogelijkheden van de eigen organisatie en zelfs de garantiemogelijkheden van een land te boven kunnen gaan. Tegelijkertijd is er weinig twijfel over dat de oplossing in dit geval niet gezocht moet worden in een verkleining van de schaal, een afschaffing van de euro of een terugkeer naar de zekerheden van vroeger, maar in een vergroting en verscherping van de controlemechanismen. Het financiële systeem was letterlijk uit zijn krachten gegroeid en had zichzelf tot het uiterste opgeblazen. De standaarduitdrukking werd dan ook dat de ‘lucht’ uit het systeem moest, een andere

---

<sup>1</sup> Prof. dr. Paul Schnabel is directeur van het Sociaal en Cultureel Planbureau en hoogleraar aan de Universiteit van Utrecht.

manier om te zeggen dat de aard van de activiteiten veranderd en de hoogte van het risico verminderd moet worden. Het lijkt steeds twijfelachtiger dat minder lucht nog met een zachte landing gepaard kan gaan. Eigenlijk is het eerlijker om te zeggen dat niemand weet hoe het anders moet dan langs de natuurlijke weg van het ‘omvallen’, het failliet gaan van ook grote ondernemingen.

### **3.2 Onderwijs en zorg – bijzondere gevallen?**

Waarom en in welke mate is schaalvergroting nu een probleem in juist onderwijs en zorg? Dat heeft direct te maken met de missie van deze maatschappelijke activiteiten en dus ook met de wijze waarop de missie organisatorisch vertaald is. Anders dan in de industrie, bij de banken, in de handel of in de media gaat het bij zorg en onderwijs niet om een verhandelbaar product, om objecten, maar om subjecten die behandeld worden. Daar kan een prijs voor staan en dat kan ook in concurrentie gebeuren, maar het blijft gaan om diensten die aan een individu verleend worden. Dat lijkt evident, maar daarom leidt het nog niet tot een praktijk die daar ook recht aan doet. Integendeel zelfs, ook in zorg en onderwijs is het gewoon geworden te spreken over ‘producten’, die worden ‘neergezet’. De essentie van de missie van zorg en onderwijs wordt daarmee genegeerd. Het gaat immers niet om het ‘neerzetten’ van een uur onderwijs of een consult ‘huisartsgeneeskunde’, maar om het geven van onderwijs en zorg aan een specifiek iemand die daaraan behoefte heeft. Er is geen sprake van een neutraal product en een anonieme, willekeurige klant, maar van een relatie tussen aanbieder en afnemer die inhoudelijk gekenmerkt wordt door wat wij onderwijs of zorg noemen.

Wie zegt dat het in het bedrijfsleven toch ook vaak en zelfs steeds meer om een relatie tussen aanbieder en klant gaat, heeft gelijk, maar vergeet dat in zorg en onderwijs het model steeds meer gezocht is in het ideaaltype van het klassieke productiebedrijf, dat een gestandaardiseerd product maakt voor een markt van onbekende en ongekende kopers. Zeker, bedrijven zoals supermarkten, warenhuizen en winkels, die wel in een directe relatie met de burger als consument staan, proberen juist de relatie zoveel mogelijk te verpersoonlijken. Daardoor komt een binding tot stand, die door beide partijen, los van de commerciële waarde die klantentrouw heeft en los van de prijsvoordelen voor de trouwe klant, juist ook om zijn persoonlijke en geïndividualiseerde karakter gewaardeerd wordt.

Bij zorg en onderwijs is de ‘klant’ geen anonieme consument, geen categorie of groep, geen belangenorganisatie of bedrijf. De patiënt of student komt als individu met een naam en met de verwachting van een contact met een eveneens een naam dragende persoon die hem diagnosticeert, behandelt of lesgeeft. In alle gevallen gaat het erom er ‘beter’ uit te komen. ‘Beter’ in de zin van genezen, weer gezond te zijn geworden, of ‘beter’ in de zin van deskundiger of bekwaam. Het product, als je daarvan bij zorg en onderwijs al wilt spreken, is niet de les of de behandeling, maar het ‘verbeterde’ individu. Hij is in positieve zin veranderd. Dat is waar hij voor komt en dat is ook wat de meerwaarde van het eigen werk is voor degene die daarbij heeft geholpen.

### **3.3 Kwalitatief en kwantitatief individualisme**

Meer dan honderd jaar geleden introduceerde de Duitse socioloog Georg Simmel het onderscheid tussen kwalitatief en kwantitatief individualisme. In de missie van zorg en onderwijs ligt de notie van kwalitatief individualisme verborgen in de erkenning van de specifieke behoeften van een individu, altijd te onderscheiden van de behoeften, verlangens, mogelijkheden en vragen van een ander individu. Zelfs waar alles gestandaardiseerd lijkt – en dat is in zorg en onderwijs in toenemende mate het geval – moet er toch ruimte blijven om het een beetje of juist heel anders te doen. De mogelijkheid en ook de vrijheid om dat te doen zijn bepalend voor de professionaliteit van de docent of de hulpverlener en houden in ieder individueel geval de erkenning in van de uniciteit van het individu aan wie de dienst verleend wordt.

Het ideaaltype van de kwalitatief individualistische oriëntatie in de relatie tussen hulpverlener of docent enerzijds en de patiënt of student anderzijds is steeds meer in de verdrukking gekomen door de organisatie van die relatie in scholen, universiteiten, behandelcentra en ziekenhuizen. Daar heerst en overheerst het kwantitatief individualistische perspectief. Patiënt en student zijn van unieke personen tot tel- en rekeneenheden geworden, waarvoor een bepaalde hoeveelheid declareerbare tijd en een gestandaardiseerde hoeveelheid ruimte ter beschikking staat.

Tot op zekere hoogte is dat natuurlijk onvermijdelijk. De lijfarts en de huisleraar zijn altijd het prerogatief van de machtigen en de rijken der aarde gebleven. Ze zijn bovendien allerminst een garantie voor kwaliteit en effectiviteit. Daarvoor zijn ze te weinig gespecialiseerd. Efficiënt is het geïndividualiseerde aanbod ook niet. Voor het bieden van zorg en onderwijs zijn dus al vroeg organisaties in het leven geroepen, die het aanbod kwantitatief organiseren en ook kwalitatief tot ontwikkeling brengen. Dat laatste is lange tijd gelukt in samenhang met het eerste, maar inmiddels overheerst bijna overal het gevoel dat de balans zoek is. De kwaliteit lijdt nu in veel gevallen ook onder de kwantiteit, althans zo wordt het algemeen wel gezien. Het verlangen naar weer kleinere organisatorische eenheden en een meer persoonlijk en direct contact tussen de aanbieder en de vragende partij zien we zowel in het onderwijs als in de zorg.

Kwaliteit in het aanbod en kwantiteit in de vraag zijn elk op zichzelf, maar vooral samen kostenaanjagers, waarvoor in verzorgingsstaten als Nederland geen oplossing wordt gezocht in het duurder maken van het aanbod voor de klant (al gebeurt dat in de zorg indirect toch ook wel via steeds hoger wordende eigen-bijdrageregelingen), maar in het anders organiseren van vraag en aanbod. De vraag wordt gereguleerd via organisaties die zich met indicatiestelling of toelatingseisen bezighouden en het aanbod wordt in grotere eenheden georganiseerd. In beide gevallen komt een machinebureaucratie in de plaats van wat aanvankelijk een professionele bureaucratie was. De patiënten, scholieren en studenten worden ‘verwerkt’, de relatie wordt een indicatie en de dienst een product. Alle partijen worden daar tot op zekere hoogte ongelukkig van, de professionals en hun clientèle, maar uiteindelijk ook de bureaucraten en de managers. Zij kijken aan tegen

stijgende verzuimcijfers bij de medewerkers en dalende tevredenheidsscores bij de cliëntèle.

### **3.4 ‘Economy of scale’ en ‘psychology of scale’**

De *economy of scale* past maar heel beperkt bij de *psychology of scale*. Economische, maar ook organisatorische, bestuurskundige en zelfs kwalitatieve overwegingen kunnen leiden tot vergroting van de schaal van de activiteiten. De veelheid aan specialismen en de kostbaarheid van veel apparatuur dwingen ziekenhuizen tot een bepaalde minimale schaalgrootte om nog enigszins verantwoord te kunnen werken. In het voortgezet onderwijs heeft het grote aantal keuzevakken een autonome uitwerking op de schaal. Alleen grote scholen hebben voldoende leerlingen om een breed aanbod te kunnen doen. Juist de individualisering van het aanbod, meer keuzemogelijkheden voor de individuele leerling en student, leidt tot een vergroting van schaal. In het lager onderwijs zien we dat de toenemende zelfstandigheid en de lumpsumfinanciering van de scholen ertoe leidt dat zij deel gaan uitmaken van grotere bestuurlijke eenheden, die veel van de administratieve, personele en financiële taken overnemen. In het primair onderwijs varieert de bestuursverantwoordelijkheid nu van nog geen 40 tot meer dan 60.000 leerlingen, van één tot meer dan zestig scholen. Tegelijkertijd zijn de klassen niet groter geworden en is de fysieke schaal van een lagere school, ook door de gewenste nabijheid tot de woning van de ouders, ook niet wezenlijk veranderd.

Als vanzelf blijft zo de kleinschaligheid binnen de grootschaligheid bestaan. Dat is veel minder het geval in vooral het voortgezet en het hoger onderwijs. Zelfs als we ervan uitgaan dat de studenten meestal geen verbindingen hebben buiten hun eigen studierichting, is deze op zichzelf vaak al zo groot dat de negatieve kanten van schaalvergroting gaan overwegen. Wie meer dan 700 eerstejaarsstudenten psychologie moet bedienen, heeft in alle opzichten een groot probleem en massacolleges zijn daar niet het beste antwoord op. Ook de verdeling in kleinere en meer overzichtelijke groepen is niet eenvoudig, omdat dit juist weer meer infrastructuur en meer voorwaardenscheppend personeel met zich meebrengt. Dat is niet alleen lastig en werkt bureaucratisering in de hand, het is ook een dure oplossing.

Veertig jaar geleden bestond de geestelijke gezondheidszorg nog uit honderden organisaties, variërend van heel klein tot – in geval van de psychiatrische ziekenhuizen – heel groot. Nu zijn er nog enkele tientallen organisaties, die elk een of meer regio's een compleet pakket aan diensten moeten bieden. Omdat ook hier geldt dat er 'zorg op maat' geleverd moet kunnen worden, is de druk om tot vergroting en verbreding van het aanbod te komen, heel erg groot. De fysieke en sociale afstand tussen de Raad van Bestuur en de centrale diensten enerzijds en de hulpverleners en patiënten op vaak tientallen verspreide locaties anderzijds wordt dan al gauw als een kloof beleefd, die nauwelijks meer overbrugbaar is. In de thuiszorg is er zelfs bijna geen sprake meer van een verbinding tussen het centrale niveau en de zeer geïndividualiseerde zorg die de soms duizenden medewerkers aan individuele patiënten bieden. Het is dan ook niet vreemd dat de

activiteiten op het centrale niveau, waar nu op jaarbasis al gauw enkele honderden miljoenen beheerd worden, het karakter van de handel in geld en onroerend goed kunnen gaan aannemen.

De *economy of scale* kan tevoren al redelijk tot goed worden berekend voor de schaalvergroting zelf plaatsvindt. Daarbij moet wel worden aangetekend, dat de berekeningen meestal rooskleurig gehouden worden door vooral de voordelen door te rekenen en de nadelen licht te wegen. De *psychology of scale* is vooraf moeilijk te meten. Voor een belangrijk deel gaat het hier immers om een uitkomst van de schaalvergroting. Toch is er langzamerhand zoveel ervaring met schaalvergroting opgedaan, dat ook voor het zover komt al een redelijke inschatting mogelijk is van de kans dat mensen er positief of negatief op reageren. Niemand vindt het een probleem met tienduizenden anderen in een stadion naar een wedstrijd te kijken, integendeel, de massaliteit maakt het juist leuk. Niemand is echter blij wanneer men een ziekenhuiskamer met anderen, laat staan met vele anderen, moet delen. Schoolklassen hebben een redelijk goed bekende optimale grootte, maar ook als daar niet bovenuit gegaan wordt, is een voortdurende wisseling van leraren niet bevorderlijk voor de prestaties van scholieren. De juiste *psychology of scale* is sterk afhankelijk van de omstandigheden, maar daarom nog niet totaal willekeurig.

### **3.5 Een andere verhouding tussen grootschaligheid en kleinschaligheid in de zorg**

Eind jaren zestig van de vorige eeuw werden in Nederland de eerste abortusklinieken opgericht. Het waren kleine gespecialiseerde instellingen waar op vaak grote schaal één ingreep werd uitgevoerd. Technisch was dat mogelijk geworden dankzij de introductie van een nieuwe abortustechniek, die een poliklinische behandeling veilig mogelijk maakte. Het grote voordeel van de specialisatie bij grote aantallen tegelijkertijd was de ontwikkeling van routine en daardoor van kwaliteit in de uitvoering. De kosten per ingreep konden laag gehouden worden en de wacht- en behandelingstijden kort. Inmiddels is duidelijk geworden dat er ook andere medische ingrepen zijn die volgens dit model grootschaligheid uitstekend met kleinschaligheid weten te verbinden. Ooglaserbehandelingen en kleine cosmetische ingrepen zijn er goede voorbeelden van. Ingewikkelde en grote operaties kunnen beter in een regulier ziekenhuis worden uitgevoerd.

In de huisartsgeneeskunde ontwikkelt zich nu een interessante variant als een combinatie van *economy* en *psychology of scale*. De kleinschaligheid is hier al meer dan een halve eeuw bewaard gebleven, om niet te zeggen gered, door de huisarts tot poortwachter van de specialistische zorg te maken. In de landen waar dat niet gebeurt is, is er van de eerstelijnszorg dicht bij de patiënten niet veel overgebleven. Lang is in Nederland gedacht dat het gezondheidscentrum de volgende meer grootschalige stap zou zijn. Een andere lijn van ontwikkeling lijkt nu toch belangrijker te worden: het samenwerkingsverband tussen huisartsen met daaraan toegevoegd een vaste vervangingsstructuur. In een aantal gevallen leidt dit nu ook tot een gemeenschappelijke

uitbesteding van alle taken die niet direct met de patiëntenzorg van doen hebben. Op deze manier wordt toch de voor het contact zo nodige kleinschaligheid behouden en blijft het voordeel van de grootschalige – maar voor de patiënt vrijwel onzichtbare – organisatie behouden.

### **3.6 Schaalgrootte in het onderwijs**

Universiteiten en hogescholen beginnen nu pas oplossingen te zoeken voor het probleem van de grootschaligheid. Het University College in Utrecht is een eerst meewarig bekeken, maar nu gretig gevolgde oplossing. Geheel naar Amerikaans voorbeeld is een woon- en studiecampus ingericht en wordt intensief onderwijs gegeven in kleine groepen en met de inzet van tutores. De studenten worden geselecteerd op kwaliteit en motivatie en het aantal inschrijvingen is beperkt. Met meer dan 600 studenten is de schaal al helemaal niet zo klein meer en in principe is het mogelijk het campus- en collegemodel te repliceren. Niet vergroten van het huidige complex in en om de voormalige Kromhoutkazerne, maar herhalen van het model op een andere plek. De Universiteit Utrecht heeft het model inmiddels herhaald in de vorm van het Roosevelt College in Middelburg.

Een lichtere oplossing is in Utrecht gevolgd bij de inrichting van de nieuwe opleiding Bestuurskunde. Een eigen en duidelijk als zodanig herkenbaar en ingericht gebouw en een instroom van niet meer dan 100 studenten per jaar hebben de opleiding in korte tijd tot de best gewaardeerde en hoogst genoteerde in Nederland gemaakt. Het scheppen van een sfeer waarin een zekere mate van ‘publieke familiariteit’ (men herkent elkaar meer dan dat men elkaar ook altijd persoonlijk kent) bestaat, heeft ook positieve effecten op de studieresultaten en verkleint de kans op uitval. Het gebouw is ook meer een eigen dan een publieke ruimte en dat verkleint de kans op verwaarlozing, vandalisme en diefstal. De kosten van beheer, onderhoud en beveiliging vallen daardoor lager uit.

### **3.7 De mismatch als het echte probleem**

Schaalgrootte is niet op zichzelf een probleem. Dat kan het wel worden, als er een *mismatch* gaat ontstaan met de aard van de activiteiten, de belangen van de betrokkenen of de *span of control*. De grote flatgebouwen in de Bijlmer hebben ook voor Nederland aangetoond dat de daar gehanteerde schaalgrootte alleen kan functioneren als er ook permanent en relatief grootschalig bewaking aanwezig is. Dat was en is niet het geval en uiteindelijk heeft dat na nauwelijks dertig jaar geleid tot de sloop van duizenden woningen waarmee op zichzelf niets mis was. De klacht dat de onderwijsorganisaties zulke molochs zijn geworden, gaat alleen op in die gevallen dat de studenten en docenten het gevoel hebben in een grootschalige en volstrekt anonieme omgeving te leven. De grootschalige organisatie in termen van bestuur en beheer echter heeft vaak grote

voordelen en kan het hele onderwijsbedrijf zelfs van een kwaliteitsimpuls voorzien. Dat blijkt ook wel uit onderzoek.

In veel situaties is vergroting van de schaal geen enkel probleem. Een relatief klein museum als het Van Gogh Museum in Amsterdam moet per jaar ongeveer anderhalf miljoen bezoekers de kans geven de collectie te zien. De collectie zelf wordt niet groter, het museum kan niet uitbreiden, de oplossing is dus een betere en meer op de grote bezoekersstroom afgestemde organisatie. Iedere dag open, langere openingstijden, uitgebreidere publieksvoorzieningen, audiotours in plaats van rondleidingen, meer ondersteunend personeel. De kleinschaligheid van de collectie en van ieder schilderij in de collectie is een gegeven. Je probeert dus als museum de kleinschaligheid van het contact tussen bezoeker en kunstwerk te faciliteren door zo ongemerkt mogelijk daaromheen organisatorische grootschaligheid tot stand te brengen.

In de zorg en het onderwijs is dat zeker moeilijker dan in een museum, waar het inderdaad vooral een vraag van organisatie en logistiek is. In zorg en onderwijs gaat het ook om contact tussen aanbieder en vrager, en nog ingewikkelder, tussen verschillende aanbieders en verschillende vragers in wisselend verband onderling en met elkaar. Dat is veel lastiger te organiseren, maar het is daarom zo interessant te zien dat juist in de commerciële varianten van het aanbod vrijwel altijd de voordelen van de kleine schaal en de mogelijkheid van direct contact worden benadrukt. Daar betaal je dan natuurlijk ook voor, maar het is steeds meer de vraag of de kosten van ongewenste grootschaligheid niet uiteindelijk veel hoger uitvallen.



## 4 Schaalvergroting in het Vlaams onderwijs?

Mike Smet<sup>1</sup>

### 4.1 Inleiding

Aangezien het onderwijs in België de bevoegdheid is van de verschillende Gemeenschappen (Vlaamse, Franse en Duitstalige Gemeenschap), is het moeilijk om beschouwingen te geven over het onderwijs in België. Twintig jaar federalisering van de bevoegdheid voor onderwijs heeft er immers voor gezorgd dat er verschillende (politieke) beleidskeuzes gemaakt werden en dat er een onderscheiden dynamiek op gang is gekomen in de drie Gemeenschappen. Vandaar dat deze tekst zich zal concentreren op het Vlaamse niveau. Bovendien strekt het onderwijs zich uit van de kleuterschool tot het postuniversitaire niveau. Elk van deze niveaus heeft ook zijn eigen kenmerken en eigenheden. In het korte bestek van deze paper wordt daarom geconcentreerd op het leerplichtonderwijs in Vlaanderen; dit wil zeggen, van kleuter- tot secundair onderwijs (tot de leeftijd van 18 jaar).

Eerste worden enkele typisch Belgische of Vlaamse kenmerken en achtergronden van het onderwijslandschap geschetst (§ 4.2). Vervolgens wordt ingegaan op het onderwijsbudget in Vlaanderen (§ 4.3) en wordt dit gerelateerd aan de schoolgrootte (§ 4.4). Het onderwijs in Vlaanderen blijkt in de internationale context relatief kleinschalig te zijn. Een aantal belangrijke oorzaken van deze kleinschaligheid zullen worden besproken (§ 4.5). Een belangrijke *incentive* voor kleinschaligheid blijkt de huidige regelgeving, en meer specifiek het financieringsmechanisme te zijn (§ 4.6 t/m 4.9).

### 4.2 Achtergrond

In 2008 vierde het onderwijs in Vlaanderen en België een dubbele verjaardag: 50 jaar schoolpact en 20 jaar federalisering van het onderwijs.

Op 20 november 1958 werd het zogeheten schoolpact ondertekend door vertegenwoordigers van de toenmalige drie grote nationale partijen (Christelijke Volkspartij, Belgische Socialistische Partij en Liberale Partij). Dit schoolpact maakte een einde aan de schoolstrijd tussen de twee grote netten (het officieel onderwijs en het vrij onderwijs), waarbij de katholieke en de vrijzinnige wereld gedurende vele jaren lijnrecht tegenover elkaar stonden. In het officieel onderwijs is de overheid (de gemeenten, de

---

<sup>1</sup> Dr. Mike Smet is als senior onderzoeker verbonden aan de Universiteit Antwerpen

provincies, (vroeger) de Belgische staat of (nu) de Vlaamse Gemeenschap) de inrichtende macht. Het vrij onderwijs wordt gekenmerkt door een vrije, particuliere inrichtende macht. Tot het vrij onderwijs behoren onder andere katholieke, protestantse en joodse scholen, maar ook een waaier aan methodescholen (Steiner, Freinet, etc.). Door de ondertekening van het schoolpact onderwierp het vrij onderwijs zich aan een vergelijkbare onderwijsreglementering als het officieel onderwijs, in ruil voor subsidiëring. Deze subsidiëring was echter nog lange tijd substantieel lager dan de financiering die voorzien werd voor het officieel onderwijs. Pas sinds het nieuwe financieringsdecreet dat van start gegaan is in het schooljaar 2008-2009 ligt de lat gelijk.

Sinds de grondwetswijziging van 15 juli 1988 ligt de onderwijsbevoegdheid niet meer op het federale (Belgische) niveau, maar bij de verschillende Gemeenschappen (Vlaamse Gemeenschap, Franse Gemeenschap en Duitstalige Gemeenschap). De Belgische Grondwet en een aantal Vlaamse onderwijsdecreten bepalen de structuur en leggen een aantal verplichtingen op aan de overheid. Zo dient de (Vlaamse) gemeenschap de keuzevrijheid (tussen een school uit het officiële en een school uit het vrij onderwijs) van de ouders binnen redelijke afstand te waarborgen. Op die manier wordt een parallel netwerk wettelijk in stand gehouden. Verder dient de gemeenschap neutraal onderwijs in te richten en biedt het officieel onderwijs (tot het einde van de leerplicht) de keuze aan tussen onderricht in een van de zes erkende godsdiensten (de katholieke, de orthodoxe, de protestantse, de anglicaanse, de israëlitische en de islamitische godsdienst) en de niet-confessionele zedenleer. De inrichtende machten beschikken over een ruime autonomie: zo zijn ze vrij in de keuze van hun onderwijsmethoden, levensbeschouwing, pedagogische opvatting, leerplannen en het aanstellen van personeel. Scholen die erkend of financieel gesteund willen worden door de overheid, moeten wel de eindtermen bereiken en voldoende uitgerust zijn.

### **4.3 Onderwijsbudget in Vlaanderen**

Het totale onderwijsbudget in Vlaanderen bedraagt 9,2 miljard euro (2008). Over de laatste vijf jaar is dit budget met gemiddeld 1,5 procent per jaar gestegen (bovenop de inflatie). Onderwijs is veruit de belangrijkste uitgave voor de Vlaamse regering: de onderwijsuitgaven vertegenwoordigen ongeveer 40 procent van de Vlaamse begroting. Dit komt neer op ongeveer 5 procent van het bruto regionaal product van Vlaanderen.<sup>2</sup>

Een groot gedeelte van dit budget wordt gespendeerd aan het leerplichtonderwijs: het gewoon basisonderwijs neemt ongeveer 2,5 miljard euro voor zijn rekening. Van dit bedrag gaat 0,4 miljard euro naar het Gemeenschapsonderwijs (GO!), 1,6 miljard naar het Vrij Gesubsidieerd Onderwijs (VGO) en 0,6 miljard naar het Officieel Gesubsidieerd Onderwijs (OGO). Ongeveer 80 procent van deze middelen gaat naar lonen van de personeelsleden. Het gewoon secundair onderwijs krijgt ongeveer 3,6 miljard euro: 0,7 miljard voor het GO!, 2,4 miljard voor het VGO en 0,3 miljard voor het OGO. Hier

---

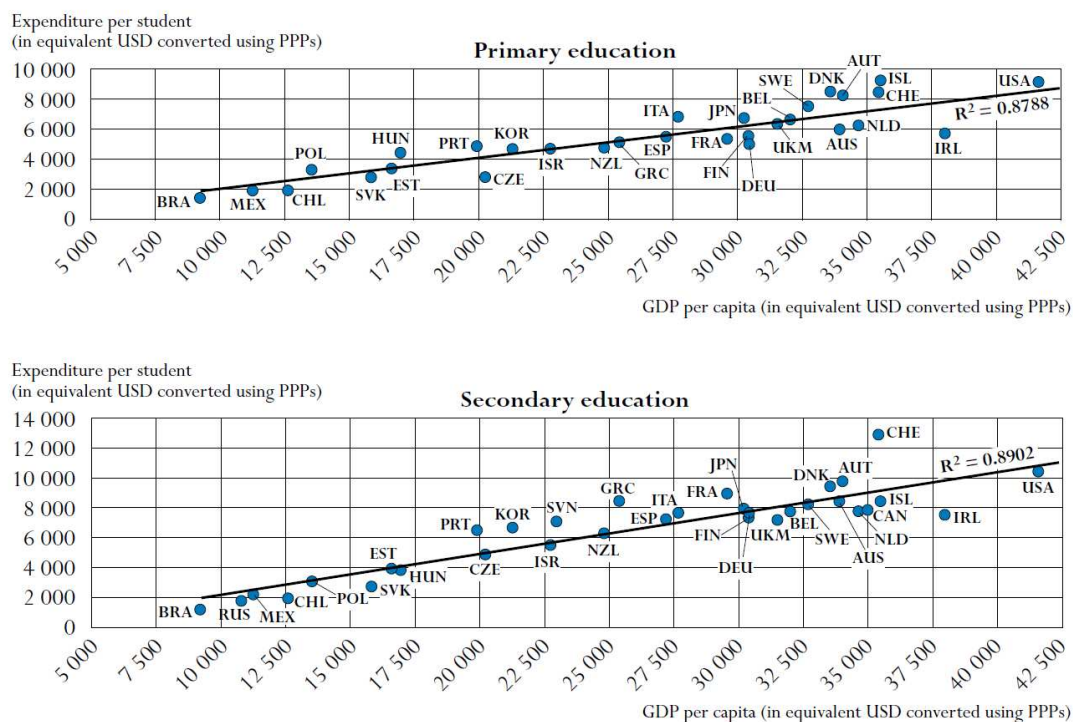
<sup>2</sup> Tenzij anders vermeld is de bron van de cijfers in deze paper: Vlaams ministerie van Onderwijs en Vorming.

bedragen de loonkosten ongeveer 83% van de totale uitgaven. Omgerekend naar de gemiddelde kosten per leerling bekomen we 4239 euro per leerling in het gewoon basisonderwijs en 7572 euro per leerling voor het gewoon secundair onderwijs (cijfers voor 2008).

**Figuur 4-1 Jaarlijkse gemiddelde uitgaven aan onderwijsinstellingen in relatie tot het BBP per capita in OECD-landen**

**Chart BI.6. Annual expenditure on educational institutions per student relative to GDP per capita (2005)**

*In equivalent USD converted using PPPs, by level of education*



Bron: OECD (2008)

Uit cijfers van de OECD blijkt dat België (de OECD publiceert geen aparte cijfers voor Vlaanderen) in een internationale context relatief normaal scoort, indien we de uitgaven per student van het lager of secundair onderwijs relateren aan het BBP per capita (zie figuur 4-1). Aparte cijfers voor Vlaanderen zijn evenwel beschikbaar in het rapport *Vlaamse onderwijsindicatoren in internationaal perspectief. Editie 2005*. Hieruit blijkt dat de gemiddelde uitgaven per student in Vlaanderen weinig verschillen van die voor België in zijn geheel (die door de OECD worden gerapporteerd): zowel voor het kleuteronderwijs (4592 euro per leerling in Vlaanderen tegenover 4420 euro per leerling in België), het lager onderwijs (5808 euro per leerling in Vlaanderen tegenover 5665 euro per leerling in België) als voor het secundair onderwijs (8483 euro per leerling in

Vlaanderen tegenover 8272 euro per leerling in België) zijn de uitgaven vergelijkbaar en kunnen we in volgende OECD-figuren België als proxy nemen voor Vlaanderen.

#### **4.4 Schoolgrootte**

Vlaanderen telt 2317 scholen in het gewoon basisonderwijs. Het VGO heeft het grootste aantal scholen (62% van het totaal), gevolgd door het OGO met 22 procent van de scholen en het GO! met 16 procent van de scholen. In het secundair onderwijs zijn er 939 scholen. Ook hier is het VGO veruit het grootste net met 68 procent van de scholen. Het GO! heeft 24 procent van de scholen onder zijn koepel, terwijl het OGO 8 procent van de secundaire scholen groepeerde.

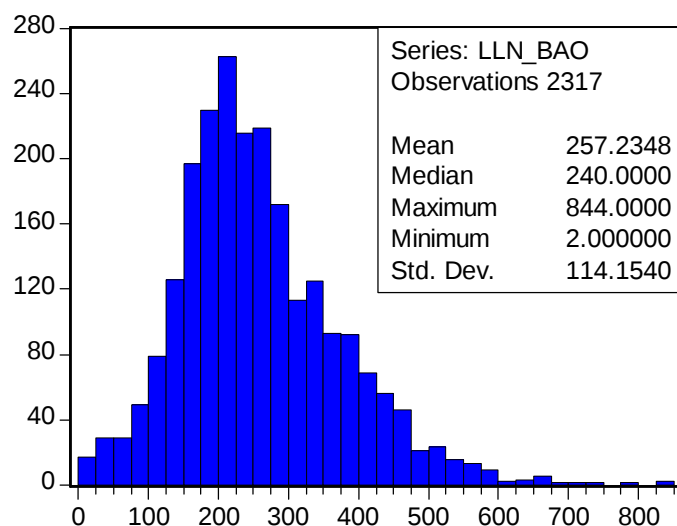
In de tabellen 4-1 en 4-2 en de figuren 4-2 en 4-3 wordt de schoolgrootte (aantal leerlingen per school, dus niet per vestigingsplaats) onderverdeeld in verschillende klassen en wordt weergegeven hoeveel scholen er tot een bepaalde klasse van schoolgrootte behoren. De frequentieverdelingen laten duidelijk zien dat deze, zowel in het basis- als in het secundair onderwijs, scheef verdeeld zijn met een lange rechtse staart.

De gemiddelde schoolgrootte bedraagt in het basisonderwijs 257 leerlingen, de mediaan is 240 leerlingen. Ongeveer een derde van de scholen uit het basisonderwijs heeft minder dan 200 leerlingen, 80 procent van de scholen telt minder dan 350 leerlingen en iets meer dan 3 procent van de scholen heeft meer dan 500 leerlingen. De grootste basisschool heeft net geen 850 leerlingen.

**Tabel 4-1 Aantal leerlingen per school, basisonderwijs**

| <i>school-grootte</i> | <i>aantal scholen</i> | <i>percentage scholen</i> | <i>aantal scholen (cumulatief)</i> | <i>percentage scholen (cumulatief)</i> |
|-----------------------|-----------------------|---------------------------|------------------------------------|----------------------------------------|
| <b>0-50</b>           | 46                    | 2,0                       | 46                                 | 2,0                                    |
| <b>51-100</b>         | 78                    | 3,4                       | 124                                | 5,4                                    |
| <b>101-150</b>        | 205                   | 8,6                       | 329                                | 14,2                                   |
| <b>151-200</b>        | 427                   | 18,4                      | 756                                | 32,6                                   |
| <b>201-250</b>        | 479                   | 20,7                      | 1.235                              | 53,3                                   |
| <b>251-300</b>        | 391                   | 16,9                      | 1.626                              | 70,2                                   |
| <b>301-350</b>        | 238                   | 10,3                      | 1.864                              | 80,5                                   |
| <b>351-400</b>        | 185                   | 8,0                       | 2.049                              | 88,4                                   |
| <b>401-450</b>        | 125                   | 5,4                       | 2.174                              | 93,8                                   |
| <b>451-500</b>        | 67                    | 2,9                       | 2.241                              | 96,7                                   |
| <b>501-550</b>        | 38                    | 1,6                       | 2.279                              | 98,4                                   |
| <b>551-600</b>        | 22                    | 1,0                       | 2.301                              | 99,3                                   |
| <b>601-650</b>        | 5                     | 0,2                       | 2.306                              | 99,5                                   |
| <b>651-700</b>        | 6                     | 0,3                       | 2.312                              | 99,8                                   |
| <b>701-750</b>        | 2                     | 0,1                       | 2.314                              | 99,9                                   |
| <b>751-800</b>        | 1                     | 0,0                       | 2.315                              | 99,9                                   |
| <b>801-850</b>        | 2                     | 0,1                       | 2.317                              | 100,0                                  |
| <b>Totaal</b>         | <b>2.317</b>          | <b>100,0</b>              | <b>2.317</b>                       | <b>100,0</b>                           |

**Figuur 4-2 Verdeling leerlingaantallen per school, basisonderwijs**

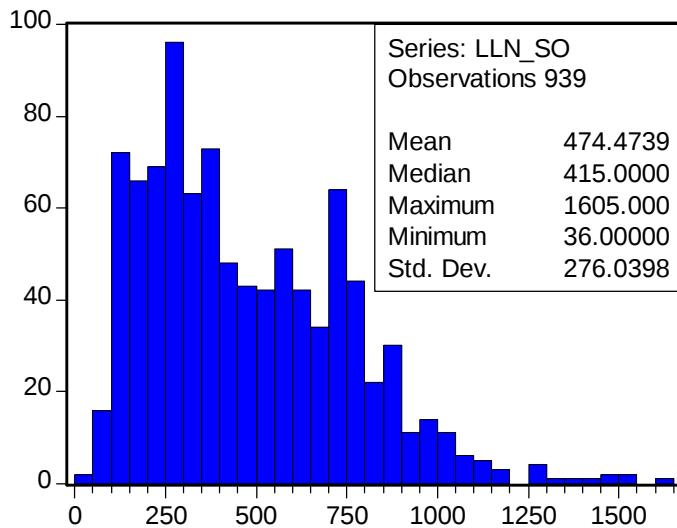


Secundaire scholen zijn over het algemeen groter dan basisscholen. De details worden in tabel 4-2 en figuur 4-3 weergegeven. Een secundaire school telt gemiddeld 474 leerlingen (mediaan: 415 leerlingen). Ongeveer een derde van de scholen heeft minder dan 300 leerlingen; 4 procent van de scholen heeft meer dan duizend leerlingen. De grootste secundaire school heeft iets meer dan 1.600 leerlingen.

**Tabel 4-2 Aantal leerlingen per school, secundair onderwijs**

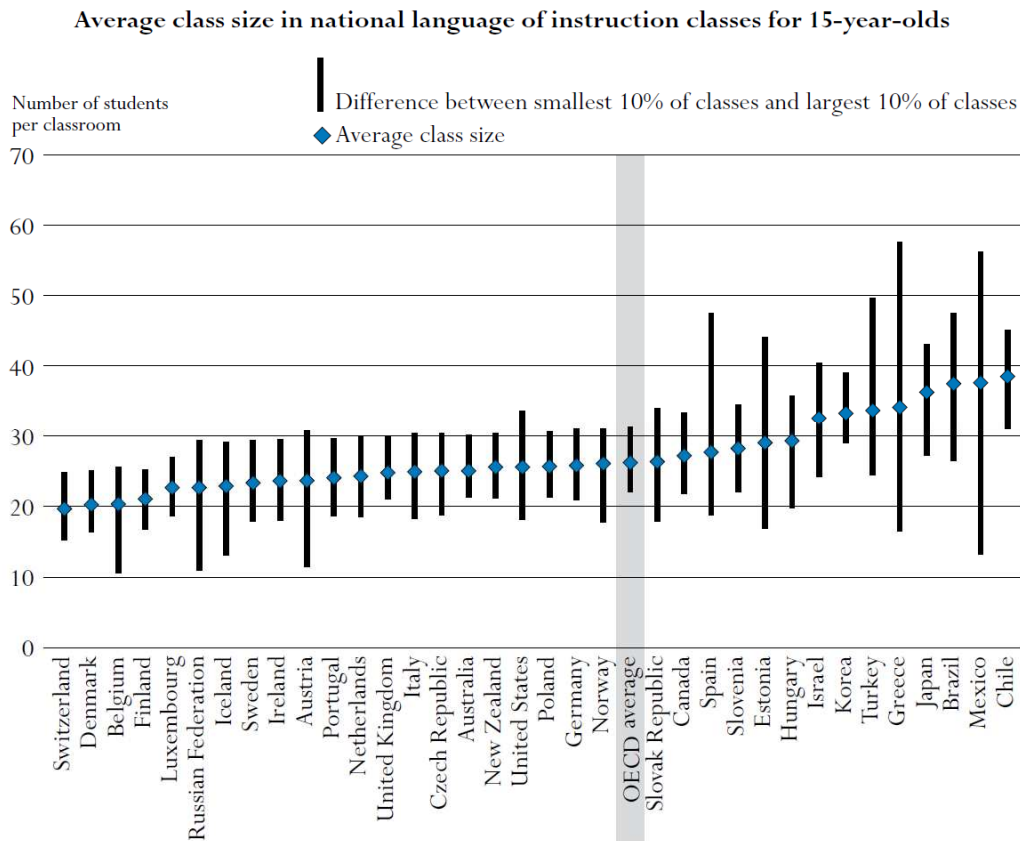
| <i>schoolgrootte</i> | <i>aantal scholen</i> | <i>percentage scholen</i> | <i>aantal scholen (cumulatief)</i> | <i>percentage scholen (cumulatief)</i> |
|----------------------|-----------------------|---------------------------|------------------------------------|----------------------------------------|
| <b>0-100</b>         | 18                    | 1,9                       | 18                                 | 1,9                                    |
| <b>101-200</b>       | 138                   | 14,7                      | 156                                | 16,6                                   |
| <b>201-300</b>       | 165                   | 17,6                      | 321                                | 34,2                                   |
| <b>301-400</b>       | 136                   | 14,5                      | 457                                | 48,7                                   |
| <b>401-500</b>       | 91                    | 9,7                       | 548                                | 58,4                                   |
| <b>501-600</b>       | 93                    | 9,9                       | 641                                | 68,3                                   |
| <b>601-700</b>       | 76                    | 8,1                       | 717                                | 76,4                                   |
| <b>701-800</b>       | 108                   | 11,5                      | 825                                | 87,9                                   |
| <b>801-900</b>       | 52                    | 5,5                       | 877                                | 93,4                                   |
| <b>901-1000</b>      | 25                    | 2,7                       | 902                                | 96,1                                   |
| <b>1001-1100</b>     | 17                    | 1,8                       | 919                                | 97,9                                   |
| <b>1101-1200</b>     | 8                     | 0,9                       | 927                                | 98,7                                   |
| <b>1201-1300</b>     | 4                     | 0,4                       | 931                                | 99,2                                   |
| <b>1301-1400</b>     | 2                     | 0,2                       | 933                                | 99,4                                   |
| <b>1401-1500</b>     | 3                     | 0,3                       | 936                                | 99,7                                   |
| <b>1501-1600</b>     | 2                     | 0,2                       | 938                                | 99,9                                   |
| <b>1601-1700</b>     | 1                     | 0,1                       | 939                                | 100,0                                  |
| <b>Totaal</b>        | <b>939</b>            | <b>100,0</b>              | <b>939</b>                         | <b>100,0</b>                           |

**Figuur 4-3 Verdeling leerlingaantallen per school, secundair onderwijs**



In vergelijking met andere OECD-landen blijkt dat het onderwijs in België (en Vlaanderen) relatief kleinschalig is. Figuur 4-4 toont een vergelijking van de gemiddelde klassengrootte voor 15-jarigen. Hieruit blijkt dat het gemiddelde aantal leerlingen per klas in België ongeveer twintig leerlingen bedraagt. De klassengrootte in België is hiermee de op twee na kleinste in de OECD-vergelijking.

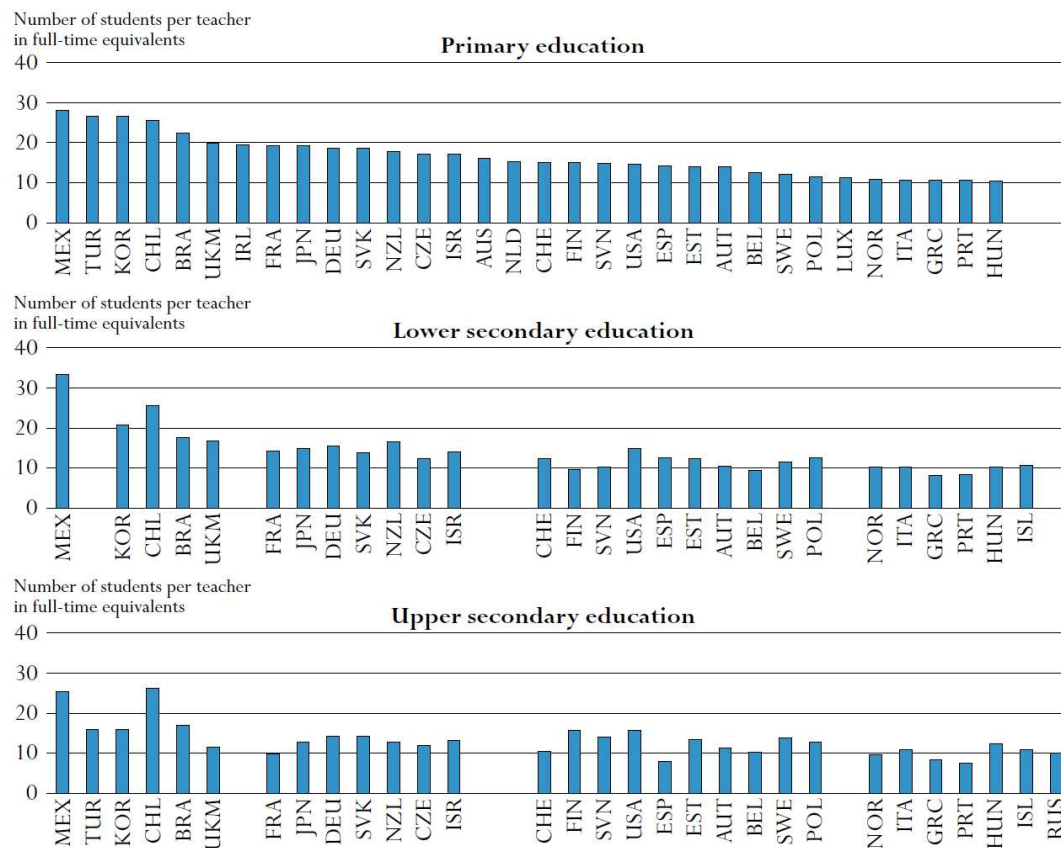
**Figuur 4-4 Gemiddeld aantal leerlingen van 15 jaar per klas in OECD-landen**



Bron: OECD (2008)

Een andere maatstaf voor schaalgrootte die de OECD in haar internationale vergelijkingen hanteert is het aantal leerlingen per fulltime equivalent (FTE)-leerkracht. Ook hieruit blijkt dat België relatief weinig leerlingen per FTE-leerkracht heeft in vergelijking met andere OECD-landen. Aparte cijfers voor Vlaanderen zijn beschikbaar via het rapport *Vlaamse onderwijsindicatoren in internationaal perspectief. Editie 2005*. Hierin staan aparte cijfers voor kleuter-, lager en secundair onderwijs. De leerling-leerkrachtratio bedraagt 17 in het Vlaamse kleuteronderwijs in Vlaanderen (16,1 voor België), 13,6 voor het Vlaamse lager onderwijs (13,1 voor België) en 10,3 voor het Vlaamse secundair onderwijs (9,9 voor België). De Vlaamse cijfers wijken dus niet al te veel af van de Belgische die door de OECD worden gepubliceerd. Bovenstaande cijfers slaan echter op het schooljaar 2002-2003 en zijn dus niet volledig vergelijkbaar met de volgende OECD-figures.

**Figuur 4-5 Aantal leerlingen per FTE-leerkracht in OECD-landen**



Bron: OECD (2008)

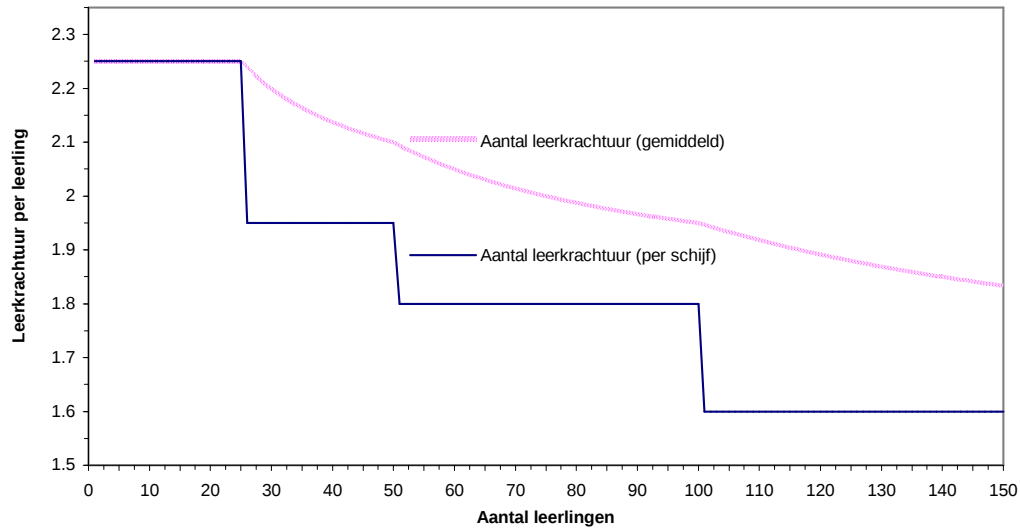
## 4.5 Oorzaken kleinschaligheid

Vooreerst is er een aantal wettelijke factoren die kleinschaligheid in de hand werken. Zo waarborgt de Grondwet de keuzevrijheid van de ouders binnen een redelijke afstand. Dit wil zeggen dat ouders de keuze moeten hebben om hun kinderen naar een school te sturen uit het vrije of uit het officiële net. Op deze manier wordt een aantal zeer kleine scholen in stand gehouden om de vrije keuze te handhaven. Ook al telt een school slechts een zeer beperkt aantal leerlingen, dan dient deze school omwille van de grondwettelijk gegarandeerde keuzevrijheid tussen een officiële en een vrije school in stand gehouden te worden, indien er geen andere school uit het betreffende net in de onmiddellijke omgeving aanwezig is.

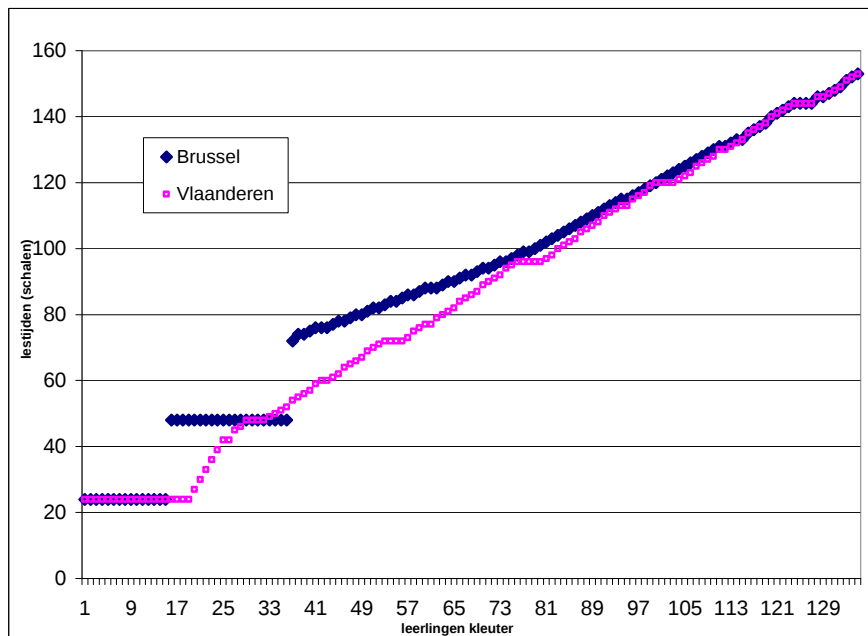
Een andere belangrijke oorzaak is de bestaande reglementering inzake omkadering (dit is het aantal leerkrachten dat door een school kan worden aangesteld). Deze omkadering is degressief: voor de eerste schijf van leerlingen kan een school aanspraak maken op meer

leerkrachten per leerling dan voor bijkomende schijven. In de figuren 4-6 tot en met 4-8 wordt een aantal grafische voorbeelden gegeven van deze degressieve omkadering.

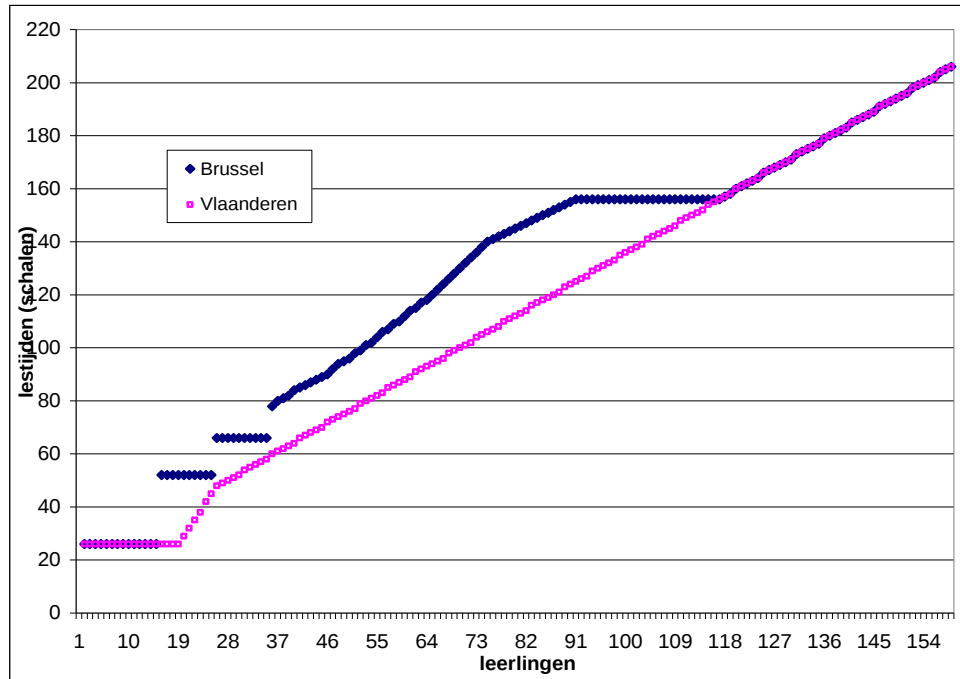
**Figuur 4-6 Voorbeeld lestijdenscalen**



**Figuur 4-7 Verband leerlingen-lestijden (op basis van de omkaderingscoëfficiënten), kleuters**



**Figuur 4-8 Verband leerlingen-lestijden (op basis van de omkaderingscoëfficiënten), lager onderwijs**



Uit de figuren 4-6 tot en met 4-8 blijkt duidelijk dat de lestijdenschalen degressief zijn en dus geen prikkels zullen geven tot schaalvergroting. Bovendien zijn er ook nog sprongen in de lestijdenschalen, waardoor enkele leerlingen meer of minder een aanzienlijk verschil in omkadering kunnen opleveren (voornamelijk bij Brusselse scholen). Voor Vlaamse scholen in Brussel gelden doorgaans gunstigere schalen dan voor scholen in Vlaanderen.

Bovendien kunnen sommige scholen die aan bepaalde voorwaarden inzake vrije keuze, afstand tot andere scholen, bevolkingsdichtheid en aantal leerlingen in de onderscheiden richtingen voldoen, aanspraak maken op zogeheten minimumpakketten. Dit zijn pakketten van uren (en dus aan te stellen leerkrachten) die voordeliger zijn dan het aantal uren waarop de school aanspraak zou kunnen maken op basis van de normale regeling via de lestijdenschalen.

Specifiek voor het basisonderwijs geldt nog dat vestigingsplaatsen van dezelfde school die op meer dan twee kilometer van elkaar liggen, apart geteld worden en dus in voordeligere omkaderingsschijven vallen. Verder zijn er nog verschillen in omkadering en degressiviteit tussen verschillende opleidingen (dit is voornamelijk van belang voor het secundair onderwijs). Een leerling in het beroeps- of technisch onderwijs krijgt bijvoorbeeld een ruimere omkadering dan een leerling die algemeen secundair onderwijs volgt.

In tabel 4-3 wordt een cijfermatig voorbeeld gegeven van de gevolgen van dit financieringssysteem voor een lagere school met één vestigingsplaats in Vlaanderen. Een kleine school met 30 leerlingen kan volgens de regelgeving aanspraak maken op 53 lestijden. Aangezien een *full-time* ambt van leerkracht in het lager onderwijs 24 lestijden vertegenwoordigt, zal deze school 2,2 FTE-leerkrachten kunnen aanstellen. Dit komt neer op 13,6 leerlingen per FTE-leerkracht. In een lagere school met een gemiddelde omvang (cfr. supra in figuur 4-2) zal het aantal leerlingen per FTE-leerkracht daarentegen meer dan negentien bedragen. Kleinere scholen kunnen dus in een ruimere, meer comfortabele omkadering voorzien dan grotere scholen en hebben in dit opzicht dan ook weinig of geen belang om sterk te groeien (of te fuseren met een andere school).

**Tabel 4-3 Simulatie lestijden en FTE-leerkrachten (lagere school met één vestigingsplaats in Vlaanderen)**

| <i>aantal leerlingen</i> | <i>aantal lestijden</i> | <i>aantal fulltime ambten</i> | <i>aantal leerlingen per ambt</i> |
|--------------------------|-------------------------|-------------------------------|-----------------------------------|
| <b>30</b>                | 53                      | 2,2                           | 13,6                              |
| <b>80</b>                | 111                     | 4,6                           | 17,4                              |
| <b>130</b>               | 170                     | 7,1                           | 18,3                              |
| <b>230</b>               | 287                     | 11,9                          | 19,3                              |
| <b>280</b>               | 345                     | 14,3                          | 19,5                              |
| <b>450</b>               | 553                     | 23                            | 19,5                              |
| <b>600</b>               | 732                     | 30,5                          | 19,6                              |

Ook de sprongen in de lestijdenschalen (zie ook figuur 4-7) kunnen, vooral voor kleinere scholen, relatief grote gevolgen hebben voor het aantal leerkrachten dat ze kunnen aantrekken. Door de discontinuïteiten in de schalen, kan één leerling meer of minder een niet te verwaarlozen impact hebben. Tabel 4-4 geeft de mogelijke resultaten voor een kleuterschool met één vestigingsplaats in Brussel. Door de discontinuïteit in de schalen tussen 16 en 17 leerlingen en tussen 38 en 39 leerlingen kan het aantal leerlingen per FTE-leerkracht zeer sterk verschillen. Een school met zestien leerlingen kan één fulltime leerkracht aanstellen. Een school met bijvoorbeeld zeventien leerlingen heeft het recht om twee fulltime leerkrachten in dienst te nemen. Voor bijkomende leerlingen binnen een bepaalde schijf is de marginale opbrengst dan weer nul.

**Tabel 4-4 Simulatie van de gevolgen van sprongen in de schalen leerkrachten (kleuterschool met één vestigingsplaats in Brussel)**

| <i>aantal leerlingen</i> | <i>aantal lestijden</i> | <i>aantal fulltime ambten</i> | <i>aantal leerlingen per ambt</i> |
|--------------------------|-------------------------|-------------------------------|-----------------------------------|
| <b>10</b>                | 24                      | 1                             | 10                                |
| <b>16</b>                | 24                      | 1                             | 16                                |
| <b>17</b>                | 48                      | 2                             | 8,5                               |
| <b>38</b>                | 48                      | 2                             | 19                                |
| <b>39</b>                | 72                      | 3                             | 13                                |

Uit voorgaande voorbeelden blijkt duidelijk dat, gemiddeld gezien, kleinere scholen over een relatief ruimere omkadering kunnen beschikken dan grotere scholen. Zo blijken de uitgaven per leerling in het secundair onderwijs voor scholen met minder dan 100 leerlingen meer dan 50 procent hoger te liggen dan in een school van een gemiddelde grootte. In scholen met 100 tot 250 leerlingen bedraagt het verschil met een gemiddelde school nog ongeveer 10 procent. Vooral zeer kleine scholen blijken dus relatief duur te zijn voor de overheid.

## **4.6 Engineering**

Hoge uitgaven (per leerling) voor de overheid betekenen echter ook hoge inkomsten per leerling voor de betrokken school. Scholen hebben er dus (financieel) belang bij om een ruime waaier van kleinschalige studierichtingen aan te bieden om op die manier het aantal leerlingen waarvoor de hoogste coëfficiënt wordt toegepast te vergroten.

Het blijkt ook dat scholen zichzelf opsplitsen om op die manier in gunstigere lestijdenscalen terecht te komen. Zo blijken meerdere scholen op hetzelfde adres gevestigd te zijn. Juridisch gezien is er sprake van aparte entiteiten, maar in de praktijk blijkt deze scheiding echter enkel op papier te bestaan. Ook kunnen scholen in sommige gevallen ervoor zorgen (bijvoorbeeld door het al dan niet aanbieden of opsplitsen van bepaalde dunbevolkte richtingen) dat ze aanspraak kunnen maken op de (gunstigere) regeling van de minimumpakketten (cfr. supra).

In het basisonderwijs kan het verplaatsen van het officiële adres (bijvoorbeeld van de voordeur naar de achterdeur) er in sommige gevallen voor zorgen dat een vestigingsplaats op meer dan twee kilometer afstand komt te liggen, zodat deze apart geteld wordt en dezelfde leerlingen dus meer leerkrachten genereren. Ook blijken sommige basisscholen vestigingsplaatsen uit te wisselen om van de aparte telling te kunnen genieten.

Wettelijk gezien zijn deze constructies perfect legaal. Deze technieken worden soms ‘engineering’ genoemd, omdat scholen op deze manier de complexiteit van de huidige wet- en regelgeving gebruiken door hun gedrag te *fine-tunen* om de meest gunstige financiering te bekomen.

#### **4.7 Verband schoolgrootte en prestaties van leerlingen**

Internationaal onderzoek toont aan dat er relatief weinig verband is tussen schoolgrootte en prestaties van leerlingen. De belangrijkste determinerende factoren om kwaliteitsverschillen in de output te verklaren zijn de sociale herkomst, de kenmerken van de *peers* (klasgenoten) en de individuele leercapaciteiten. Verder is ook de socio-economische status van de leerling (of ouders) zeer belangrijk voor de schoolprestatie van de leerling.

#### **4.8 Optimale schoolgrootte**

Het verstrekken van onderwijs zelf (het lesgeven) is reliceerbare technologie en heeft nagenoeg constante schaalopbrengsten. Wel kan men doorgaans schaalvoordelen realiseren in administratieve en logistieke functies door een betere bezetting van lokalen, bibliotheken, laboratoria en sociale voorzieningen. Globaal gezien kan men dus stellen dat onderwijs gekenmerkt wordt door dalende gemiddelde kosten per leerling, dit wil zeggen dat er schaalvoordelen aanwezig zijn en dat, vanuit een financieel en economisch standpunt, grote scholen wenselijk zijn.

Grotere scholen impliceren echter langere verplaatsingen van de leerlingen (en eventueel hun ouders) van en naar school. Deze langere verplaatsingen veroorzaken hogere privékosten, hoger risico op ongevallen, tijdverlies en andere negatieve externaliteiten.

Indien we de rechtstreekse onderwijskosten (grotendeels gefinancierd door de overheid) en de (private) verplaatsingskosten samenbrengen, blijkt er dus een *trade-off* te bestaan tussen de schaalvoordelen in het inrichten van onderwijs en de schaalnadelen in de verplaatsingskosten. De globale gemiddelde kosten zullen dus U-vormig zijn. Door de minimering van deze U-vormige gemiddelde kosten kan men een optimale schoolgrootte berekenen. De uitdrukking voor de optimale schoolgrootte is dan een functie van de vaste kosten voor de school, de verplaatsingskosten per kilometer en de leerlingendichtheid in een bepaalde regio. De optimale schaal van een school zal groter zijn, indien de vaste kosten van een school hoger zijn, de verplaatsingskosten per kilometer lager zijn en de leerlingendensiteit (aantal leerlingen per vierkante kilometer) hoger is.

## **4.9 Contradictie**

Het huidige financieringsmechanisme voor scholen in Vlaanderen geeft duidelijk geen prikkels tot schaalvergroting. Integendeel, scholen hebben er dikwijls belang bij om klein te blijven, omdat ze op deze manier kunnen beschikken over een relatief ruimere omkadering. Zeer kleine scholen zijn echter doorgaans niet echt wenselijk. De noodzakelijke professionalisering van leerkrachten, directie, administratie en ICT-deskundigen zal dikwijls moeizamer verlopen in zeer kleine organisaties. Hetzelfde geldt voor het moderniseren van didactisch materiaal, labo's, werkplaatsen, machines en computers. Verder kan in een grotere school de bestaande infrastructuur (sporthal, bibliotheek, werkplaatsen, labo's en pc-klassen) op een betere manier benut worden. Bovendien dalen de gemiddelde kosten per leerling (schaalvoordelen) en leggen zeer kleine scholen een relatief groot beslag op de schaarse overheidsmiddelen. Zolang het financieringsmechanisme echter (perverse) prikkels blijft geven, zullen ook de zeer kleine scholen hierdoor in stand gehouden worden.

## 5 Schaalgrootte in het onderwijs

Peter Smets<sup>1</sup>

### 5.1 Doorgeschoten?

Schaalvergroting in het onderwijs is doorgeschoten. Dat idee heeft zo stevig postgevat in de hoofden van de Nederlanders, dat het niemand meer uit het hoofd te praten is. Veel problemen in het onderwijs worden één op één gekoppeld aan schaalvergroting: toegenomen anonimiteit, verminderde sociale veiligheid, ambtenarij, voortijdig schoolverlaten en doorgeschoten salarissen aan de top. De dag na het congres ‘Schaalvergroting in Zorg en Onderwijs’ (28 november 2008) schreef de minister van Onderwijs, Ronald Plasterk, een brief met deze strekking aan de Tweede Kamer (Tweede Kamer 2008). Schaalvergroting is een zondebok, waardoor er van alles en nog wat mee in verband gebracht wordt, wat er maar ten dele mee te maken heeft. De minister erkent dat zwakke verband tussen schaalvergroting en vermeende problemen zelf ook in zijn brief. Hij schrijft op bladzijde 7 dat wetenschappelijk onderzoek naar schaalvergroting niet eenduidig in een bepaalde richting wijst. Dat weerhoudt hem er overigens niet van maatregelen te nemen.

Deze bijdrage gaat over de geschiedenis van de schaalvergroting in het Nederlandse onderwijs. Wanneer en waarom zijn scholen groter geworden en wat is daar het effect van geweest; gepland en gewenst, en ongepland en onverwachts?

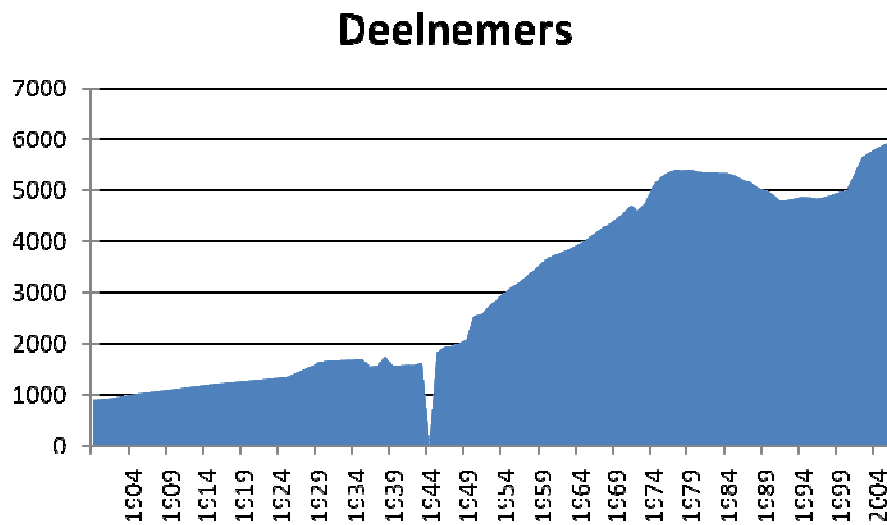
### 5.2 Meer onderwijsdeelnemers

Schaalvergroting is op de eerste plaats een effect van een sterke groei in het aantal deelnemers aan onderwijs. In figuur 5-1 is te zien hoe het aantal deelnemers aan voltijdonderwijs van begin 1900 tot 2006 is gestegen.

---

<sup>1</sup> Ir. Peter Smets is consultant en voormalig partner van Hover en Smets.

Figuur 5-1 Aantal voltijddeelnemers ( $\times 1.000$ ) aan onderwijs 1900-2006



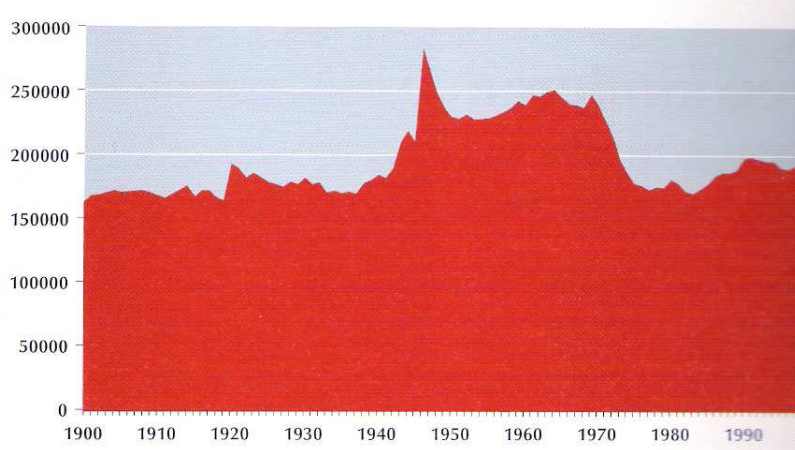
Bron: CBS (1994); CBS Statline

In 1900 gaan 890.000 voltijddeelnemers naar school: kleuteronderwijs, lager onderwijs, nijverheidsonderwijs en wetenschappelijk onderwijs. In 1905 wordt het miljoen gepasseerd. De groei loopt tot aan de Tweede Wereldoorlog (1940) door tot 1,55 miljoen. In 1944 waren de scholen allemaal gesloten voor onderwijs. Na de oorlog zet het onderwijs een enorme groeispurt in. De aantallen lopen zeer snel op. In 1949 wordt de 2 miljoen gepasseerd, in 1955 de 3 miljoen, in 1965 de 4 miljoen en in 1974 de 5 miljoen. In 1979 wordt een top bereikt (5,4 miljoen). Dan volgt een neergang met een dieptepunt in 1991 (4,8 miljoen), waarna de groei weer opnieuw inzet. In 2006 meldt het CBS een nieuw maximum van 5,9 miljoen voltijddeelnemers.

De groei heeft op de eerste plaats een demografische oorzaak. De bevolking neemt in honderd jaar toe (van 5 naar 16 miljoen) en daardoor het aantal mensen dat naar school gaat. De geboortecijfers schommelen na de oorlog. Figuur 5-2 geeft het aantal levendgeborenen per jaar. Het aantal schommelt tot aan de oorlog rond de 175.000 per jaar, stijgt na de oorlog tot een ongekend hoogtepunt, 280.000, en zakt tussen 1969 en 1974 naar vooroorlogse niveaus. In de jaren negentig trekken de geboortecijfers weer aan tot bijna 200.000 per jaar. Van grote invloed op de onderwijsdeelname zijn de geboortegolf na de Tweede Wereldoorlog geweest en de 'pilknik'. De pilknik komt na de ontdekking van de anticonceptiepill en de brede maatschappelijke acceptatie ervan. De geboortegolf zorgt voor een onvoorzien groot aantal nieuwe leerlingen die zich in de jaren daarna als een prop door het onderwijsstelsel persen. De pilknik plaatst het onderwijs voor grote problemen, omdat het onderwijs ingesteld is op een jaarlijkse groei en plotseling te maken krijgt met stilstand en krimp. Lerarenopleidingen, vooral kweekscholen, komen krakend tot stilstand en zullen niet meer in staat blijken die klap

weer te boven te komen. Het kartel van de denominatieve richtingen<sup>2</sup> die de groei onder elkaar verdelen, verliest zijn betekenis en daarmee zijn kracht. De zuilen vallen – niet alleen hierdoor – om.

**Figuur 5-2 Absoluut aantal levendgeboren kinderen in Nederland 1900-2005**



Bron: Beets 2008: 28

### ***5.3 Onderwijsbeleid gericht op meer leerlingen die langer naar school gaan***

Het onderwijsbeleid heeft in belangrijke mate bijgedragen aan de groei van het onderwijs. In 1900 wordt de leerplicht ingevoerd voor het lager onderwijs. De wet verplicht alle kinderen van 6 tot 12 jaar naar school te gaan en zorgt ervoor dat bijna alle kinderen van die leeftijd vanaf dat moment naar school gaan. Na de oorlog nemen vrijwel alle kinderen deel aan het kleuteronderwijs, dat overigens pas in 1956 een stevige wettelijke basis krijgt. Het voortgezet onderwijs begint in die tijd ook te groeien, zeker als de naoorlogse kinderen massaal voortgezet onderwijs blijken te gaan volgen. In 1968 zet de Wet op het voortgezet onderwijs (WVO) de poort nog verder open. Het middelbaar beroepsonderwijs doet zijn intrede en weet in veertig jaar vanuit het niets (1% van de deelnemers in 1965) een marktaandeel van 50 procent te behalen. In de jaren negentig doen de leerwegen hun intrede in het beleid. Aanvankelijk bedoeld als efficiency maatregel om langere – en dus duurdere – leerroutes, zoals van mavo naar havo en van havo naar vwo, tegen te gaan. Bij de daadwerkelijke invoering is die reden vergeten en

<sup>2</sup> Nieuwe scholen voor primair onderwijs werden automatisch gesticht en kregen een richting die een afspiegeling was van de aanwezige verdeling in de gemeente. Scholen voor voortgezet onderwijs vielen onder de zogenoemde planprocedure (een kartel uit het boekje), toen de Wet op het voortgezet onderwijs gold (na 1968). Daarbij kon een schoolbestuur, meestal een zittend schoolbestuur of een bestuur met steun van de landelijke zuil opgericht, een school van de eigen richting aanvragen. Bepalend voor de toestemming was het aantal kinderen op de lagere scholen, later basisscholen, van de eigen richting. Of die kinderen ook daadwerkelijk naar die scholen gingen, was niet van belang.

zijn de leerwegen vooral gaan werken als verlengingen van schoolloopbanen, omdat vrijwel iedereen tertiair onderwijs gaat volgen en via het beroepsonderwijs de weg naar hoger onderwijs ook wordt opengesteld.

**Tabel 5-1 Onderwijsbeleid gericht op groei**

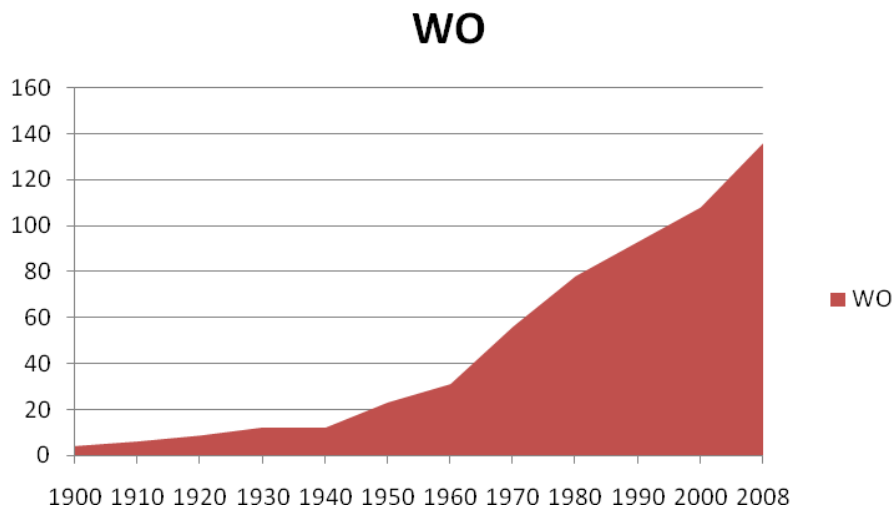
|             |                                                                      |
|-------------|----------------------------------------------------------------------|
| <b>1900</b> | leerplicht, meer kinderen naar lager onderwijs (1917 gelijkstelling) |
| <b>1950</b> | kleuteronderwijs (1956) en groei voortgezet onderwijs                |
| <b>1963</b> | <i>Hoger onderwijs voor velen</i>                                    |
| <b>1968</b> | WVO; start mbo (van 1% > 50%), groei hbo                             |
| <b>1986</b> | Wet studiefinanciering                                               |
| <b>1990</b> | leerwegen (voortgezet onderwijs, mbo > hbo)                          |
| <b>2000</b> | hoger onderwijs helft van de bevolking                               |

Het wetenschappelijk onderwijs krijgt in 1963 zijn eerste grote impuls om te groeien met de nota *Hoger onderwijs voor velen*. Universiteiten breiden uit en enkele nieuwe worden gesticht. Het hoger beroepsonderwijs groeit onder de WVO (1968), omdat er naast de klassieke richtingen in de techniek en de lerarenopleiding nieuwe richtingen in de economisch-administratieve beroepen en zorg worden toegevoegd en de stichting van scholen voor hoger beroepsonderwijs vereenvoudigd wordt. In 1986 maakt Deetman de studiebeurs toegankelijk voor de middengroepen, waardoor een tweede stimulans gegeven wordt aan het wetenschappelijk onderwijs en hoger beroepsonderwijs. De derde prikkel komt van de invoering van leerwegen en profielen.

De vierde maatregel komt van de Europese Unie, die in het Verdrag van Lissabon het doel stelt dat de helft van de bevolking op het niveau van hoger onderwijs moet gaan uitstromen.

De groei van het wetenschappelijk onderwijs is te zien in Figuur 5-1, waarin het aantal studenten van het wetenschappelijk onderwijs per 1000 inwoners van 18-25 jaar staat afgebeeld. In 1900 gaan 2,8 personen van de 1000 inwoners tussen de 18 en 25 jaar naar de universiteit. Na de oorlog, vooral na 1960, zet de groei een versnelling in. Het getal schiet omhoog en is in 2008 aangekomen bij 136 studenten per 1000 inwoners van 18-25 jaar.

Figuur 5-3 Aantal studenten WO per 1000 inwoners van 18-25 jaar



Bron: CBS Statline

Al honderd jaar is het beleid erop gericht om jonge mensen langer naar school te laten gaan en iedereen in een leeftijdscohort een opleiding te laten volgen. Dit onderwijsbeleid, dat groei in de lengte en de breedte bevordert, is – met de groei van de bevolking – de belangrijkste oorzaak van de schaalvergroting in het onderwijs.

#### **5.4 Gevolgen: betere kwalificatie, meritocratische selectie, hogere kosten en afnemende marginale opbrengst**

De doorgaande groei van het onderwijs heeft veel teweeggebracht. Het belangrijkste is dat de bevolking tegenwoordig op een veel hoger niveau is *gekwalificeerd*. De scholing van bijna iedereen tot op het niveau van beginnend beroepsbeoefenaar, die past bij de interesse die bij hem of haar past, is een geweldige stap voorwaarts, die bijdraagt aan welvaart en welzijn van de bevolking. Een tweede gevolg van het onderwijs is dat de *selectie* in het onderwijs nu plaatsvindt op basis van kunnen. Aanleg, inzet en motivatie bepalen in hoge mate de einduitkomst van de schoolloopbaan en niet langer de sociale afkomst. Het onderwijs werkt volgens een *meritocratisch principe*.

De groei van het onderwijs *kost veel geld*, omdat onderwijs – zoals het doorgaans gegeven wordt – nauwelijks efficiënter gegeven kan worden. De onderwijskosten nemen voortdurend toe en staan tegelijkertijd onder permanente druk om zo laag mogelijk te blijven. Omdat in Nederland de algemene toegankelijkheid tegen voor iedereen gelijke voorwaarden heel belangrijk gevonden wordt, krijgen andere geldbronnen geen toegang tot het onderwijs, opdat de geldschietters niet meer, beter of ander onderwijs krijgen aangeboden.<sup>3</sup> Het gevolg is dat de kwaliteit van onderwijs steeds onder druk staat, omdat

<sup>3</sup> Potentiële private geldschietters in het onderwijs zijn op de eerste plaats ouders en – op latere leeftijd – studenten die willen investeren in hun eigen opleiding. Op de tweede plaats komen bedrijven, instellingen

scholen vanwege het beperken van de kosten het onderwijs tot een minimum beperken, goedkoper laaggeschoold personeel inhuren, goedkope onderwijsmiddelen gebruiken, enzovoort.

Het meritocratisch selectieprincipe heeft schaduwkanten, omdat het samengaat met het idee dat (a) iedereen alles kan bereiken en (b) de eisen van de samenleving zonder meer opgeschroefd kunnen worden. Een voorbeeld daarvan is het Europese beleidsdoel de helft van de bevolking op hoger onderwijsniveau af te leveren. Dat beleidsdoel gaat ervan uit, dat die mogelijkheid er is en scholieren en studenten dat kunnen en willen. Maakbaarheid ten top?

De problemen laten zich zien in voortijdig schoolverlaten en de ontdekking van steeds weer nieuwe onderwijsaandoeningen: dyslexie, dyscalculie, dyspraxie, ADHD, autisme, enzovoort. Wat vroeger als een gebrek aan aanleg, inzet of motivatie werd gezien, is nu een invaliditeit geworden die behandeld kan en moet worden of moet leiden tot aangepaste, meestal lichtere, individuele eisen. Als de selectie vroeger een gave liet opbloeien, legt de selectie nu een accent op een tekort of gebrek.

De groei van het onderwijs nadert de grenzen van wat nog mogelijk is. Er is sprake van een *afnemende marginale opbrengst*. Mensen nog langer naar school sturen, kost veel van de mensen en de samenleving, maar brengt verhoudingsgewijs steeds minder op. Het vergt een ander artikel om dat verder te onderbouwen en niet alleen omdat kosten en opbrengsten op meerdere niveaus (individu, huishouden, bedrijven of samenleving) bekeken kunnen worden. Laat ik hier en nu volstaan met een illustratie van groepen scholieren die te laag gekwalificeerd uit het onderwijs stromen. Dat is niet goed voor de betrokkene zelf en voor de maatschappij evenmin, omdat de kans op een onzelfstandig (economisch) bestaan levensgroot is en hoge maatschappelijke kosten (geen eigen inkomen, blijvende zorg van ondersteunende instellingen noodzakelijk) verwacht kunnen worden. De groep jongeren, jonger dan 22 jaar, die zonder primaire startkwalificatie het onderwijs verlaat, vormt ongeveer 4 procent van het totaal (CBS 2007, erratum 2007: 101). De helft daarvan heeft na een jaar toch betaald werk gevonden. De jongeren die overblijven (2% van het totaal) zijn soms nog erg jong (15 of 16 jaar) en hebben nog een tweede kans.<sup>4</sup> De meesten hebben vrijwel zonder uitzondering de ervaring dat de opleidingen die ze volgen te hoog gegrepen zijn, omdat ze struikelen op schoolse vakken, zoals taal en rekenen. De kans dat zij op een nieuwe opleiding opnieuw falen omdat die te hoog gegrepen is, is levensgroot. Het is buitengewoon verstandig – alleen al om enige eigenwaarde te behouden – om die ervaring te vermijden. Het onderwijs en de samenleving zijn in staat om die 2 procent verder in het onderwijs te brengen. Erg? Te moeilijk om te aanvaarden dat het onderwijs niet alles kan? De kosten die voor die 2

---

en sponsors. Ouders, studenten en alle anderen zijn bereid om extra te betalen voor extra onderwijs, maar niet als er geen extra onderwijs tegenover staat. De staat bepaalt nu via wetgeving de prijs die iedereen voor onderwijs moet betalen (collegegeld, schoolbijdragen, verbod op schoolbijdrage tijdens de leerplicht). Dat werkt als een belasting en niet als een prijs voor onderwijs.

<sup>4</sup> De kans op betaald werk van deze groep is groter als ze op latere leeftijd voortijdig uitstromen, het laatste onderwijs mbo beroepsbegeleidend was (daarna mbo beroepsbegeleidend, voortgezet onderwijs) en autochtoon of man zijn. De percentages werk schommelen tussen 5 en 90.

procent gemaakt moeten worden zijn in ieder geval veel groter dan de mogelijke baten voor het individu en voor de samenleving.

Voortijdig schoolverlaten en andere genoemde problemen worden geweten aan de schaalvergroting van scholen, maar het is eerder terug te voeren op het voortdurend opvoeren van eisen en het langer naar school sturen van mensen die weinig meer kunnen leren op school of die dat niet willen.

### ***5.5 Scholen tot de jaren negentig: relatief klein***

Waar is die groeiende stroom leerlingen en studenten in de afgelopen honderd jaar naar school gegaan? Hoe groot waren die scholen?

De schaalvergroting is in 1900 bij de invoering van de leerplicht opgevangen in scholen in de buurt. Openbaar en bijzonder onderwijs stonden naast elkaar. De openbare scholen zijn in 1900 bekostigd en nemen het grootste deel van de leerlingen voor hun rekening, ongeveer twee derde. In 1917 komt de financiële gelijkstelling van bijzonder en openbaar onderwijs, het bijzonder onderwijs krijgt een veel groter marktaandeel, en men kiest voor kleine scholen in de buurt. Het totaal aantal (vooral kleinere) scholen neemt daardoor flink toe. Dat is in het kleuter- en lager onderwijs het geval, maar ook in het voortgezet onderwijs. Het beroepsonderwijs wijkt daarvan af en is grootschaliger, omdat de Nijverheidswet, waar het technisch en huishoudonderwijs in die tijd onder valt, geen verzuiling kent. Dat verandert met de invoering van de WVO in 1968. Het beroepsonderwijs verzuilt en krijgt scholen van beperkte schaal om elke zuil aan zijn trekken te laten komen. De situatie komt de kwaliteit van het onderwijs niet echt ten goede, omdat nogal wat scholen onder een kritische massa blijven. Lagere scholen en basisscholen met respectievelijk zes of acht leerjaren zijn in de jaren zeventig en tachtig zelden groter dan zes of acht groepen. Scholen voor voortgezet onderwijs hebben moeite om de volle breedte van het vakkenpakket aan elke leerling aan te bieden.

### ***5.6 Omslag: minder kinderen, minder geld, meer autonomie***

In de jaren tachtig treedt een stagnatie in de groei van het onderwijs op. De pil doet zijn werk. Er zijn minder kinderen en het onderwijs krimpt. In dezelfde periode zijn de kabinetten-Lubbers genoodzaakt grote bezuinigingen door te voeren in de overheidsfinanciën. Het onderwijs wordt flink aangeslagen, omdat het een groot deel van de rijksuitgaven voor zijn rekening neemt. Het onderwijs komt onder druk te staan. In de scholen, waar de naoorlogse generatie aan het werk gegaan is, ontstaat in dezelfde tijd een sterke beweging om meer zeggenschap te krijgen over het reilen en zeilen in de school. De leerkrachten en leidinggevend in de scholen vinden dat het ministerie de gang van zaken in de school te centralistisch tot in detail zaken regelt. Scholen ontvangen bijna dagelijks circulaires van het departement met voorschriften. De Nederlandse Katholieke Schoolraad, de katholieke koepelorganisatie, maakt zich woordvoerder van

die onvrede en lanceert in 1979 de gedachte van een relatief autonome school, waarbij er minder vanuit het departement geregeld wordt en meer wordt overgelaten aan scholen (NKSР 1979).

### **5.7 Fusies: aansturen met bekostiging en minder overheidsmiddelen ruilen tegen meer autonomie van scholen**

De drie krachten, bekostiging, aansturing en autonomievergroting, zijn leidend in de beleidsbeslissingen van de jaren tachtig en negentig. Het begint in 1983 met de HEF-VO nota, de herstructurering en fusie voortgezet onderwijs, waarin geprobeerd wordt via wetgeving in het voortgezet onderwijs tot grotere eenheden te komen. Dat mislukt. In hetzelfde jaar wordt op geheel andere wijze eenzelfde poging gewaagd in het hoger beroepsonderwijs. Niet via wetten en voorschriften komt de eerste fusiegolf op gang, maar via een procesbenadering waarbij de directies van scholen gestimuleerd worden te fuseren. De STC-operatie, schaalvergroting, taakverdeling en concentratie, slaagt boven verwachting. Het hoger beroepsonderwijs krijgt een opwaardering naar hoger onderwijs (kost niets) en de bekostiging wordt zo veranderd, dat het nadelig wordt om klein te blijven. Het wordt zelfs onmogelijk gemaakt om kleine afdelingen in stand te houden, omdat de opheffingsnorm die gekozen wordt, zo is bepaald, dat de meerderheid van de hbo-scholen wel in beweging moest komen om te blijven bestaan.<sup>5</sup>

De aanpak van het hbo wordt gekopieerd in het middelbaar beroepsonderwijs in 1988 in de SVM-operatie, schaalvergroting en vernieuwing mbo. In 1991 zijn de basisscholen aan de beurt met de operatie *Toerusting en Bereikbaarheid*. In 1992 vindt een tweede poging plaats in het voortgezet onderwijs die nu wel slaagt. De helft van het scholenbestand, zelfstandige mavo's, verdwijnt en gaat op in scholengemeenschappen met verschillende breedten. De universiteiten blijven buiten de schaalvergrotingsoperatie, omdat het van begin af aan al grote instellingen zijn die de groei van studenten goed kunnen opvangen.

De basis van alle schaalvergrotingsoperaties is de linearisering van de bekostiging. Geen vaste voet meer en een vaste bijdrage per deelnemer. Daarnaast gaat het financieringssysteem over van een declaratie- naar een lumpsumstelsel, dat vrijheid van handelen in de besteding van beschikbare middelen geeft. Als derde draagt het Rijk de ziekte- en werkloosheidsrisico's over aan schoolbesturen. In het beroepsonderwijs geeft het Rijk het onroerend goed aan de schoolbesturen. Al die overdrachten leveren het Rijk grote bezuinigingen op en verminderen de bestuurslast van het Rijk. Scholen zijn in de nieuwe bekostiging beter af als ze groter worden en schoolbesturen moeten wel groter

---

<sup>5</sup> De Pabo's zeuren bij minister Pais om een uitzondering. De geïrriteerde minister geeft hen in alles wat ze eisen gelijk. Ze hoeven niet te voldoen aan de getalsnormen. De Pabo's zijn overdonderd door de generositeit van de minister. Deze duivelsgift zet de Pabo's definitief op achterstand, omdat ze in belangrijke mate buiten de ontwikkelingen van het hbo komen te staan en hun traditioneel leidende positie in het onderwijsbeleid compleet kwijtraken.

worden om de ziekte- en werkloosheidsrisico's te kunnen dragen. Dat is zeker zo als ook nog de risico's van eigen onroerend erbij komen. Scholen krijgen meer speelruimte door de lumpsumbenadering en eigen zeggenschap over het onroerend goed. Ze kunnen daardoor efficiënter met hun geld omgaan.

## **5.8 Loze onderwijskundige argumenten voor de fusie**

De argumenten die voor de fusies worden gebruikt zijn deels van financiële aard: optimaal gebruik van voorzieningen, bevorderen van doelmatigheid, financieel robuustere instellingen en het bestuurs- en managementvermogen van scholen benutten. De hoofdmoot van de argumentatie is echter van onderwijskundig van aard. De nota's spreken van onderwijskundige meerwaarde, multisectorale samenwerking, betere doorstroming tussen onderwijsprogramma's, enzovoort. Het is op dat moment al wel te zien dat dit retoriek is, maar er zijn onvoldoende krachten om dat sterk naar voren te brengen. De financiële prikkels sturen de kant van fusies op en de toegenomen eigen beslissingsruimte wordt ervaren als een weldaad. Scholen worden in rap tempo slimmer in het doelmatig besteden van middelen en weten zo een flink deel van de bezuinigingen te compenseren.

## **5.9 Onbedoelde gevolgen: moeizame opbouw bedrijfsvoering en afstoten van personeel**

Een onbedoeld gevolg van de fusies is – naast doorfuseren, waarover direct meer – dat scholen veel moeite hebben om de kennis en kunde te verwerven om de grotere organisaties te besturen en te managen. Veel directeuren komen in directies terecht of in stafdiensten, waarvoor ze niet geschikt zijn of waar ze met te veel zijn. Scholen hebben bovendien onvoldoende bedrijfskundige instrumenten in huis om de bedrijfsvoering op orde te krijgen. Het onderwijsgevend personeel heeft moeite met de grotere organisatie. Onderwijsgevendens zijn gewend aan een platte organisatie en een rechtstreeks contact met de directie die weinig te zeggen heeft, omdat de regels van het ministerie tot in detail voorschrijven wat wel en wat niet mag. Nu krijgen de docenten te maken met een afstandelijke directie en voorschriften van de eigen organisatie. Onderwijsgevendens hebben daar grote moeite mee. Vaak is de kritiek terecht, omdat de bedrijfsvoering in aanvang ronduit amateuristisch is.

Omdat in deze periode de onderwijsdeelname afneemt of constant blijft, is de overheid royaal met regelingen voor vervroegde uittrekking. In het hbo komt zelfs de mogelijkheid om met vijftig jaar het onderwijs te verlaten met behoud van salaris en pensioen. In het onderwijs wordt ook veelvuldig gebruikgemaakt van de Wet op de arbeidsongeschiktheidsverzekering (WAO). Een ongekend groot aantal onderwijsgevendens en leidinggevendens verlaat het onderwijs. Omvangrijke omscholings- en herplaatsingsprogramma's proberen personeelsleden naar een baan buiten het

onderwijs te leiden. Er wordt veel gebruikgemaakt van de regeling, maar herplaatsingen zijn er nauwelijks. Het is vooral scholing. De scholen verliezen veel bekwame mensen door de sociale regelingen.

### ***5.10 Verloop van fusies en doorfuseren***

Hoe verlopen de fusies tussen scholen? Elke fusie heeft zijn eigen geschiedenis. In een onderzoek voor de Onderwijsraad zijn enkele cases onderzocht die model kunnen staan voor alle fusies, omdat er veel onderlinge overeenkomsten zijn (Baarda en Smets 2005). Vóór de fusiegolf van de jaren tachtig en negentig waren de meeste scholen klein: een bestuur met een school. Vooral gemeenten, Rijk, enkele katholieke schoolbesturen en standsorganisaties in de landbouw hadden grote schoolbesturen in het basis- en voortgezet onderwijs. Gemeenten op grond van hun wettelijke taak, Rijk omdat gemeenten in sommige gebieden weigerden openbare scholen voor voortgezet onderwijs te stichten, en katholieke schoolbesturen omdat kloosterorden of particulier initiatief ten behoeve van de emancipatie van katholieken scholen hebben gesticht. Het kwam veel in het oosten en zuiden van het land voor, maar het bleef daartoe niet beperkt. Standsorganisaties in de landbouw hadden economische belangen om landbouw- en huishoudonderwijs te beginnen. In al deze gevallen ging het om grote schoolbesturen, maar niet om grote scholen.

Het overheidsbeleid van de jaren tachtig en negentig zet fusies van scholen in gang. Na een eerste fusiegolf in het hele onderwijs – behalve het wetenschappelijk onderwijs – gaan de fusies door. Het is geen overheidsbeleid meer, maar het proces lijkt niet meer te stoppen. De redenen voor het alsmaar doorfuseren zijn in het primair en voortgezet onderwijs anders dan in het beroepsonderwijs. In het primair en voortgezet onderwijs gaat het om zwaan-kleef-aan. Schoolbesturen met één school, de zogenoemde éénpitters, vinden het steeds moeilijker om als schoolbestuur te functioneren. De eisen en risico's nemen toe, omdat er centraal minder geregeld wordt en bestuurders, meestal vrijwilligers, voelen zich niet meer in staat de school te besturen. Zij gaan op zoek naar een groot schoolbestuur met stafbureau, dat hun school wil overnemen.

In het beroepsonderwijs zijn de doorgaande fusies een haasje-over spel. Een ROC of hogeschool ziet dat in zijn omgeving de collega-instelling groter wordt en voelt zich geroepen verder te fuseren om een vergelijkbare schaal en invloed te behouden. De partners vinden ze in de regio of aan de grenzen van de regio.

### ***5.11 Worden de instellingen steeds groter?***

De fusies in het primair en voortgezet onderwijs van de jaren tachtig en negentig hebben tot grotere scholen geleid. Gemiddeld is een basisschool tweemaal zo groot geworden en heeft die nu gemiddeld ongeveer 200 leerlingen. In het voortgezet onderwijs zijn

scholengemeenschappen ontstaan die gemiddeld driemaal zo groot zijn en gemiddeld ongeveer 1400 leerlingen hebben. De schoolomvang blijft sindsdien rond deze niveaus hangen. Het doorfuseren in dit deel van het onderwijs gaat over het ontstaan van grotere schoolbesturen.

In het beroepsonderwijs zijn veel grotere sprongen gemaakt. Een ROC heeft nu gemiddeld 7000 deelnemers en een hogeschool 7300. Er zijn grote verschillen. ROC's en hogescholen fuseren verder en hogescholen groeien ook nog eens autonoom. Zowel ROC's als hogescholen hebben de gewoonte verlaten om unilocaties te bouwen. ROC's en hogescholen stichten steeds meer kleine vestigingen die dicht bij huis onderwijs aanbieden. Op het niveau van de deelnemer verandert de schaal nauwelijks meer en is er op plaatsen een deconcentratie aan de gang.

### ***5.12 Samenvatting en conclusie: schaalvergroting is het probleem niet***

Schaalvergroting in het onderwijs is een gevolg van demografie en onderwijsbeleid. Het onderwijsbeleid, steeds meer mensen langer naar school, levert een enorme bijdrage aan de welvaart en het welzijn van mensen, omdat het iedereen de kans geeft zich te kwalificeren op het niveau van zijn kunnen en in de richting van zijn wensen. De keerzijde is dat onderwijsbeleid tegen de grenzen van het mogelijke aan loopt. Onderwijs heeft te maken met afnemende marginale meeropbrengst en de samenleving leert dat kennen door falend onderwijs; voortijdig schoolverlaten, anomie en een oplopend aantal nieuwe beperkingen van mensen, die vroeger werden gezien als beperkte capaciteiten van de leerling.

In de jaren tachtig en negentig zijn scholen via fusies groter geworden. Drijfveren waren terugloop van deelnemersaantallen door demografische factoren, bezuinigingen op het onderwijs en een decentralisatie van bevoegdheden naar scholen, waardoor die autonomer werden en doelmatiger met financiële middelen konden omgaan. De onderwijskundige argumenten voor fusies zijn niet bepalend geweest.

De bedrijfsvoering van grote scholen is en wordt met veel opvallen en opstaan geleerd. Bestuur, management, stafdiensten en onderwijsgevers moeten een lange weg gaan om doelmatig te werken in grotere organisaties, die zelf meer beslissingsbevoegdheden hebben. Veel van de kritiek op grote scholen, bureaucratie, falend management, middelmatige besturen, zwalkend onderwijskundig beleid en incompetent docenten is terug te voeren op de zwakke bedrijfsvoering.

De fusies gaan in het basis- en voortgezet onderwijs verder als besturenfusies. Scholen blijven ongeveer even groot. In het beroepsonderwijs worden instellingen groter, maar is er intern sprake van deconcentratie.

Uit onderzoek blijkt steeds weer, dat schaalgrootte van scholen maar weinig te maken heeft met kwaliteit, welbevinden of met wat dan ook. Het hangt boven een bepaalde

kritische massa sterk van de interne organisatie en het schoolbeleid af, welke effecten optreden.

De minister heeft het in zijn eerder aangehaalde brief over de menselijke maat van het onderwijs. 'Een menselijke maat', zegt de minister de commissie-Dijsselbloem na, 'houdt in dat een instelling overzichtelijk is, zodat de betrokkenen en de belanghebbenden zeggenschap en keuzevrijheid hebben en zich samen verantwoordelijk weten voor de school en de lijnen van besluitvorming kort zijn.' Zeggenschap, in de brief 'legitimatie' in de betekenis van 'invloed uitoefenen' genoemd, en keuzevrijheid zijn twee belangrijke waarden voor een menselijke maat. Misschien is het beter om die twee onderwerpen in de toekomst bij de kop te pakken in plaats van schaalgrootte: hoe kan de invloed van ouders en deelnemers gewaarborgd worden en hoe is keuzevrijheid, in de zin van voldoende variatie in opleidingsrichtingen en opleidingsmethoden, te verzekeren? Grotere instellingen lenen zich bij uitstek voor keuzevrijheid en variatie.

## 6 De voordelen en nadelen van fusies tussen ziekenhuizen

Peter Bogetoft en Misja Mikkers<sup>1</sup>

### 6.1 Inleiding

Adam Smith begon zijn beroemde boek ‘An Inquiry into The Nature and Causes of the Wealth of Nations’ met een verhandeling over de specialisatie van arbeid. Meteen al in het eerste hoofdstuk geeft hij zijn beroemde voorbeeld van een speldenfabriek (Smith 1776).

*‘To take an example, therefore, from a very trifling manufacture; but one in which the division of labour has been very often taken notice of, the trade of the pin-maker; a workman not educated to this business (which the division of labour has rendered a distinct trade), nor acquainted with the use of the machinery employed in it (to the invention of which the same division of labour has probably given occasion), could scarce, perhaps, with his utmost industry, make one pin in a day, and certainly could not make twenty. But in the way in which this business is now carried on, not only the whole work is a peculiar trade, but it is divided into a number of branches, of which the greater part are likewise peculiar trades. One man draws out the wire, another straightens it, a third cuts it, a fourth points it, a fifth grinds it at the top for receiving the head; to make the head requires two or three distinct operations; to put it on, is a peculiar business, to whiten the pins is another; it is even a trade by itself to put them into the paper; and the important business of making a pin is, in this manner, divided into about eighteen distinct operations, which, in some manufactories, are all performed by distinct hands, though in others the same man will sometimes perform two or three of them.’*

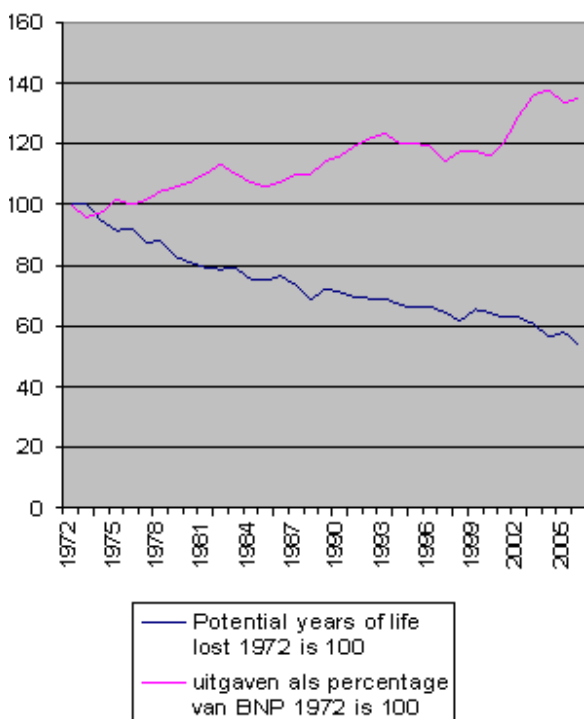
Ook in de medisch-specialistische zorg is er sprake van een steeds verdergaande specialisatie. Bij een eenvoudige knieoperatie zijn al architecten, timmerlieden, elektriciens en programmeurs betrokken, om er alleen al voor te zorgen dat er een operatiekamer is. Rondom de operatie zijn verder schoonmakers, receptionisten en koks betrokken. Als het gaat om zorginhoudelijke medewerkers zijn onder anderen

---

<sup>1</sup> Peter Bogetoft is verbonden aan Copenhagen Business School. Misja Mikkers is verbonden aan de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) en aan TILEC (Tilburg Law and Economics Center) van de Universiteit Tilburg. Dit artikel is geschreven op persoonlijke titel en kan de NZa op geen enkele wijze juridisch binden.

orthopeden, anesthesisten, operatiekamerassistenten, verplegend personeel en fysiotherapeuten betrokken. Door die specialisatie in de gezondheidszorg heeft er veel technologische vooruitgang plaatsgevonden in de gezondheidszorg. Daardoor zijn de kosten gestegen en is de kwaliteit van de gezondheidszorg sterk verbeterd. De overlijdenskans als gevolg van een hartaanval is bijvoorbeeld sterk gedaald en ook orgaantransplantaties zijn mogelijk geworden. Sinds 1972 is de levensverwachting in Nederland volgens de OECD Health Data met zes jaar toegenomen tot gemiddeld 79,8 jaar in 2006. En ook de ‘potential years of life lost’<sup>2</sup> zijn sinds 1972 sterk afgenomen (zie figuur 6-1).

**Figuur 6-1 Uitgaven en potential years of life lost, 1972-2005**



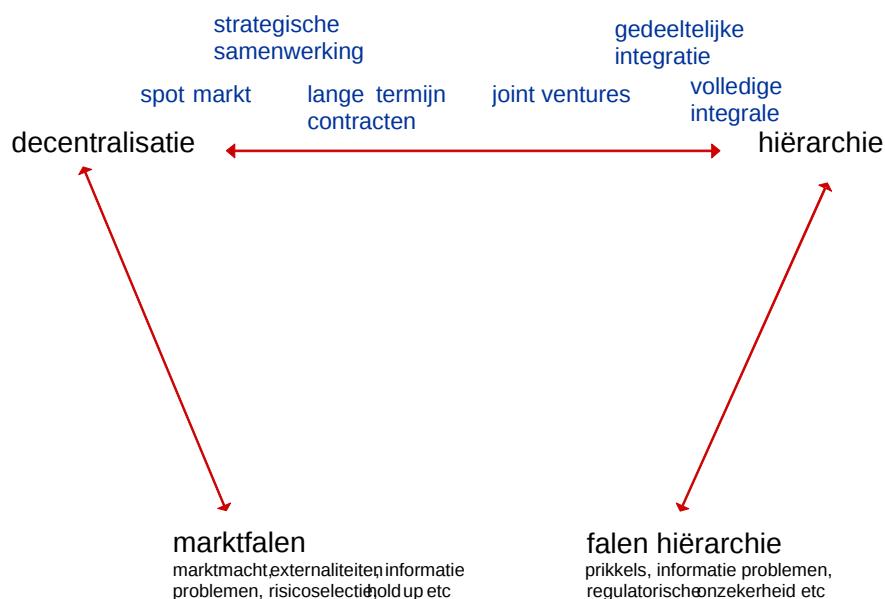
Bron: OECD Health Data

De organisatie van de zorg is in de afgelopen 50 jaar veel complexer geworden. Door de technologische vooruitgang gaat er veel meer geld om in de zorg, maar is ook de organisatie van ziekenhuizen veel ingewikkelder geworden. Dranove (2000) beschrijft de situatie in de jaren zestig van de vorige eeuw, waarbij één arts verantwoordelijk was voor de volledige behandeling van een patiënt. In de afgelopen 20 tot 30 jaar is de gezondheidszorg veel efficiënter, maar ook onpersoonlijker geworden. Patiënten krijgen te maken met verschillende verpleegkundigen en verschillende artsen.

<sup>2</sup> De ‘potential years of life lost’ (PYLL) is een schatting van het gemiddeld aantal jaren dat een bepaald persoon nog geleefd zou hebben als hij of zij niet voortijdig overleden zou zijn.

De activiteiten van al het gespecialiseerd personeel moeten gecoördineerd worden, zodat de patiënten de juiste zorg door de juiste arts van de juiste kwaliteit op de juiste tijd en op de juiste plaats geleverd krijgen. Er zijn verschillende manieren om activiteiten te coördineren. In figuur 6-2 is een overzicht opgenomen van verschillende vormen van samenwerking waarmee activiteiten gecoördineerd kunnen worden. Deze coördinatie kan door middel van hiërarchie en instructies gebeuren, zoals de activiteiten in een onderneming, maar ook door middel van markt- en samenwerkingscontracten.

**Figuur 6-2 Verschillende vormen van samenwerking**



Zoals uit figuur 6-2 blijkt kunnen coördinatie en samenwerking gerealiseerd worden door middel van integratie (fusies), maar ook door middel van contracten. Hoewel de effecten van contracten en integratie dezelfde kunnen zijn<sup>3</sup>, worden deze vormen van samenwerken juridisch verschillend beoordeeld.

De Nederlandse Mededingingsautoriteit (NMa) is in Nederland de bevoegde autoriteit ten aanzien van integratie (fusies en overnames), ook die in de zorg. De Nederlandse Zorgautoriteit (Nza) adviseert de NMa bij een voorgenomen fusie tussen zorgaanbieders of zorgverzekeraars, door het afgeven van zienswijzen. Voor de invulling van het onderdeel 'kwaliteit' in de zienswijze gaat de Nza af op het oordeel van de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ). De samenwerking tussen de NMa en de Nza is vastgelegd in een Samenwerkingsprotocol, en in Werkafspraken voor concentratiezaken. Zienswijzen van de Nza zijn openbaar. De NMa gaat in haar besluit op deze zienswijzen in, en zal een eventuele afwijking daarvan in het besluit motiveren.

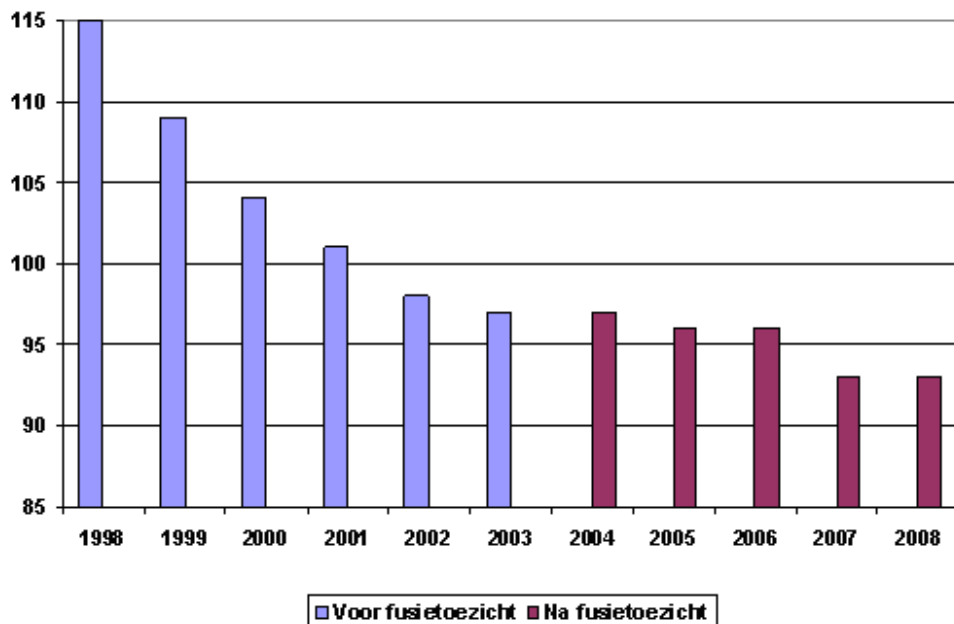
<sup>3</sup> Zie bijvoorbeeld Motta (2004) in zijn hoofdstuk over 'vertical restraints'.

De NZa beoordeelt partijen en de samenwerking tussen partijen door middel van haar bevoegdheden ten aanzien van aanmerkelijke marktmacht (AMM). De NMa is bevoegd om in te grijpen bij partijen op basis van haar bevoegdheden ten aanzien van economische machtsposities. Een kenmerkend verschil tussen misbruik van economische machtsposities, waar de NMa bevoegd is, en AMM, is dat in het eerste geval feitelijk misbruik moet worden aangetoond en in het geval van AMM alleen het bestaan van prikkels en mogelijkheden om onafhankelijk gedrag te vertonen ten nadele van andere marktpartijen (uiteindelijk ten nadele van consumenten). In beide gevallen is het noodzakelijk om de relevante markt af te bakenen en de mogelijkheid van onafhankelijk gedrag aan te tonen. Een hieraan gerelateerd verschil is dat misbruik van economische machtspositie doorgaans achteraf (ex post) zal worden geadresseerd, terwijl AMM ook ex ante, dus voordat sprake is van misbruik, kan worden vastgesteld.

In het vervolg van dit hoofdstuk zal korthedshalve steeds gesproken worden van fusies of samenwerking, waar het hele spectrum wordt bedoeld.

Er heeft een schaalvergroting in de zorg plaatsgevonden in Nederland. Er wordt steeds meer gefuseerd tussen zorgaanbieders, maar er vindt ook steeds meer samenwerking plaats tussen verschillende aanbieders om ketenzorg te leveren. Figuur 6-3 geeft een indruk van consolidatie van Nederlandse ziekenhuizen in de afgelopen tien jaar.

**Figuur 6-3 Aantal algemene ziekenhuizen, 1998-2008**



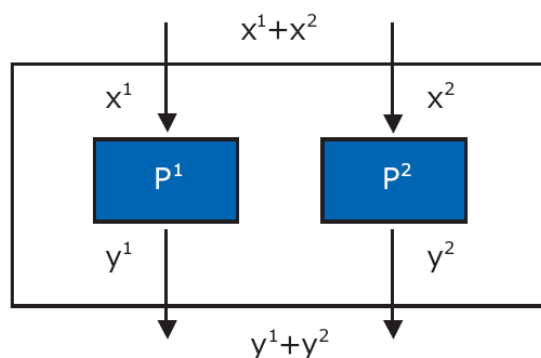
Samenwerking kan zowel horizontaal als verticaal plaatsvinden. We spreken van een horizontale samenwerking wanneer partijen actief zijn op dezelfde markt. Dit doet zich bijvoorbeeld voor wanneer twee ziekenhuizen fuseren. Verticale samenwerking doet zich voor wanneer in de zorgketen wordt samengewerkt, bijvoorbeeld tussen een ziekenhuis en een revalidatie-instelling.

In paragraaf 6.2 worden eerst de voor- en nadelen besproken van horizontale samenwerking. In paragraaf 6.3 worden daarna de voordelen en de nadelen van verticale samenwerking besproken. In paragraaf 6.4 volgt een conclusie.

## 6.2 Horizontale samenwerking

Figuur 6-4 illustreert horizontale samenwerking. Twee zorgaanbieders  $P^1$  en  $P^2$  transformeren ieder voor zich een vector van *inputs*  $x^1$  en  $x^2$  (bijvoorbeeld kapitaal en arbeid door artsen en verpleegsters) in een vector van *outputs*  $y^1$  en  $y^2$ . Na een horizontale fusie produceert de gefuseerde organisatie  $y^1 + y^2$  outputs (bijvoorbeeld de behandeling van verschillende zorgvragen van patiënten) met behulp van  $x^1 + x^2$  inputs.

**Figuur 6-4 Horizontale samenwerking**



Het is voor horizontale samenwerking niet noodzakelijk dat de aanbieders precies hetzelfde zijn, sommige elementen van de input- en outputvectoren kunnen 0 zijn (bijvoorbeeld een zorgaanbieder kan een IC-unit hebben, maar de samenwerkingspartner niet).

Samenwerkingsvormen en fusies kunnen leiden tot marktmacht en daarmee tot prijsstijgingen bij aanbieders. Om die reden bepleiten Marco Varkevisser en Eric Schut (2008) een strengere fusietoets door de NMa. Maar fusies en samenwerking hoeven niet altijd negatief te zijn, zij kunnen ook voordelen opleveren voor de consument. Bij het

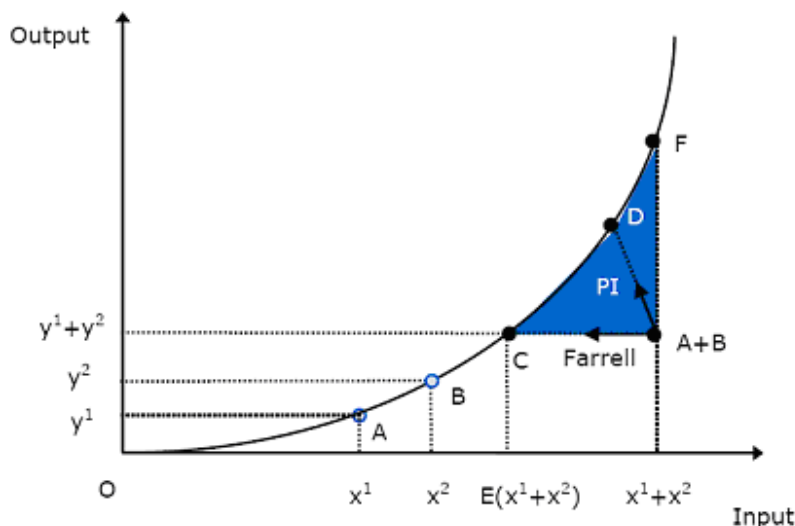
beoordelen van samenwerkingsverbanden moeten de kansen dan ook steeds worden afgewogen tegen de bedreigingen, zoals toename in marktmacht.

Horizontale samenwerking kan ook leiden tot voordelen die voortvloeien uit een groter productievolume (schaalvoordelen). Daarnaast kunnen voordelen worden behaald doordat de input/outputmix als gevolg van de samenwerking verandert (scopevoordelen). Omdat sommige voordelen ook haalbaar zijn zonder te fuseren, is het van belang de verschillende vormen van efficiëntie te onderscheiden. Deze voordelen kunnen zich zowel manifesteren door lagere kosten als door hogere kwaliteit.

### 6.2.1 Schaalvoordelen

Schaalvoordelen doen zich voor wanneer een groter volume leidt tot lagere kosten, of wanneer een groter volume leidt tot een hogere kwaliteit. In figuur 6-5 worden deze schaalvoordelen grafisch weergegeven.

Figuur 6-5 Schaalvoordelen



In figuur 6-5 representeren de punten A, B, C, D en F op de gekromde lijn verschillende organisaties. Deze organisaties transformeren input  $x$  op efficiënte wijze in output  $y$ . Zo gebruikt organisatie A  $x^1$  inputs (bijvoorbeeld de totale kosten van arbeid – verpleegkundigen, ondersteunend personeel en artsen) om  $y^1$  (bijvoorbeeld het aantal patiënten, maar het zou ook kunnen gaan om een bepaalde kwaliteitsmaatstaf) te produceren en organisatie B  $x^2$  inputs om  $y^2$  outputs te produceren. Op basis van alle waarnemingen kan de efficiëntiegrens worden geschat (in de figuur grafisch weergegeven door de gekromde lijn).

Wanneer de bedrijven A en B fuseren (weergegeven door punt A+B), blijken ze plotseling niet meer op de efficiëntiegrens te liggen. Ze blijken nu  $x^1 + x^2$  inputs te gebruiken om  $y^1 + y^2$  outputs te produceren. Zij zouden bijvoorbeeld dezelfde output kunnen produceren tegen de input van organisatie C, of met dezelfde input de output van organisatie F kunnen produceren. Het blauwe vlak PI geeft iedere combinatie van minder input en meer output weer. Dit behelst de potentiële efficiëntievoordelen. Het is standaard om de efficiëntievoordelen te schatten als de afstand tussen het punt  $x^1 + x^2$  en punt E( $x^1 + x^2$ ). Dit wordt de Farrell-maat voor efficiëntie genoemd. In principe is het mogelijk om een andere maat te nemen van de inefficiëntie.

Dat de fusieorganisatie A+B inefficiënt is, terwijl A en B afzonderlijk efficiënt zijn, wordt veroorzaakt doordat de afzonderlijke organisaties niet op optimale schaal opereren. Schaalvoordelen kunnen ontstaan, wanneer het kwalitatief beter of goedkoper is om meer volume te produceren.

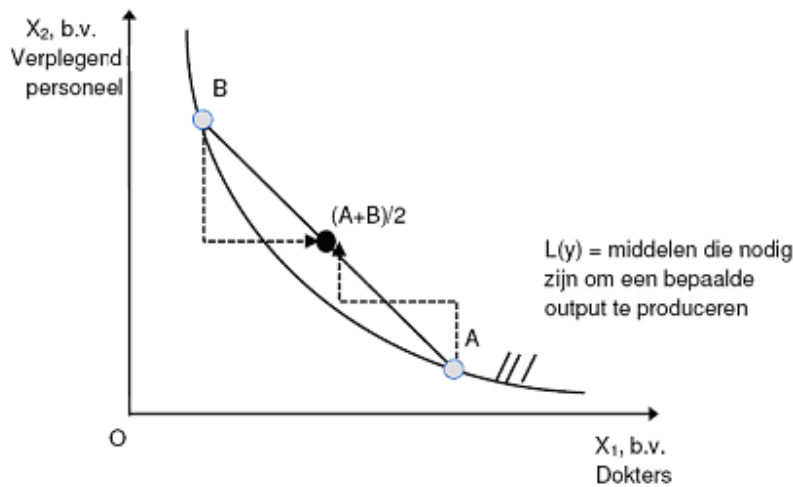
### 6.2.2 Scopevoordelen

Organisaties kunnen ook efficiëntievoordelen behalen door hun input en output in een andere verhouding te produceren.<sup>4</sup> In figuur 6-6 wordt dit grafisch weergegeven voor inputs. In figuur 6-6 gebruikt een organisatie ‘dokters’ en ‘verplegend personeel’ als input om een bepaalde hoeveelheid output te produceren. De gekromde lijn geeft net als hiervoor de efficiëntiegrens aan (Coelli et al. 1998).

---

<sup>4</sup> In veel gevallen worden scopevoordelen gedefinieerd als kostenbesparingen die zich voordoen wanneer het goedkoper is bepaalde producten gezamenlijk te produceren dan in afzonderlijke ondernemingen. In dit hoofdstuk wordt uitgegaan van de definitie van Coelli et al. (1998) die scopevoordelen definiëren als productiviteitsverbeteringen die voortvloeien uit veranderingen in de outputmix en de inputmix.

**Figuur 6-6 Scopevoordelen**



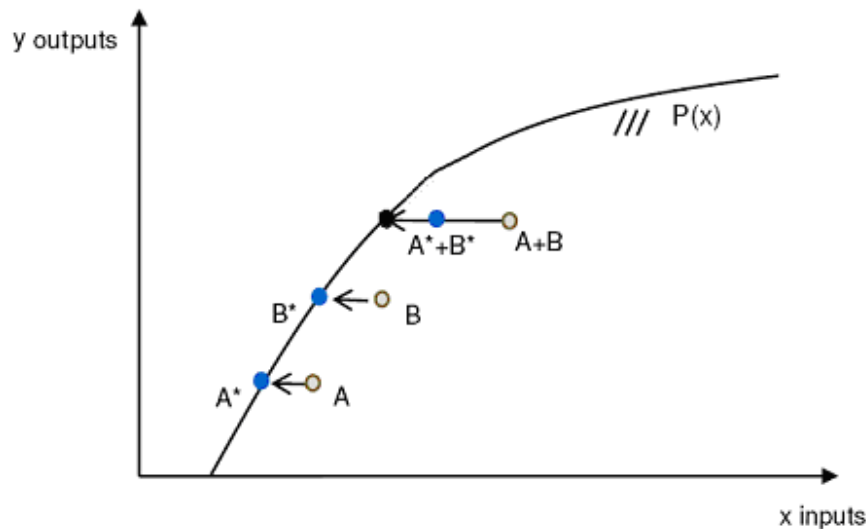
In dit voorbeeld gebruikt organisatie B relatief veel verplegend personeel, terwijl organisatie A relatief veel dokters gebruikt. Beide organisaties liggen op de efficiëntiegrens en worden verondersteld efficiënt te zijn. Beide organisaties kunnen efficiëntievoordelen behalen door de verhouding tussen het verplegend personeel en de dokters in balans te brengen. Wanneer A en B besluiten om een aantal dokters van A naar B te verplaatsen en omgekeerd verplegend personeel te verplaatsen van B naar A, dan eindigen beide organisaties in het punt  $(A+B)/2$ . Deze nieuwe organisaties liggen nu niet meer op de efficiëntiegrens. Het efficiëntiepotentieel wordt grafisch weergegeven door de afstand tussen punt  $(A+B)/2$  en de efficiëntiegrens.

Deze effecten kunnen zich ook aan de outputzijde voordoen. Door sommige diagnose behandeling combinaties (DBC's) te herallokeren, kunnen efficiëntievoordelen behaald worden, doordat het goedkoper en/of beter is voor de kwaliteit bepaalde combinaties van DBC's te produceren. Bij bepaalde behandelingen (bijvoorbeeld de behandeling van slokdarmkanker) heeft de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) om kwaliteitsredenen minimumaantallen vastgesteld.

### 6.2.3 Leereffecten

Als organisaties fuseren, maar hun bedrijfsvoering ongewijzigd voortzetten, kunnen er aanmerkelijke potentiële efficiëntievoordelen zijn. Deze voordelen worden in figuur 6-7 weergegeven als de afstand van punt A+B tot de efficiëntiegrens (de gekromde lijn).

**Figuur 6-7 Leereffecten**



Een aanmerkelijk deel van deze voordelen had echter ook kunnen worden gerealiseerd als de organisaties A en B afzonderlijk hun bedrijfsvoering hadden geoptimaliseerd. Gegeven de efficiëntiegrens representeert de afstand tussen B en B\* (respectievelijk tussen A en A\*) wat de afzonderlijke organisaties hadden kunnen verbeteren wanneer zij hun bedrijfsvoering hadden geoptimaliseerd. Wanneer de organisaties A en B vóór de fusie hun bedrijfsvoering zouden optimaliseren, dan zouden zij zich niet in punt A+B bevinden, maar in punt A\*+B\*. In dit geval bestaat er na de fusie tussen A\* en B\* nog steeds een efficiëntiepotentieel (grafisch weergegeven als de afstand tussen A\*+B\* en de efficiëntiegrens). Dit efficiëntievoordeel wordt veroorzaakt doordat zowel A als B beneden zijn optimale schaal opereert. Het totale efficiëntievoordeel (afstand tot het punt A+B), kan worden ontbonden in een leereffect (de afstand tussen punt A+B en A\*+B\*) en een schaaleffect (de afstand tussen punt A\*+B\* en de efficiëntiegrens).

#### **6.2.4 Nadelen van horizontale samenwerking**

Een grotere schaal kan op een gegeven relevante product- en geografische markt ook leiden tot een machtspositie. Zoals in de inleiding reeds beschreven, heeft de NMa als taak machtsposities die ontstaan als gevolg van fusies te voorkomen en hebben de NMa en de NZa de mogelijkheid in te grijpen als er een machtspositie bestaat. Een onderneming wordt geacht een machtspositie te hebben, wanneer zij (alleen of samen met andere ondernemingen) in staat is zich op een markt onafhankelijk te gedragen van haar concurrenten, klanten (de zorgverzekeraars) en de uiteindelijke consumenten (de patiënten). Het mag duidelijk zijn dat naarmate er minder spelers op een markt actief zijn, de mogelijkheden voor een zorgaanbieder toenemen om zich onafhankelijk te gedragen. Als zorgverzekeraars en patiënten weinig te kiezen hebben, kan een zorgaanbieder ongestraft zijn prijzen verhogen en/of de kwaliteit verlagen. Om het bestaan van een machtspositie vast te stellen, moet de relevante markt worden afgebakend. Marktafbakening is een noodzakelijke stap in de mededingingsrechtelijke

analyse. Het voornaamste doel van marktafbakening is de concurrentiedwang te onderkennen waarmee de betrokken ondernemingen worden geconfronteerd. Het afbakenen van relevante markten in de zorgsector is geen triviale bezigheid. In de mededingingspraktijk en in de literatuur bestaat er veel discussie over de methode waarmee relevante markten in de zorgsector zouden moeten worden afgebakend.<sup>5</sup> (Hoge) marktaandelen geven een belangrijke indicatie van een machtspositie, maar ook andere factoren, zoals de aanwezigheid en de hoogte van toetredingsdrempels (dus de mate van potentiële concurrentie door nieuwe toetreders) en van compenserende marktmacht aan de andere kant van de markt (inkoopmacht) worden meegewogen.

### **6.2.5 Empirie Nederlandse ziekenhuismarkt**

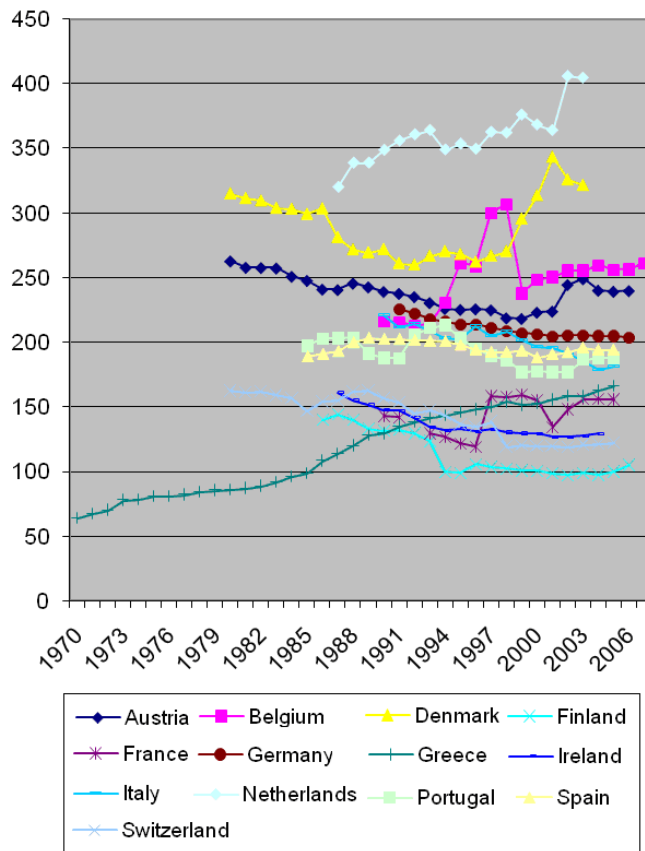
Uit figuur 6-8 blijkt dat Nederlandse ziekenhuizen internationaal gezien tot de grootste behoren.<sup>6</sup> Daarnaast valt op dat de Nederlandse ziekenhuizen in de loop van de jaren in omvang zijn toegenomen. Deze stijging doet zich niet in ieder land voor. Figuur 6-8 geeft het gemiddeld aantal bedden per ziekenhuis weer op basis van de European Health for All Database (WHO) door het aantal ziekenhuisbedden per 100.000 (indicator 5050) te delen door het aantal ziekenhuizen per 100.000 (indicator 5010).

---

<sup>5</sup> In Varkevisser et al. (2004) wordt een overzicht gegeven van de relevante literatuur over het afbakenen van de relevante markt in de zorgsector.

<sup>6</sup> Brummelman (2008) komt – op basis van dezelfde database – ook tot deze conclusie.

**Figuur 6-8 Gemiddeld aantal bedden per ziekenhuis**



Bron: European Health for All Database (WHO)

De Nederlandse ziekenhuismarkt is op basis van de Elzinga-Hogarty-test (een van de marktafbakeningsmethoden) sterk geconcentreerd (zie Halbersma et al. 2007). Op basis van de Elzinga-Hogarth-test is het gemiddelde marktaandeel in Nederland 26,7 procent. Uit Gaynor et al. (2006) blijkt dat deze test de marktaandelen in de Verenigde Staten onderschat. Andere methoden komen tot kleinere markten en hogere marktaandelen. Als deze bevinding ook zou gelden voor de Nederlandse ziekenhuismarkt, dan zou dat betekenen dat de markt nog meer geconcentreerd is dan hier is weergegeven. In hetzelfde artikel wordt aangetoond dat er in Nederland een verband bestaat tussen marktaandeel en de met de verzekeraar onderhandelde prijzen. Ziekenhuizen met een groot marktaandeel weten een hogere prijs te bedingen dan kleinere ziekenhuizen en grote verzekeraars weten een lagere prijs te onderhandelen dan kleine verzekeraars. Dit effect is wel veel kleiner dan in de Verenigde Staten in vergelijkbare onderzoeken wordt gevonden. Dit zwakkere effect wordt mogelijk verklaard doordat het onderzoek betrekking heeft op de periode 2005-2006, vlak na de introductie van gedeeltelijke liberalisering van de prijzen. Het verband tussen marktaandeel en prijzen is voor Varkevisser en Schut (2008) reden om te pleiten voor meer voorzichtigheid bij het toestaan van fusies.

Er is in de praktijk van ziekenhuizen niet veel bekend over de relatie tussen kwaliteit en de mate van concurrentie (zie Halbersma 2008). Mosca et al. (2007) komen tot de conclusie dat er in de Nederlandse markten voor thuiszorg eveneens een statistisch significant verband bestaat tussen marktaandeel en prijzen, ook wanneer er wordt gecorrigeerd voor de casemix. In dit artikel wordt geen ondersteuning gevonden voor de verklaring dat hoge prijzen worden veroorzaakt door kwaliteitsverschillen.

In Bogetoft en Katona (2008) wordt de doelmatigheid geschat van alle mogelijke fusies tussen ziekenhuizen die hun hoofdvestiging binnen tien kilometer van elkaar hebben. Zij komen tot de conclusie dat fusies van de bestaande ziekenhuizen in Nederland slechts beperkte mogelijkheden tot doelmatigheidswinsten bieden. De te behalen doelmatigheidswinsten blijken in de meeste gevallen leereffecten te zijn, die in principe ook zonder fusie te realiseren zouden zijn. Er bestaan weinig winsten als gevolg van een gewijzigde scope. Schaaffecten zijn in veel gevallen zelfs negatief, wat een indicatie is dat bij fusies veelal te grote instellingen ontstaan. Dit is consistent met de bevindingen van Blank et al. (2008). Zij concluderen dat de Nederlandse ziekenhuizen tot de grootste in de wereld behoren en groter zijn dan wat volgens internationaal onderzoek uit kostenooptpunt optimaal is.

Er zijn mogelijk wel schaalvoordelen te behalen op het gebied van kwaliteit. Het is bekend uit de economische literatuur,<sup>7</sup> dat er een verband bestaat tussen het door zorgaanbieders geleverde volume van bepaalde ingrepen en de kwaliteit. Veel studies vinden deze relatie met name bij complexe vormen van zorg (bijvoorbeeld openhartchirurgie, herstel van aorta-aneurysma's en de whipple-ingreep bij alvleesklierkanker).

In hoofdstuk 9 merkt Blank op dat er veel verwarring over het begrip schaal bestaat. Als het gaat om bereikbaarheid van locaties en de onderhandelingen over prijzen, is de ziekenhuisorganisatie het niveau waarop schaal relevant is. Als het gaat om bereikbaarheid van specialisten (dienstenroosters) en kwaliteit zijn de maatschappen het niveau waarop schaal relevant is. Hoewel er een verband tussen deze twee niveaus kan zijn, is dit niet per se noodzakelijk. Het is bijvoorbeeld mogelijk door middel van andere samenwerkingsverbanden de optimale schaal te bereiken. Bijvoorbeeld door afspraken te maken over dienstenroosters tussen verschillende specialisten(maatschappen) om de bereikbaarheid te waarborgen en de IGZ kan bepaalde minimumaantallen behandelingen voorschrijven als dat noodzakelijk is voor de kwaliteit. De behandeling van slokdarmkanker is ingewikkeld. Bij deze operatie wordt (een deel van) de slokdarm en de maag weggehaald. Vier op de tien patiënten krijgen te maken met complicaties, zoals een longontsteking. De minimumnorm die de IGZ aanhoudt, ligt bij jaarlijks tien operaties.

---

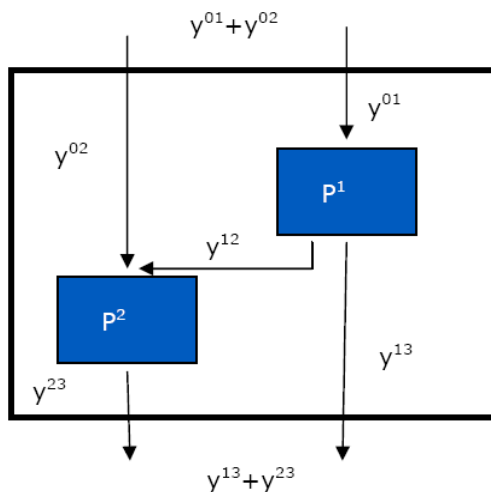
<sup>7</sup> Zie voor een overzicht Halm et al. (1992).

## 6.3 Verticale samenwerking

### 6.3.1 Inleiding

Bij verticale fusies zijn bedrijven actief op verschillende maar vergelijkbare markten. Vaak zijn ze opeenvolgende stappen in de bevoorradingscyclus. De productie van het ene bedrijf is in dat geval een productiemiddel van het volgende bedrijf. In de gezondheidszorg kan een verticale relatie optreden, wanneer twee aanbieders opeenvolgende stappen in een behandeling aanbieden. Zo kan na de diagnose- en behandel fases bij een ernstige ziekte een behoefte aan revalidatie of tijdelijke verzorging bestaan.

Figuur 6-9 Verticale integratiesamenwerking



In dit voorbeeld wordt verondersteld dat de inputs  $y^{01}$  en  $y^{02}$  niet te heralloceren zijn tussen  $P^1$  en  $P^2$ .  $P^1$  en  $P^2$  kunnen bijvoorbeeld respectievelijk een ziekenhuis ( $P^1$ ) zijn dat patiënten zowel behandelt, naar huis stuurt ( $y^{13}$ ) als doorstuurt ( $y^{12}$ ) naar een fysiotherapeut en een revalidatiecentrum ( $P^2$ ). De fysiotherapeut of het revalidatiecentrum behandelt de patiënten dan verder ( $y^{23}$ ).

Verticale samenwerking kan leiden tot voordelen. Er zijn – net als in het geval van horizontale samenwerking – schaal-, scope- en leereffecten denkbaar. Dit zal zich met name voordoen bij de ondersteunende processen. Daarnaast is het belangrijk dat door de samenwerking tussen verschillende schakels in de keten een betere coördinatie van zorg mogelijk is. Er zijn ook mogelijke nadelen verbonden aan verticale samenwerking. Wanneer een van de verticale samenwerkingspartners op zijn markt al beschikt over een machtspositie is het – onder bepaalde omstandigheden – mogelijk om deze machtspositie uit te breiden naar de markt van de andere samenwerkingspartner.

### 6.3.2 De voordelen van verticale samenwerking

Zoals in de inleiding van dit hoofdstuk al vermeld werd, zijn volledige integratie en het kopen van een goed van onafhankelijke marktpartijen slechts uiteinden op een continuüm van mogelijkheden. Het is ook mogelijk de voordelen van verticale integratie gedeeltelijk of geheel te realiseren door middel van *joint ventures* of langetermijncontracten.

In de meeste gevallen zullen partijen die actief zijn op verschillende markten, qua technologie, input en output minder op elkaar lijken. Schaal- en scopevoordelen zijn dan minder belangrijk. Het coördinatie-effect overheerst; de winst kan hem zitten in de harmonisatie van het productieproces (zo zouden een ziekenhuis en verpleegtehuis de bezetting van bedden beter op elkaar kunnen afstemmen bij een fusie) of van de onderlinge verhoudingen (geen contractpartijen meer, maar collega's). Strategisch biedt een dergelijke fusie het voordeel van minder risico's in de *supply chain*. Vanuit de patiënt gezien bieden twee zorgaanbieders opeenvolgende stappen aan, terwijl zij niet op dezelfde markt actief zijn. Voordelen zijn dan te behalen doordat de patiënt maar één keer als klant hoeft te worden binnengehaald en dat de overdracht van informatie gemakkelijker verloopt.

In Besanko et al. (2007) wordt een overzicht gegeven van de mogelijke integratievoordelen. Zij benadrukken naast een betere coördinatie van het productieproces vooral het voorkomen van problemen die voortvloeien uit de gedachte dat het onmogelijk is om alles in contracten vast te leggen. Er wordt onder andere aandacht besteed aan het *hold-up* probleem (zie bijvoorbeeld Hart 1995). Dit probleem doet zich voor wanneer een van de partijen een relatiespecifieke investering moet doen. Dit is een investering die in een bepaalde relatie meer waarde heeft dan in alternatieve relaties. In dat geval loopt de investeerder het gevaar dat de andere partij – na de investering – het contract heronderhandelt en een voor de investeerder verliesgevend vergoeding betaalt. De investeerder kan dit gedrag van de andere partij voorzien en investeert niet. Verticale integratie zou een oplossing bieden voor dit probleem. Het is echter niet duidelijk of relatiespecifieke investeringen een belangrijke rol spelen in de gezondheidszorg.

Er is in Nederland weinig bekend over het meten van betere coördinatievoordelen als gevolg van een betere samenwerking in de zorgketen. Er is wel veel informatie bekend over samenwerking in de verticale keten met betrekking tot een aantal ziektebeelden. De website van het programma 'Sneller Beter' (<http://www.snellerbeter.nl/>) (ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport) bevat een aantal voorbeelden van samenwerking in de verticale keten met betrekking tot de aandoeningen 'hartfalen, COPD en diabetes'. In de Verenigde Staten is wel onderzoek gedaan naar potentiële voordelen van verticale samenwerking, zie voor een overzicht Gaynor en Vogt (2000).

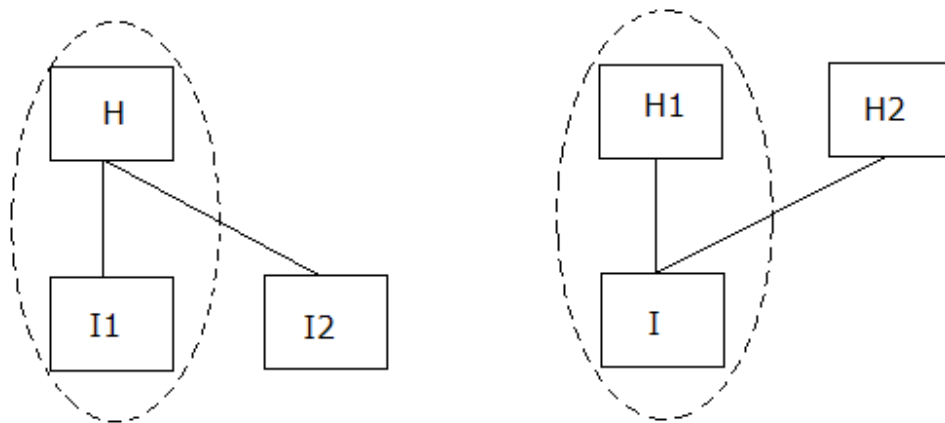
### 6.3.3 De nadelen van verticale samenwerking

Verticale samenwerking kan naast de coördinatievoordelen de mogelijkheden van concurrenten om te concurreren beperken door hun toegang tot de markt te ontfangen of door de toegang te beperken. Dit heet ook wel uitsluiting. Er zijn verschillende manieren

om de uitsluiting te realiseren (waaronder exclusieve afspraken, kortingen en bonussen en weigering tot levering). Zie voor een uitputtend overzicht Gaynor en Vogt (2000) en Bijlsma et al. (2008).

Uitsluiting kan schadelijk zijn voor de welvaart, als het de concurrentie beperkt. Het is in het algemeen moeilijk te bepalen wat de mogelijk negatieve effecten van verticale samenwerking zijn. Bijlsma et al. (2008) geven drie redenen aan. De eerste reden is dat uitsluiting niet per se slecht is voor de welvaart. Ten tweede kan uitsluiting het effect van verschillende strategieën zijn. Ten slotte is het effect van uitsluiting onder andere afhankelijk van de marktstructuur.

**Figuur 6-10 Inputuitsluiting en klantenuitsluiting**



Bijlsma et al. (2008) onderscheiden twee typen van uitsluiting: inputuitsluiting en klantenuitsluiting. Inputuitsluiting betekent dat een benedenstroomse partij (bijvoorbeeld een verzekeraar I2) uitgesloten wordt van het kopen van input (bijvoorbeeld zorg) van een bepaalde bovenstroomse aanbieder (ziekenhuis H).

Dit geval kan zich voordoen wanneer een in een bepaalde regio dominant ziekenhuis verticaal integreert of een exclusief contract sluit met een verzekeraar. Het is dan voor andere verzekeraars niet meer mogelijk polissen in die regio te verkopen, doordat ze hun verzekerden geen toegang meer kunnen geven tot het dominante ziekenhuis in de regio. Klantenuitsluiting betekent dat een bovenstroomse aanbieder (bijvoorbeeld ziekenhuis H2) uitgesloten wordt van het verkopen aan een benedenstroomse klant (verzekeraar I).

Er is in Nederland –voor zover wij weten – geen empirisch onderzoek gedaan naar de negatieve effecten van verticale integratie in de gezondheidszorg. In de Verenigde Staten is wel wat onderzoek gedaan naar potentiële nadelen van verticale samenwerking, zie voor een overzicht Gaynor en Vogt (2000). Zij noemen twee empirische studies waarin geen ondersteuning werd gevonden voor de hypothese dat de verticale samenwerking leidt tot uitsluiting.

## 6.4 Conclusie

Bij het beoordelen van samenwerkingsverbanden kunnen twee soorten fouten worden gemaakt:

1. Samenwerkingsverbanden kunnen ten onrechte worden goedgekeurd. In dat geval ontstaat er marktmacht, en wordt aan consumenten de vrijheid ontnomen om zelf keuzes te maken.
2. Samenwerkingsverbanden kunnen ten onrechte worden afgekeurd. In dat geval loopt de samenleving mogelijk efficiëntievoordelen mis die het gevolg kunnen zijn van de fusie.

Het is daarom van belang, om naast een beoordeling van de negatieve effecten van een samenwerkingsverband een zo goed mogelijke inschatting te maken van de potentiële efficiëntie- en kwaliteitsvoordelen die het gevolg zijn van samenwerking. Uit de empirie van de Nederlandse ziekenhuismarkt blijkt dat de Nederlandse ziekenhuizen relatief groot zijn en dat er nog maar weinig schaalvoordelen op het gebied van kosten als gevolg van horizontale fusies behaald kunnen worden. Helaas is er nog weinig bekend over potentiële kwaliteitsvoordelen.

Omdat sommige voordelen ook zonder fusie kunnen worden gerealiseerd, is het belangrijk onderscheid te maken tussen de verschillende soorten van efficiëntieverbetering. Om schaafeffecten te kunnen bereiken, zijn fusies of vergaande samenwerking noodzakelijk. De scope-effecten en leereffecten kunnen vaak gerealiseerd worden door eigen optimalisering en de herallocatie van productiemiddelen en/of output. Er lijken nog veel voordelen voor patiënten te behalen te zijn, als er meer verticaal wordt samengewerkt tussen verschillende zorgaanbieders door middel van een betere coördinatie van zorg (ketenzorg). Op dit moment is de zorg nog steeds georganiseerd rond de traditionele aanbieders en nog onvoldoende georganiseerd rond de zorgvraag van de patiënt. Wanneer er meer verticaal wordt samengewerkt, neemt de kans op negatieve effecten (voornamelijk uitsluiting van concurrentie) toe.

## 7 Schaalvergroting in het Nederlandse basisonderwijs

Kete Kervezee en GertJan van Midden<sup>1</sup>

### 7.1 Inleiding

De schaal in het onderwijs staat op dit moment stevig in de belangstelling. Het gaat daarbij niet alleen om de omvang van de school zelf, maar ook om de schoolbestuurlijke omvang. Niet zelden worden beide begrippen door elkaar gebruikt. De discussie over ‘de menselijke maat’ is daar een uitvloeisel van. Het lastige in deze discussie is dat er geen objectieve normen bestaan over de vraag wat dit begrip feitelijk behelst. Bij de institutionele schaal gaat het om de beleving van ouders en leerlingen zelf. Bij de bestuurlijke schaal hebben we het meestal over zaken als efficiëntie, risicospreiding en effectiviteit van bestuur. De – vooral – politieke discussie over ‘de menselijke maat’ is zoals gezegd een uitvloeisel daarvan. Uit het rapport van de Onderwijsraad *De bestuurlijke ontwikkeling van het Nederlandse Onderwijs* (Onderwijsraad 2008) kan worden afgeleid dat ook het onderwijs op zoek is naar de beantwoording van de vraag wat de menselijke maat precies behelst. Ergens in het rapport valt te lezen dat de raad ‘het gevoel heeft dat het niet goed gaat’. Waar de grens precies ligt is dus nog onduidelijk.

Daardoorheen spelen discussies over de vraag van wie het onderwijs eigenlijk is (de zogeheten legitimiteitsvraag). Is het onderwijs van de ouders, van de leerlingen, of van het bestuur? Deze laatste vraag komt in de discussies over *good governance* nadrukkelijk aan de orde. Beide onderwerpen (schaal en legitimiteit) hebben derhalve een nauwe relatie met elkaar.

### 7.2 De wettelijke context

De huidige wetgeving met betrekking tot het stichten en in stand houden van scholen vloeit voort uit de regelgeving rond ‘Toerusting en bereikbaarheid’ uit het begin van de jaren negentig van de vorige eeuw. Toerusting en bereikbaarheid bestaan in feite uit een mix van de toenmalige wens van de rijksoverheid het aantal scholen te beperken, en de wens de bereikbaarheid van het onderwijs in de minder dichtbevolkte gebieden te kunnen garanderen. Het is in die zin een goed staaltje ‘polderwetgeving’. Relatief hoge stichtings- en opheffingsnormen zijn gecombineerd met een flink aantal uitzonderingssituaties om in dunbevolkte gebieden ook scholen in stand te kunnen

---

<sup>1</sup> Voorzitter en adviseur van de PO-raad

houden, zelfs wanneer scholen onder de opheffingsnorm zakken. Door de wijze waarop een en ander werd vormgegeven, werd ook de kwaliteit van de scholen niet uit het oog verloren. De wens het aantal scholen te beperken werd vooral gevoed door de stijgende kosten in het onderwijs. Een kleine basisschool is voor de overheid immers een relatief dure voorziening, doordat elke school in de financiële vergoedingen een vaste voet heeft. Zo beschikt een school met 23 leerlingen (de absolute ondergrens) nog altijd over twee formatieplaatsen.

Deze stichtings- en opheffingsnormen worden eenmaal in de vijf jaar voor elke gemeente afzonderlijk opnieuw vastgesteld. Grotere gemeenten krijgen daarbij een veel hogere stichtingsnorm dan de kleine gemeenten. Voor de opheffingsnormen geldt overigens eenzelfde procedure. Hoe klein een gemeente ook is, de minimale stichtingsnorm bedraagt 200 leerlingen. Voor een kleine gemeente is het in de praktijk daarmee nagenoeg onmogelijk nieuwe scholen te stichten. In grote gemeenten kan de relatief hoge opheffingsnorm er zelfs toe leiden dat relatief gezonde scholen van bijvoorbeeld 150 leerlingen moeten worden gesloten

De huidige wetgeving is dan ook – zij het in beperkte zin – gericht op schaalvergroting van de scholen in het primair onderwijs. In de brief over ‘de menselijke maat’ van de minister van OCW (Tweede Kamer 2008) wordt ook aangegeven dat de overheid in de jaren tachtig impulsen heeft gegeven aan schaalvergroting in alle onderwijssectoren. Duidelijk is dus dat de huidige wetgeving – die het gevolg is van die impulsen tot schaalvergroting – nog steeds diezelfde impulsen kent en daarmee inconsistent is ten opzichte van de huidige beleidsuitgangspunten van de rijksoverheid, die meer zijn gericht op schaalverkleining.

### **7.3 De bestuurlijke context**

Zoals al aangegeven richt de discussie rond de menselijke maat zich ook op de bestuurlijke context. De laatste jaren heeft er ontegenzeggelijk een vergroting van de bestuurlijke schaal plaatsgevonden. Tabel 7-1 geeft een beeld van deze ontwikkelingen.

Tabel 7-1 Overzicht aantal besturen naar aantal bekostigde scholen (BRIN-nummers)

| aantal scholen/<br>datum <sup>2</sup> | 1     | 2-5 | 6-10 | 11-15 | 16-20 | 21-25 | 26-30 | 31 of<br>meer | totaal<br>aantal<br>besturen |
|---------------------------------------|-------|-----|------|-------|-------|-------|-------|---------------|------------------------------|
| 2000                                  | 1.067 | 611 | 224  | 116   | 29    | 13    | 11    | 11            | 2.082                        |
| 2001                                  | 982   | 555 | 227  | 120   | 33    | 14    | 10    | 12            | 1.953                        |
| 2002                                  | 900   | 523 | 225  | 123   | 38    | 17    | 7     | 14            | 1.847                        |
| 2003                                  | 814   | 473 | 215  | 131   | 46    | 17    | 9     | 14            | 1.719                        |
| 2004                                  | 757   | 406 | 220  | 127   | 51    | 20    | 11    | 14            | 1.606                        |
| 2005                                  | 700   | 346 | 219  | 130   | 53    | 22    | 12    | 15            | 1.497                        |
| 2006                                  | 664   | 297 | 199  | 134   | 58    | 24    | 14    | 17            | 1.407                        |
| 2007                                  | 609   | 257 | 177  | 131   | 64    | 31    | 16    | 18            | 1.303                        |
| 2008                                  | 597   | 253 | 200  | 106   | 61    | 30    | 18    | 18            | 1.283                        |

<sup>2</sup> Stand per 1 oktober van ieder jaar.

Bron: Onderwijsraad 2008

Deze schaalvergroting heeft met verschillende aspecten te maken. De meest in het oog springende – en directe reden – is de invoering van de lumpsumfinanciering in het primair onderwijs in 2006. In het voortgezet onderwijs is de lumpsumfinanciering al enkele jaren eerder ingevoerd. Ook daar hebben we – mede als gevolg daarvan – een opschaling zien plaatsvinden van de bestuurlijke omvang.

Door de invoering van de lumpsumfinanciering zijn de financiële risico's verschoven van de rijksoverheid naar de scholen zelf. In het declaratiestelsel (het pre-lumpsumtijdperk) konden risico's – deels – worden afgewenteld op de overheid. Na de invoering van de lumpsum is dat echter niet meer mogelijk. Scholen en hun besturen zijn nu zelf volledig verantwoordelijk voor de financiële huishouding. Het is duidelijk dat kleine schoolbesturen aan de ene kant minder goed in staat zijn risico's te spreiden en aan de andere kant ook minder goed in staat zijn de benodigde beleidskracht te ontwikkelen. Met name de personele risico's zijn toegenomen. Ongeveer 80 procent van de lumpsumvergoeding heeft immers betrekking op de personele kosten van een school. Daarbij speelt overigens niet alleen de invoering van de lumpsum een rol, maar ook de wijzigingen in de maatschappelijke verhoudingen tussen werkgevers, werknemers en de overheid zijn daarbij een belangrijke factor.

In toenemende mate werd en wordt de sociale wetgeving zodanig aangepast dat bedrijven – en dus ook de scholen – en de werknemers meer en meer zelf verantwoordelijk zijn voor de risico's van bijvoorbeeld ziekteverzuim en de eventuele afkeuring van personeel. Het is dan ook niet vreemd dat scholen op zoek zijn gegaan naar mogelijkheden zich beter in te dekken tegen deze risico's.

Daarnaast kunnen besturen niet langer terugvallen op regelgeving van de overheid. De wens tot deregulering aan de ene kant en de invoering van de lumpsum aan de andere kant maken het noodzakelijk dat scholen en hun besturen zelf *moeten* nadenken over het te voeren beleid. Een goede bedrijfsvoering (planning en controlcyclus) wordt dus steeds belangrijker voor scholen.

Het ontwikkelen van toekomstvisies en meerjarenbeleid vergt ook wat dat betreft het nodige van de scholen en de schoolbesturen. Voor schooldirecteuren en schoolbesturen is het dan ook steeds moeilijker aan alle (maatschappelijke) eisen te voldoen. Het is daarom evident dat het samenbundelen van scholen daarbij meer en meer in beeld is gekomen. De verzelfstandiging van het openbaar onderwijs is een andere stimulans voor de bestuurlijke schaalvergroting. Sinds 2000 worden scholen – die tot dan toe onder de verantwoordelijkheid van de gemeenten vielen – in snel tempo verzelfstandigd. Omdat dit proces gelijktijdig in veel gemeenten plaatsvindt, is het logisch dat ook daar de krachten worden gebundeld. Dat is vooral het geval op het platteland, waar veel kleine gemeenten meestal niet meer dan één, twee of drie scholen bestuurden. In feite vindt hier een soort inhaalslag plaats ten opzichte van het bijzonder onderwijs, waar (bestuurlijke) schaalvergroting al eerder was ingezet. Een autonome ontwikkeling op dit punt is het feit dat er ook gemeentelijk het een en ander is veranderd. Veel kleine gemeenten werden samengevoegd tot soms forse gemeenten. In de laatste tien jaar is het aantal gemeenten met ruim 100 gedaald tot 443 (per 1 januari 2008). Doordat gemeenten tevens schoolbestuurlijk verantwoordelijk waren, ontstond door de gemeentelijke bestuurlijke schaalvergroting automatisch ook een schoolbestuurlijke schaalvergroting.

## **7.4 De feiten**

Alvorens verder in te gaan op de menselijke maat in het onderwijs, is het goed eerst een aantal feiten op een rijtje te zetten.

Allereerst gaan we in op de bestuurlijke schaal. Daarna zullen we nog een paar opmerkingen maken over de scholen zelf. De dislocatieproblematiek laten we als laatste de revue passeren. Over de bestuurlijke schaal zijn de nodige opmerkingen te maken. Nederland kent ruim 1.300 schoolbesturen in het primair onderwijs. Het aantal besturen is – door de hiervoor geschetste bestuurlijke ontwikkelingen – de laatste jaren fors verminderd. Verwezen wordt naar tabel 7-1.

Toch zijn er nog bijna 600 zogenoemde éénpitters, hetgeen een kleine 50 procent van alle besturen betreft. Ongeveer 20 procent van de schoolbesturen is verantwoordelijk voor twee tot vijf scholen, 13 procent is verantwoordelijk voor zes tot negen scholen. Het restant heeft meer dan tien scholen. Van de schoolbesturen heeft 83 procent dus de verantwoordelijkheid voor minder dan tien scholen. Uitgaande van de gemiddelde schoolgrootte hebben we het dan dus over besturen met maximaal ruim 2.000 leerlingen. Het kleinste bestuur heeft ongeveer 50 leerlingen. De tien grootste schoolbesturen hebben ruim 10.000 leerlingen (zie tabel 7-2).

Kijkend naar de kosten van het bovenschools management in relatie tot de menselijke maat lijkt een bestuurlijke omvang van 3.000 leerlingen ideaal. Op de eerste plaats omdat het aantal leerlingen en scholen dat dan onder een bestuur valt redelijk binnen de perken blijft, waardoor een bestuur goed in staat wordt gesteld via korte lijnen op de hoogte te

blijven van het functioneren van de scholen. Daarnaast zijn de kosten van het bovenschools management bij een dergelijk aantal leerlingen omgerekend per leerling relatief laag. Naarmate een bestuur kleiner van omvang wordt, nemen de kosten voor bestuur en management – ook weer omgerekend per leerling – sterk toe. Boven een aantal van 3.000 leerlingen nemen de kosten niet verder af en zijn er aanwijzingen dat de effectiviteit van het bovenschools management – zij het beperkt – afneemt, naarmate het aantal leerlingen toeneemt. Deze bevindingen worden ondersteund door het rapport van Blank et al. (2007b), *Basisonderwijs en bureaucratie*, waarin wordt gesteld dat scholen behorend bij een meerscholenbestuur hun middelen dichter bij het optimum alloceren. Los van de vraag of een fusietoets een instrument is dat een oplossing biedt voor de door de overheid en de politiek beleefde problemen, was het in dit kader logischer geweest wanneer de Onderwijsraad de grens voor het uitvoeren van een fusietoets op een hoger niveau had gelegd dan de nu door de raad genoemde 2.500 leerlingen. Dit aantal van 2.500 leerlingen wordt overigens verder ook niet onderbouwd. De Onderwijsraad stelt – deels – ten onrechte dat er weinig studies zijn gedaan naar de minimale schaaffecten. Het hiervoor genoemde aantal leerlingen van 3.000 is bijvoorbeeld afkomstig uit een dergelijk onderzoek (Wartenbergh-Cras en Van Kessel 2006). De conclusie van de Onderwijsraad dat de minimale efficiëntieschaal voor een school rond de 200 leerlingen zou kunnen liggen (8 groepen van 25 leerlingen) is eveneens niet onderbouwd en komt tamelijk willekeurig over. In een studie van Blank et al. (2007b) wordt gesproken over een optimale schaal van ongeveer 300 leerlingen. Deze onderzoekers vermelden overigens ook dat de schaalinefficiënties vooral optreden bij scholen kleiner dan 125 leerlingen. Voorts stelt de Onderwijsraad de schaalvoordelen op organisatieniveau (de school) *naast* bestuurlijke schaalvoordelen. Daarmee wordt ten onrechte de suggestie gewekt dat er sprake is van twee verschillende zaken. Dit is niet het geval. Beide aspecten hebben een nauwe relatie met elkaar. Onderlinge taakafbakening tussen school en bestuur, de invulling van het bovenschools management als zodanig en de kwaliteit van directeuren en het bovenschools management hebben effecten op de optimale efficiëntieschaal.

De stelling zou hier wellicht kunnen zijn dat bij een kwalitatief hoogwaardig bovenschools management met een goede taakafbakening tussen bestuur en directies de optimale efficiënte omvang van de scholen minder relevant is, of anders geredeneerd, kwalitatief betere scholen zou kunnen opleveren.

In Nederland zijn ruim 7.000 basisscholen gevestigd. Deze scholen herbergen ongeveer 1,6 miljoen leerlingen. De gemiddelde basisschool heeft rond de 225 leerlingen. In de afgelopen jaren is dit getal niet of nauwelijks veranderd. Er zijn dan ook geen aanwijzingen dat ‘de basisschool’ in Nederland aan het groeien is. Zeker de laatste tien jaar is de gemiddelde basisschool een constant gegeven. Op schoolniveau is de conclusie dan ook gerechtvaardigd dat er geen sprake is van schaalvergroting. Andersom is er ook geen sprake van een daling van dit gemiddelde. Ondanks de hiervoor geschetste ontwikkelingen hebben die er in ieder geval niet toe geleid dat de scholen in Nederland zijn gegroeid. De kleinste school in Nederland heeft 23 leerlingen. De grootste school in Nederland heeft meer dan 800 leerlingen. De kleinste scholen vinden we vrijwel allemaal in dunbevolkte gebieden. De grootste scholen zijn meestal te vinden in de

groeigemeenten. Ongeveer 7 procent van de leerlingen zit op een basisschool van meer dan 500 leerlingen. In een aantal gevallen zullen deze leerlingen verdeeld zijn over meerdere vestigingen van dezelfde school. Cijfers hierover zijn er echter niet.

**Tabel 7-2 Overzicht aantal leerlingen per bestuur (inclusief speciaal onderwijs)**

| <i>scholen<br/>per<br/>bestuur</i> | <i>aantal<br/>besturen</i> | <i>aantal<br/>scholen</i> | <i>aantal<br/>leerlingen</i> | <i>aantal<br/>leerlingen<br/>per school</i> | <i>aantal<br/>leerlingen<br/>per<br/>bestuur</i> |
|------------------------------------|----------------------------|---------------------------|------------------------------|---------------------------------------------|--------------------------------------------------|
| <b>1</b>                           | 597                        | 596                       | 133.340                      | 224                                         | 223                                              |
| <b>2-5</b>                         | 253                        | 804                       | 186.169                      | 232                                         | 736                                              |
| <b>6-10</b>                        | 200                        | 1.684                     | 374.683                      | 222                                         | 1.873                                            |
| <b>11-15</b>                       | 106                        | 1.436                     | 298.053                      | 208                                         | 2.812                                            |
| <b>16-20</b>                       | 61                         | 1.064                     | 231.924                      | 218                                         | 3.802                                            |
| <b>21-25</b>                       | 30                         | 673                       | 144.587                      | 215                                         | 4.820                                            |
| <b>26-30</b>                       | 18                         | 502                       | 106.992                      | 213                                         | 5.844                                            |
| <b>31 of meer</b>                  | 18                         | 774                       | 187.465                      | 242                                         | 10.415                                           |
| <b>totaal</b>                      | <b>1.283</b>               | <b>7.533</b>              | <b>1.663.213</b>             | <b>221</b>                                  | <b>1.296</b>                                     |

Een gemiddelde basisschool kent een oppervlakte van ongeveer 1.300 m<sup>2</sup> met een tiental lokalen. Daarnaast kennen we in Nederland zogenoemde dislocaties en nevenvestigingen. Een nevenvestiging is een wettelijk instrument, om daar waar een school onder de opheffingsnorm is gezakt toch een min of meer zelfstandige school in stand te kunnen houden. Nevenvestigingen hebben tot doel de bereikbaarheid van het basisonderwijs in dunbevolkte gebieden in stand te kunnen houden. Nevenvestigingen hebben dan ook meestal een beperkte omvang. De meeste scholen zullen maximaal 100 leerlingen tellen. Dislocaties vinden hun oorsprong meestal in het gemeentelijk huisvestingsbeleid. Bij (tijdelijke) groei van het leerlingenaantal wordt vaak een oplossing gezocht in het plaatsen van semipermanente lokalen (al dan niet op het terrein van de school zelf) of in leegstaande lokalen van een andere school. In tegenstelling tot nevenvestigingen kennen dislocaties geen aparte bekostiging. Het aantal dislocaties is niet bekend. Hiervan wordt geen aparte registratie bijgehouden. Naar schatting zijn er in Nederland echter ongeveer 2000 dislocaties. Een aantal van deze dislocaties is een bewuste keuze van het schoolbestuur. In het belang van een goede spreiding van scholen wordt ervoor gekozen een school te vestigen in een gebied waar de stichting van een volwaardige basisschool (nog) geen optie is. Een dergelijke dislocatie heeft dan ook vaak een min of meer zelfstandige status. Het grote aantal dislocaties betekent feitelijk dat de gemiddelde basisschool in de praktijk nog minder leerlingen heeft dan de hiervoor genoemde 225 leerlingen. Overigens houden schoolbesturen ook met regelmaat dislocaties in stand die als zelfstandige school niet langer kunnen voortbestaan, omdat zij onder de opheffingsnorm is gezakt. Ook hier speelt de spreiding van scholen vaak een belangrijke rol.

## **7.5 Conclusie**

De conclusie is gerechtvaardigd dat het primair onderwijs in Nederland zowel schoolbestuurlijk als institutioneel in principe kleinschalig is georganiseerd. De gemiddelde basisschool in Nederland heeft slechts negen tot tien groepen verdeeld over acht leerjaren. Van de schoolbesturen heeft 83 procent minder dan tien scholen onder zijn verantwoordelijkheid, wat neerkomt op minder dan 2500 leerlingen per bestuur. Het aantal zeer grote scholen en het aantal zeer grote schoolbesturen is zeer beperkt.

### **7.5.1 De menselijke maat**

In de brief over de menselijke maat geeft de minister van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap aan wat daaronder door het ministerie wordt verstaan. Voor studenten en leerlingen is het belangrijk dat zij worden gekend door docenten en schoolleiders. Andersom is dit voor docenten een belangrijke reden zich voor deze leerlingen in te zetten. Voor ouders is het een reden hun betrokkenheid voor de school te tonen. Door de minister wordt het feit dat je ‘gezien en gehoord’ kunt worden gelijkgeschakeld met een school die op de ‘menselijke maat’ is gestoeld. Overzichtelijkheid, waarbij betrokkenen zeggenschap en keuzevrijheid hebben en zich samen verantwoordelijk voelen voor de school, is dus een belangrijk uitgangspunt.

Schaalgrootte is daarbij volgens de minister een belangrijke factor. Eerder is al aangegeven dat de schaal in het primair onderwijs beperkt is. Ruim 80 procent van de scholen voldoet – in ieder geval getalsmatig – aan de criteria die in de brief van de minister worden genoemd. Grote scholen zijn bovendien in veel gevallen ‘kleinschalig’ georganiseerd.

### **7.5.2 De brede school**

Schaalgrootte is niet altijd af te meten aan de omvang van een bestuur of een school zelf. De forse toename van zogenoemde brede scholen heeft op een bepaalde manier ook een opwaartse invloed op de schaalgrootte. In mindere mate geldt dat ook voor de invoering van de buitenschoolse opvang (BSO). Een brede school herbergt immers meerdere disciplines onder één dak. Niet zelden zijn dat ook meerdere scholen. In ieder geval is het aantal mensen dat binnen een brede school actief is (veel) groter dan in een traditionele basisschool. Hoe dat uitpakt bij passend onderwijs is afwachten.

### **7.5.3 Keuzevrijheid**

In dezelfde brief gaat de minister overigens ook in op het begrip legitimatie. Wij laten dat in dit hoofdstuk verder buiten beschouwing. Wel worden enkele kanttekeningen gemaakt bij het begrip keuzevrijheid. Terecht wordt het als een groot goed gezien dat ouders de school kunnen kiezen die het beste bij hun kind past. Dat geldt niet alleen voor de keuzevrijheid in richting maar ook voor de onderwijsinhoudelijke concepten van de scholen.

Het is belangrijk vast te stellen dat de bereikbaarheid van de school nog steeds het belangrijkste keuzeargument van de ouders is. In een aantal gevallen heeft binnen een gemeente een bestuurlijke schaalvergrotingsoperatie plaatsgevonden, waarbij alle scholen binnen die gemeente zijn ondergebracht onder de vlag van een zogeheten samenwerkingsbestuur. Een dergelijk bestuur heeft dan zowel openbare als bijzondere scholen in portefeuille. Het is een misverstand dat daarmee de diversiteit van het onderwijs binnen die gemeente beperkt zou worden of zelfs zou verdwijnen. Integendeel, een samenwerkingsbestuur is maar zeer beperkt in zijn mogelijkheid – zo het dat al zou willen – de diversiteit van het onderwijs te beperken. Het beperken van die diversiteit is ook nimmer in het belang van het schoolbestuur. Sterker nog, juist het kunnen garanderen dat ook in de toekomst diversiteit (zowel denominatief als onderwijsinhoudelijk) in een bepaald gebied of gemeente kan worden gecontinueerd is meestal de belangrijkste reden om tot een samenwerkingsbestuur te komen.

Voorts moet worden vastgesteld dat het voor een bestuur nauwelijks mogelijk is om zonder goedkeuring van ouders/personeel en overheid de keuzemogelijkheden te beperken. Op de eerste plaats is het juridisch onmogelijk om – zonder toestemming van de rijksoverheid – een school van richting te laten veranderen. Voor het zogenoemde ‘kleurverschieten’ moet immers voldaan worden aan een groot aantal in de wet verankerde voorwaarden (waaronder het opnieuw voldoen aan de hoge stichtingsnormen). De praktijk wijst uit dat dit in verreweg de meeste gevallen onmogelijk is. In de meeste gevallen kan niet worden voldaan aan de voor de betreffende gemeente geldende stichtingsnorm. Op de tweede plaats zijn schoolbesturen erbij gebaat dat de onderwijsinhoudelijke verschillen die er tussen de scholen van het betreffende bestuur zijn, in stand blijven en in veel gevallen zelfs worden versterkt. Los daarvan kent ook de Wet medezeggenschap op scholen allerlei bepalingen die de rol en positie van ouders en personeel versterken. Ouders en personeel hebben door het daarin opgenomen stelsel van advies- en instemmingsrecht een zeer belangrijke en – vaak – beslissende stem. De meeste schoolbesturen laten hun scholen ook zoveel mogelijk vrij in de keuze van het onderwijskundige concept.

Ook bij het eventuele voornemen van een bestuur om een school op te heffen, blijkt het in de praktijk nagenoeg onmogelijk een school vrijwillig (een school die niet onder de opheffingsnorm is gezakt) op te heffen. Er zijn diverse gevallen bekend van schoolbesturen die een kleine school willen opheffen, omdat zij menen niet langer in staat te zijn de kwaliteit van het onderwijs op een dergelijke school te garanderen. Zo zijn er besturen die zelf in hun beleidsplan een ondergrens hebben vastgelegd van bijvoorbeeld 50 leerlingen. Een norm die dus hoger ligt dan het wettelijke minimum van 23 leerlingen. Het voornemen een dergelijke school op te heffen – meestal door samenvoeging – wordt niet zelden geblokkeerd, omdat ouders en personeel zich daartegen verzetten. Voor het openbaar onderwijs geldt nog een extra ‘beveiliging’, omdat de opheffing van openbare scholen is voorbehouden aan de gemeenteraad.

Zelfs in die gevallen dat scholen moeten worden opgeheven omdat zij onder de voor de gemeenten geldende opheffingsnorm komen, levert dit vaak veel discussie op. Omvorming tot een min of meer zelfstandig opererende dislocatie is dan met regelmaat een oplossing. Ook hier spelen ouders en leerkrachten vaak een doorslaggevende rol. Voor schoolbesturen is het hebben van een dislocatie overigens een dure oplossing. Op jaarbasis betekent de omvorming van een regulier bekostigde school tot een dislocatie een inkomstenverlies van ten minste 25.000 euro per jaar.

#### **7.5.4 Relatie schaal en kwaliteit**

Het schoolbestuur heeft een belangrijke verantwoordelijkheid als het gaat om de kwaliteit van de scholen. Wellicht is dit zelfs de belangrijkste opdracht van de besturen. Bij een gebrekkige kwaliteit van een school ziet de inspectie daarop toe en zal zij het schoolbestuur daar ook op aanspreken. De discussie over de zeer zwakke scholen is een voorbeeld hoe schoolbesturen hierop kunnen – en moeten – worden aangesproken. Het is de vraag of er één op één een relatie gelegd kan worden tussen de schaal en kwaliteit van het onderwijs. Ook het rapport van de Onderwijsraad doet daar geen directe uitspraken over. Er wordt zelfs gesproken van een ‘gevoel dat het niet goed gaat’. Een grote school kan en zal in de meeste gevallen een behoorlijke kwaliteit kunnen leveren. Organisatie en aansturing zijn daarbij van doorslaggevende betekenis. Wel is het zo dat het bij zeer kleine scholen steeds moeilijker wordt om continuïteit en kwaliteit te garanderen. De meeste zeer zwakke scholen zijn kleine scholen. Uit een rapport van de onderwijsinspectie kan worden afgeleid dat de middelgrote scholen beter in staat lijken een goede kwaliteit te borgen. Zij zijn goed in staat sturing te geven aan de complexiteit van het onderwijs en invulling te geven aan onderwijskundig leiderschap. Zij beschikken bovendien over een schaal die nodig is om te kunnen investeren in de kwaliteit van het personeel.

#### **7.5.5 Inconsistentie van de regelgeving en het beleid**

Zoals uit het voorgaande wel blijkt, is er sprake van een behoorlijke mate van inconsistentie van de regelgeving ten opzichte van het beleid zoals dat nu door de overheid en de politiek wordt voorgestaan. Dit levert een aantal gevaren op. Het eerste is dat door die inconsistentie de doelstellingen van het voorgestane beleid niet worden gehaald. Het tweede gevaar is dat door de gedeeltelijke aanpassing van de regelgeving op vooral die punten waarop de overheid een knelpunt ziet, de balans uit de bestaande wetgeving wordt gehaald. Een voorbeeld daarvan is het voornemen het ook voor scholen die onder de absolute ondergrens van 23 leerlingen zakken mogelijk te maken toch in stand te blijven. Zoals gezegd heeft de instelling van die ondergrens een relatie met de waarborging van de kwaliteit. Het in stand houden van een school onder de absolute ondergrens houdt dus een risico in voor de kwaliteit van het onderwijs. Ook de kwaliteit is op dit moment een absolute topprioriteit van het ministerie van Onderwijs.

Het is vooral die inconsistentie die scholen en besturen meer en meer in de problemen brengt. Het enerzijds vragen om een hogere kwaliteit en een betere opbrengst van het onderwijs en anderzijds het streven naar een kleinere schaal leidt soms tot een spagaat.

Nog duidelijker ligt de inconsistentie in de wijze waarop de omvorming van dislocaties tot zelfstandige scholen nagenoeg onmogelijk wordt gemaakt. Dit laatste komt omdat de Wet op het primair onderwijs op dit moment door het ministerie van OCW nagenoeg letterlijk wordt uitgevoerd. Reden voor deze beleidswijziging van het ministerie van OCW is erin gelegen dat in de bekostiging van de verzelfstandigde scholen een dubblure zat. De verzelfstandigde school kreeg daardoor gedurende één jaar een dubbele bekostiging, wat – terecht – onwenselijk werd geacht. Het niet-kunnen verzelfstandigen van dislocaties betekent echter in de praktijk dat er zeer grote scholen ontstaan. Indien deze scholen wel zouden kunnen worden gesplitst, zou er dus in die situaties sprake zijn van een kleinere schaal. Het willen voorkomen van de dubbele bekostiging leidt dus aan de andere kant tot een ongewenste vorm van schaalvergroting. De oplossing had hier dus moeten worden gevonden op de plek waar het probleem is ontstaan, namelijk in een aanpassing van de bekostigingsregels, in plaats van het ingrijpen in de bestaande stichtingsregels.

Een ander knelpunt is ook terug te vinden in het rapport van de Onderwijsraad. Zoals al eerder is opgemerkt is het stelsel van stichting en instandhouding primair gericht op schaalvergroting en daarmee dus in strijd met de uitgangspunten zoals die zijn geformuleerd rondom de menselijke maat. Er is nog een tweede reden waarom dit stelsel niet langer past bij het huidige (overheids)beleid. De besluitvorming is sterk centralistisch in de wet vastgelegd. Vanuit het bekostigingsoogpunt en de verantwoordelijkheid voor een goede spreiding van het onderwijs is dat weliswaar verklaarbaar, maar ook hier geldt dat lokaal maatwerk nagenoeg onmogelijk is geworden. Daarmee kan dus ook een vraagteken geplaatst worden bij de legitimatie van het stelsel op lokaal niveau. Invloed van ouders, besturen en gemeenten is er immers nauwelijks. Het is dus wenselijk om op lokaal niveau meer ruimte te scheppen voor een lokale afweging, wanneer het gaat om de status van dislocaties en hoofdvestigingen en het verhuizen en verplaatsen van locaties. De Onderwijsraad doet daar ook – zij het te beperkt – een suggestie voor.

## **7.6 Samenvatting**

Uit het voorgaande zijn de volgende conclusies te trekken:

- De schaal in het onderwijs is op institutioneel gebied niet gegroeid.
- De schoolbestuurlijke schaal is – onder druk van maatschappelijke ontwikkelingen – wel toegenomen.
- Niet aangetoond wordt dat een fusietoets een oplossing biedt. Het is zelfs de vraag of er sprake is van een probleem.
- Rechten en beïnvloedingsmogelijkheden van ouders en personeel zijn goed geborgd.
- Inconsistentie van regelgeving enerzijds en beleidsuitgangspunten anderzijds leiden eerder tot schaalvergroting dan tot schaalverkleining.
- De inhoudelijke kwaliteit van het onderwijs is gebaat bij een goede bedrijfsvoering, waarvoor een zekere omvang noodzakelijk is.

## 8 Ontwikkelingen in het aanbod van ziekenhuiszorg

Jan Schnerr<sup>1</sup>

### 8.1 Inleiding

De vraag die in deze beschouwing wordt gesteld is: hoe zal over pakweg tien jaar de ziekenhuissector eruitzien? Meer specifiek: in welke mate zal concentratie dan wel deconcentratie plaatsvinden? Hoe zal de verdeling zijn tussen grote en kleine centra waar medisch-specialistische zorg wordt aangeboden? In deze beschouwing wordt aangenomen dat er een viertal determinanten is van (de)concentratie van aanbod van medisch-specialistische zorg, die het aantal denkbare varianten zullen beperken:

- de mate waarin verandering in de interne zeggenschapsstructuur krachtige strategische sturing op ziekenhuisniveau mogelijk zal maken;
- de mate waarin medisch specialisten een direct belang zullen hebben bij het efficiënt leveren van vergelijkbaar gemaakte zorgproducten;
- de mate waarin niet-opleidingsziekenhuizen hun acute functie buiten het bereik van politieke sturing kunnen houden;
- de mate waarin een concurrerende markt voor aanbieders van medisch-ondersteunende functies zal ontstaan.

In paragraaf 8.2 volgt eerst een kort historisch overzicht van de spectaculaire ontwikkeling die de Nederlandse ziekenhuissector achter de rug heeft. In paragraaf 8.3 komen enkele opmerkingen aan bod over ontwikkelingen die zich reeds duidelijk aftekenen en die mogelijk een aanzet zijn voor wat op termijn te verwachten valt. Paragraaf 8.4 bevat een toelichting op elk van de vier hiervoor genoemde determinanten, vergezeld van een schets van mogelijk daaruit voortvloeiende ontwikkelingen. Tot slot (§ 8.5) volgen enkele conclusies over marktwerking en concurrentiebeleid.

### 8.2 1970-2009: concentratie

De Nederlandse ziekenhuissector heeft een stille revolutie achter de rug. Het gaat om twee transformaties:

- van klinische zorg naar ambulante zorg;
- van decentrale zorg naar centrale zorg.

---

<sup>1</sup> Directeur van het Hofpoort ziekenhuis en bestuurslid van de Samenwerking Algemene Ziekenhuizen.

Beide ontwikkelingen deden zich in andere ontwikkelde landen eveneens voor, maar minder radicaal en minder door de overheidsbureaucratie gestuurd. De groei van de ambulante zorg ten koste van de klinische zorg werd door de overheid gesteund en budgettair beloond. Met name het afschaffen van het tarief voor ligdagen in de jaren tachtig heeft een belangrijk effect gehad. Het opnemen van patiënten werd relatief minder profijtelijk ten opzichte van dagbehandeling en poliklinische zorg. Het heeft een stimulans gegeven aan beleidswijzigingen binnen ziekenhuisorganisaties, die hebben geleid tot het uitbreiden van polikliniekruimten ten koste van de beddenhuizen. Dat kwam duidelijk naar voren bij nieuwbouw van ziekenhuizen en minder opvallend, maar met meer kwantitatief resultaat, bij de voortdurende interne verbouwingen: het ‘oprukken’ van de polikliniek tot in het beddenhuis. Tot eind jaren negentig was nieuwbouw, gebonden aan een overheidsvergunning, uitsluitend mogelijk op voorwaarde van drastische beddenreductie.

Vanaf medio jaren negentig zag men naast de uitbreiding van de poliklinieken de afdelingen Dagbehandeling spectaculair groeien. Het belangrijkste motief binnen het overheidsapparaat om deze ambulantisering te bevorderen was het kostenargument. Het was de laatste overlevende component van de drievoudige mantra die in 1973 door Joop Hendriks, staatssecretaris in het kabinet-Den Uyl, in zijn Structuurnota werd geïntroduceerd. De andere twee, regionalisering en echelonnering (van tweede naar eerste lijn), sneuvelden in de jaren tachtig op de minder dan verwachte maakbaarheid van de maatschappij. Naast het kostenmotief, en waarschijnlijk belangrijker dan dat, was er de onderliggende trend van verschuiving van klinisch naar ambulant als gevolg van de medisch-technologische ontwikkeling. De gemiddelde opnameduur voor een galblaasverwijdering daalde in 25 jaar tijd van veertien naar twee dagen en wordt inmiddels in de meeste gevallen in dagbehandeling gedaan. Men zou kunnen verwachten dat de enorme verschuiving van klinische naar ambulante behandelingsvormen tevens de inleiding vormde voor een sterke deconcentratie van aanbod van ziekenhuiszorg. Veel behandelingen werden immers minder afhankelijk van dure infrastructuur die bij voorkeur op één plek moet staan, zoals een intensive care afdeling. Het tegendeel heeft zich voorgedaan. De afgelopen decennia gaven namelijk een ongekeerde concentratie van ziekenhuiszorg te zien.

Behalve de hierna te noemen factoren, lag een belangrijke oorzaak van deze contraire ontwikkeling in de feitelijke macht die de medische staven hadden (en in vrijwel alle ziekenhuizen nog steeds hebben) over strategische vraagstukken, met name het vraagstuk van concentratie versus deconcentratie, fusie versus doorgaan als zelfstandig ziekenhuis. Veel specialisten hadden de voordelen ontdekt van het fuseren van maatschappen voor hun arbeidsomstandigheden. Als chirurgen, gynaecologen en de interne groepen van twee ziekenhuizen tot de slotsom kwamen dat een gezamenlijk ‘bedrijf’ voldoende voordelen gaf, dan fuseerden beide ziekenhuizen vroeg of laat. Dit werd naar buiten toe vertaald in kwaliteitsargumenten. Een veelvoorkomende presentatie van de onderliggende motieven, waarin besturen en staven zich gemeenschappelijk konden vinden, was het streven naar de status van opleidingsziekenhuis. De fusiebonus werd in het algemeen geïnvesteerd in die ‘strategie’. En uiteraard in de kosten van verwerking van de fusie.

De politiek van kostenbeheersing is desondanks succesvol geweest. Dat was dus niet het gevolg van het pro-fusiebeleid op zichzelf, maar van de strakke budgettering van ziekenhuizen en de macrokortingen in dat kader. Het gedurende de gehele jaren negentig volgehouden fusiebeleid heeft zeker niet geleid tot kostprijzdalingen in de betreffende ziekenhuizen. Men zou kunnen stellen dat veel fusies, die ‘beloond’ werden met toestemming voor nieuwbouw, hebben geleid tot aanzienlijke beddenreducties (in de nieuwe gebouwen) en dus tot lagere kosten. Deze redenering heeft de schijn tegen: a) omdat de fusiebonus niet geheel werd gecompenseerd door de budgettaire verlaging van de ‘beddenparameter’ in de nieuwbouw en b) omdat de spectaculaire daling van de gemiddelde verpleegduur zich in alle ziekenhuizen heeft voorgedaan. Dit overheidsbeleid, gericht op schaalvergroting door fusie en passief gesteund door de toenmalige NZR (waar de macht toen eenzijdig lag bij de grote ziekenhuizen), ging uit van de premisse dat grootschalige ziekenhuisorganisaties efficiënter waren en dus een bijdrage leverden aan de belangrijkste doelstelling van de overheid: kostenbeheersing. De paradox dat gedurende een groot deel van die jaren op fusie dus een bonus stond in de vorm van forse budgetverhoging (fusiebonus of: ‘grootteklasse effect’) wijst erop dat er sprake was van een vermenging van Haags geloof en bepaalde sectorbelangen. Dat geloof in grote ziekenhuisorganisaties was sterk aanwezig in de Partij van de Arbeid, waarvan de stedelijke bestuurders weinig affiniteit hadden met de kleinere streekziekenhuizen, die bovendien voor het merendeel een confessionele nestgeur hadden. De sectorbelangen kwamen met name voort uit de medische staven, waarbij de bestuurders optraden als vertalers en woordvoerders van gerationaliseerde, strategische noties met kwaliteit als kernstuk.

Het een en ander heeft geleid tot een opvallende ontwikkeling in het aantal erkende bedden, de gemiddelde verpleegduur en het aantal instellingen. Tabel 8-1 geeft de ontwikkeling van deze grootheden weer voor de periode 1970-2010.

**Tabel 8-1 Erkende bedden en gemiddelde verpleegduur, algemene en academische ziekenhuizen**

| <i>jaar</i>          | <i>erkende bedden</i> | <i>gemiddelde verpleegduur</i> | <i>aantal instellingen</i> |
|----------------------|-----------------------|--------------------------------|----------------------------|
| <b>1970</b>          | 72.400                | 17                             | 210                        |
| <b>1980</b>          | 73.100                | 13,1                           | 181                        |
| <b>1990</b>          | 64.500                | 10,7                           | 128                        |
| <b>2000</b>          | 56.500                | 8,4                            | 109                        |
| <b>2010 (raming)</b> | 50.000                | 6,0                            | 91                         |

Bron: CBS; NZi

Zoals opgemerkt, was de medisch-technologische ontwikkeling de belangrijkste determinant voor deze ontwikkeling. De ‘krachtige sturing’ op beddenreductie door overheid en het succes daarvan zijn naar mijn mening grotendeels schijn. Het beleid speelde in dan wel liep parallel met een onderliggende, technologie gedreven ontwikkeling die in de jaren zeventig inzette. Er wordt wel gezegd dat de wens van de patiënt, namelijk om snel weer naar huis te kunnen, in de beschreven richting heeft

gewerkt. Zonder hierop nader in te gaan ben ik die mening, voor de beschreven periode, niet toegedaan. Voor de toekomst lijkt het mij wel een belangrijke factor.

Ambulant zorgaanbod laat zich, zoals gezegd, beter decentraal aanbieden dan klinische zorg. Daarom is de concentratie die zich feitelijk heeft voorgedaan, des te opvallender. Als een ziekenhuis wordt gedefinieerd als een centrum met in elk geval een kliniek en een IC (op ten minste niveau 1), dan geeft tabel 8-1 ook een beeld van de concentratie: van 210 ziekenhuizen in 1970 naar 91 in 2010.

De groei van de zogeheten buitenpoli's (vanuit de centra) is een vorm van deconcentratie. Die groei deed zich voor, maar is beperkt. Het gaat bovendien om slechts ongeveer 5 à 10 procent van de totale ziekenhuisomzet. Volgens het RIVM waren er in 2005 38 buitenpoli's.

Een andere vorm van deconcentratie is het aanbod van verzekerde zorg vanuit privéklinieken (zelfstandige behandelcentra, ZBC's). Ook hier gaat het om een klein aandeel in de totale ziekenhuisproductie. Er is geen goede registratie. Het aantal toegelaten klinieken was in respectievelijk 2000, 2005 en 2006: 31, 130 en 158 (NZa). Het aantal feitelijk actieve ZBC's zal waarschijnlijk ongeveer 15 procent lager zijn.

Belangrijk is dat men zich realiseert dat gedurende de gehele periode 1970-2009 ziekenhuiskosten als collectieve lasten werden beschouwd. Zeker vanaf de invoering van de basisverzekering wordt dit als vanzelfsprekend gezien. Dat is het echter niet, als men naar de lange termijn kijkt.

### **8.3 De korte termijn: 2009-2012**

De periode 2009-2012 is belangrijk als breukvlak tussen twee tijdperken: dat van de afgelopen veertig jaar, waarin de politiek en collectieve sturing het primaat hadden als het ging om de strategische momenten in het leven van een ziekenhuis. En de komende tijd, waarin de ziekenhuissector primair door private actoren gestuurd zal worden. Ik ga niet nader in op mogelijk relevante, meer algemene trends. De vraag bijvoorbeeld of een steeds groter deel van het ziekenhuisaanbod in de private consumptieve sfeer terecht zal komen ('ja'); of de kredietcrisis structureel leidt tot een weer bemoeizuchtige overheid ('nee'); of de Nederlandse zorg onder Europese invloed komt ('zeer geleidelijk'); of het vertrouwen in professionals, met name specialisten, steeds verder blijft afnemen ('nee'). Enkele min of meer voorspelbare ontwikkelingen in de komende drie tot vier jaar bespreek ik hierna. Ik beperk mij tot specifieke ontwikkelingen die zich naar het zich nu laat aanzien, binnen de sector zullen voordoen en die belangrijk kunnen zijn voor het vraagstuk concentratie/deconcentratie in de jaren daarna. Hierbij wordt een onderscheid gehanteerd in vier categorieën ziekenhuizen:

- academische centra;
- STZ-ziekenhuizen;
- middengroep-ziekenhuizen;

- streekziekenhuizen.

#### *De academische centra*

Er zijn acht academische centra. Dat zijn er waarschijnlijk drie of vier meer dan strikt genomen nodig zou zijn in een klein land met zestien miljoen inwoners, dat tevens is voorzien van een fors aantal niet-academische topklinische centra. De spreiding van deze acht is niet ideaal. Zeker niet gezien op Europese schaal: vijf op een kluitje in de Randstad. Maastricht heeft een soortgelijk probleem met Aken en Luik. Daarnaast is een toenemende spanning te zien tussen het feitelijke volume van de patiëntenstromen naar de academische centra en het gewenste volume met het oog op de opleidings- en onderzoeksfuncties. De meeste academische centra zijn zich, in navolging van Leiden, nog meer gaan concentreren op de complexe pathologie, de 'topreferente functie'. Maar de afhankelijkheid van een brede stroom aan meer eenvoudige casuïstiek, blijft, ondanks het feit dat de opleiding van specialisten al lang geleden werd gespreid over een veel groter aantal 'opleidingsziekenhuizen'. Maar daar zit hem meteen ook de grootste pijn: die laatste zijn concurrenten geworden. De kern van die groep wordt gevormd door 27 algemene ziekenhuizen (van de meer dan tachtig die er nog zijn). Zij hebben zich verenigd in de Stichting Topklinische Ziekenhuizen (STZ). Ondanks deze toenemende concurrentie zijn de relaties tussen de academische en de STZ-centra van complexe aard, met name door de professionele netwerken. Van belang is te bedenken dat beide typen ziekenhuizen zeer moeilijk stuurbaar zijn. Het strategische stuurvermogen van deze raden van bestuur is niet vergelijkbaar met dat bij *profit*organisaties van vergelijkbare omvang of complexiteit. Een vermindering van het aantal academische centra is op korte termijn zeker niet te verwachten. Men zou zich überhaupt kunnen afvragen of het basisprobleem bij de academische centra ligt, met hun wetenschappelijke functie en internationale netwerk, dan wel bij het te grote aantal topklinische ziekenhuizen. Een aannemelijke ontwikkeling de komende paar jaar is dat de divisies meer de vrije hand krijgen (of: nemen) om zaken te doen met perifere ziekenhuizen en maatschappen. Dat zullen niet noodzakelijkerwijs STZ-ziekenhuizen zijn. De leidende professionals (hoogleraren, divisiechefs, afdelingshoofden) mogen het binnen bepaalde grenzen zelf regelen. De 'werkplaatsfunctie' in het kader van de opleiding, ervaring opdoen met niet-complexe zorg, zullen zij hier en daar uitbesteden. Zij zullen door de samenwerking met vrijgevestigde, meer commercieel ingestelde specialisten ook beter in staat zijn om eigen talentvolle, maar lager betaalde specialisten binnen hun regie te houden. De druk van verzekeraars op de academische centra, om niet-complexe zorg ofwel de DBC's uit het B-segment tegen meer concurrerende prijzen te leveren zal eveneens in dezelfde richting werken. Die druk vloeit voort uit de uitbreiding van het B-segment, de verbetering van het DBC-systeem via de 'DOT'-operatie en kostenrationalisaties in de periferie.

#### *Het STZ-segment*

De komende paar jaar vindt consolidatie plaats van *het STZ-segment*: de huidige omvang van de groep zal niet of nauwelijks meer toenemen. Het belangrijkste doel van de groep is behoud en uitbreiding van het aantal opleidingsplaatsen. Naast andere overwegingen, is daarmee een aanzienlijk financieel belang gemoeid. Een STZ-ziekenhuis ontvangt tien tot vijftien miljoen euro aan directe vergoeding voor arts-assistenten in opleiding. Dat is meer dan kostendekkend. Het saldo van de overige kosten en baten (productie!) is

eveneens positief, zowel voor het ziekenhuis als voor de maatschappen. Dat leidt in de periode waar het hier om gaat tot een concurrentievoordeel voor deze ziekenhuizen ten opzichte van de niet-opleidingsziekenhuizen. Er zijn geen aanwijzingen dat de NZa in de komende drie jaar effectief zal toezien op interne kruissubsidies. Toch zullen de inherente inefficiëntie van deze grote en complexe organisaties en het groeiende B-segment het concurrentievoordeel geleidelijk doen verminderen. De onderliggende problematiek van de STZ-ziekenhuizen is gelegen in het feit dat 85-90 procent van hun productie geen topklinische zorg is maar ‘gewone’ ziekenhuiszorg, die in principe in het B-segment zou kunnen worden gebracht en in streekziekenhuizen kan worden geleverd zonder verlies van kwaliteit; tegen in het algemeen lagere kosten. Om de opleidingen te behouden is verder nodig dat het percentage complexe zorg wordt vergroot. Zoals hiervoor aangegeven is de spoeling in het segment van de complexe zorg echter dun geworden. De strategische oplossing vanuit medische staven van opleidingsziekenhuizen voor dit latente gevaar is het creëren van regionale monopolies. Maatschappen fuseren tot regionale brugmaatschappen en staven gaan akkoord met fusies om daarna tot één klinische locatie te komen. Dit gegeven vormt tevens de achtergrond van de haast in sommige wetenschappelijke verenigingen van specialisten om uit ‘kwaliteitsoverwegingen’ en zonder wetenschappelijke onderbouwing, minimumaantallen per ziekenhuis vast te stellen voor het aantal ingrepen van een bepaald type. Deze politiek lijkt zich te richten tegen de kleine streekziekenhuizen, maar zal in de praktijk vooral bedreigend zijn voor middelgrote ziekenhuizen die net onder het STZ-segment opereren. De komende drie jaar is het buitengewoon onwaarschijnlijk dat een groot opleidingsziekenhuis zal omvallen. Zij zijn voor de politiek *too big to fail*, zeker in de monopolioïde situaties die in veel regio’s zijn ontstaan. En bij ontstentenis (in de huidige situatie!) van privaat investeringskapitaal dat gemobiliseerd kan worden om zo’n gat te vullen door het faillierende ziekenhuis over te nemen.

#### *Middengroep-ziekenhuizen*

Een groeiend strategisch probleem ontstaat voor vijftien à twintig ziekenhuizen uit *de middengroep*: ziekenhuizen met ongeveer 350 tot 500 in gebruik zijnde bedden die de ‘STZ-boot’ gemist hebben of niet naar die status hebben gestreefd. Blijven investeren in een breed portfolio inclusief opleidingen voor een aantal centrale medische disciplines, onder druk van dat deel van de medische staf, is op den duur te hoog gegrepen. Men zal bijvoorbeeld een *level 2* IC in stand moeten houden, terwijl er te weinig volume wordt gegenereerd op een deel van het operatieve palet. De staf in dergelijke ziekenhuizen trekt twee kanten op. Het probleem kan al escaleren als de Inspectie voor de Gezondheidszorg de harde bureaucratische lijn die zij inzette voor de streekziekenhuizen, in 2009 doorzet naar de *level 2* IC’s. Kiezen voor een *level 1* IC, aanpassen van het operatieprogramma, de ambitie van opleidingsziekenhuis laten varen en inzetten op kostenrationalisatie, is de meest waarschijnlijke uitkomst van deze worsteling. De groep tussen streekziekenhuis en STZ/academisch zal daardoor uitdunnen en krijgt meer het profiel van een streekziekenhuis. De spoeling in het topsegment wordt als gevolg daarvan minder dun. Op termijn zal de concurrentie in het (potentiële) B-segment, zoals gezegd zou dat 85 procent van de markt kunnen zijn, toenemen. In de periode tot 2012 lost dit probleem zich niet op. Er is immers in deze ziekenhuizen, zoals in vrijwel alle Nederlandse ziekenhuizen, geen machtscentrum dat een coherente strategie kan ontwikkelen en over

een aantal jaren kan implementeren. Als een van deze ziekenhuizen in ernstige financiële problemen verkeert, bestaat het gevaar dat de politiek de minister dwingt om een financieel vangnet te creëren. Daarmee zou de noodzaak afnemen om een oplossing te vinden voor de strategische impotentie van de Nederlandse ziekenhuizen.

#### *De streekziekenhuizen*

Voor de streekziekenhuizen overheersen in de periode tot 2012 de risico's. Zij worden afgerekend op min of meer bureaucratische kwaliteitsnormen (procescriteria) voor SEH, IC en verloskunde, die zijn ontwikkeld in grote opleidingsziekenhuizen. Hun kracht, efficiënte productie, kan slechts geleidelijk verzilverd worden. Vooral omdat het B-segment maar langzaam wordt vergroot. Door gebrek aan strategische en bestuurlijke vaardigheden worden potentiële winstbronnen voor juist dit type ziekenhuizen niet aangeboord: faciliteren van ondernemende professionals (ook van elders), *outsourcing*, bedrijfstijdverlenging, aantrekken van investeerders, etc. Dit laatste wordt bovendien zeer wantrouwig bekeken vanuit politiek Den Haag. Hier en daar ontsnapt een enkel streekziekenhuis aan deze politieke verlamming. Uit het bovenstaande zou kunnen worden afgeleid dat er uiteindelijk rond de 50 à 55 streekziekenhuizen ontstaan: de huidige veertig plus de overlevenden uit de middengroep. Dit is echter onwaarschijnlijk. Waarschijnlijker is, dat de komende jaren tien tot vijftien ziekenhuizen onder het 'top'-segment zullen verdwijnen als zelfstandige aanbieder met op locatie een IC en klinische functies als verloskunde, kindergeneeskunde en cardiologie. Dat proces zal zich langs twee lijnen voltrekken. In de eerste plaats door fusies tussen streekziekenhuizen en grote ziekenhuizen, waarbij de kwetsbare acute functies op de hoofdlocatie worden geconcentreerd. In de tweede plaats door aaneensluiten van streekziekenhuizen, met name in het noorden van het land, waarbij geleidelijk aan functies worden uitgeruild totdat een van de locaties de acute functies aanbiedt. Tot slot moet hier worden gewezen op het gevaar van wat ik zou willen noemen 'verlossing door faillissement'. In het geval van het Slotervaart Ziekenhuis en recent de IJsselmeerziekenhuizen werden de strakke Haagse opvattingen over aandeelhouderschap en eigendom vloeibaar onder druk van het definitief omvallen van deze ziekenhuizen. Het feit dat een ziekenhuis in zulke omstandigheden 100 procent van de aandelen aan een commerciële partij kan overdragen en snel duidelijkheid verkrijgt van de Den Haag, dreigt een vreemde ongelijkheid te scheppen ten opzichte van ziekenhuizen die vanuit rustiger vaarwater andere (en gematigder!) eigendomsverhoudingen willen scheppen.

## **8.4 Determinanten; mogelijke ontwikkelingen in de periode 2012-2019**

### **8.4.1 Strategische sturing op ziekenhuisniveau**

Het vermogen van ziekenhuizen om een strategie voor de gehele organisatie vast te stellen, te vertalen in keuzen op maatschapsniveau en daarnaar vervolgens consequent te handelen, is onvoldoende. Het is hier niet de plaats voor een uitgebreide analyse van het

hoe en waarom. Kern van de zaak is dat in verreweg de meeste ziekenhuizen een machtscentrum ontbreekt. In telegramstijl volgen hier enkele relevante factoren:

- In een professionele organisatie is het bestuur voor relevante informatie om überhaupt een strategie te kunnen ontwikkelen, in de eerste plaats afhankelijk van de groep medische professionals.
- Naast informatie met betrekking tot de zorg zijn er deelbelangen. Het integratieniveau is niet het ziekenhuis maar de maatschap.
- Om de informatie over de markt en de deelbelangen te kunnen integreren tot bruikbare concepten en beslissingen op strategisch niveau is een tussenniveau nodig: een stafbestuur. Dat ziet echter in de praktijk zelden kans die functie te vervullen, omdat het mandaat uit de maatschappen ontoereikend is. De egalitaire cultuur binnen medische staven in niet-academische ziekenhuizen verhindert de noodzakelijke mandatering. Binnen de huidige stichtingsstructuur bestaat daarvoor geen goede, duurzame oplossing.
- De businesscase voor een specialist/maatschap pakt in principe anders uit dan voor het ziekenhuis. In een bijna failliet ziekenhuis is gebleken dat bepaalde specialisten tot het laatst zeer goed konden verdienen.
- Belangenconflicten binnen de staf kunnen aan het stichtingsbestuur worden doorspeeld en daarmee tijdelijk worden geneutraliseerd. Bijvoorbeeld in afwachting van een nieuwe bestuurder.
- De toezichthouders in de ziekenhuisstichting, die gaan over aanstelling en ontslag van bestuurders en de specialisten, die een doorslaggevende hindermacht hebben in relatie tot het bestuur zijn niet financieel (als eigenaar) betrokken bij het bedrijf. De kosten van het sluiten van compromissen en uitstellen van keuzen, kortom van het pappen en nathouden, worden gedragen door de anonieme premiebetaler.
- De druk van buitenaf was tot nu toe niet voldoende om de houdgreep waarin staven en bestuurders elkaar vasthouden los te wrikken. Specialisten gaan er (tot nu toe terecht) van uit dat hun ziekenhuis niet failliet kan gaan en dat hun toelatingsovereenkomst eeuwigheidswaarde heeft.

Ziekenhuizen die zich aan dit dilemma weten te ontworstelen krijgen een beslissende voorsprong. Het zijn er weinig en de vraag is of dat duurzaam is. Het lijkt er in veel ziekenhuizen juist op dat door de toenemende verlokkingen van de marktwerking maatschappen nog meer dan voorheen hun eigen koers uitzetten. De kans daarop neemt toe als in een regio een monopolioïde situatie is ontstaan op ziekenhuisniveau dan wel door een regionale maatschap. Maatschappen die een deel van de zorg opvangen onder de paraplu van 'hun' ziekenhuis en elders in de regio een ZBC exploiteren krijgen een onaantastbare positie. Zij hebben geen belang bij strategievorming op ziekenhuisniveau. Concurrentie in die discipline kan in zo'n regio alleen nog ontstaan door vestiging van een ZBC van buitenaf, met eigenaren met een financieel lange adem. Regionale monopolievorming op ziekenhuisniveau is door de mededingingsautoriteit moeilijk tegen te houden. Tenzij men zover wil gaan om fusies van maatschappen binnen een fusieziekenhuis aan een toets te onderwerpen. Maar in een toenemend aantal regio's zal het kwaad al geschied zijn. Als het (volgende?) kabinet de mogelijkheden voor investeerders in ziekenhuizen aanzienlijk verruimt dan ontstaat een geheel andere situatie. De monopolies worden dan bedreigd door zeer kapitaalkrachtige nieuwkomers,

die bijvoorbeeld hun specialisten in het bedrijf laten participeren. Ik acht ondanks alles die ontwikkeling op politiek niveau waarschijnlijk. Juist omdat in die gemonopoliseerde regio's de nadelen van de strategische inertie van een traditioneel ziekenhuis gecombineerd met monopolistengedrag, steeds duidelijker zullen worden, terwijl in andere regio's wel beweging (en prijsdaling) ontstaat. Tot het zover is, wordt strategische inertie niet afgestraft.

Academische ziekenhuizen hebben qua strategievorming in beginsel iets voor op algemene ziekenhuizen:

- Er zijn geen maatschappen en vrijgevestigde specialisten. De staf kent een hiërarchische structuur met hoogleraren-afdelingshoofden.
- Er zijn geen toelatingscontracten 'voor het leven', maar aanstellingen.
- De discussie over speerpunten buiten het topsegment hoeft niet gevoerd te worden.
- Toezicht en bestuur ontlenen hun legitimiteit aan 'Den Haag'.

Hier staat tegenover een zeer complexe organisatie, die de operationele aansturing zeer bemoeilijkt. Een oplossing, naar mijn mening *de* oplossing, voor algemene ziekenhuizen is om de eigendomsstructuur te veranderen. In plaats van een stichting met een raad van toezicht die als het eropaan komt machteloos is, een BV of NV met een raad van commissarissen en aandeelhouders. Dat geeft duidelijker zeggenschapsverhoudingen. Ziekenhuizen met een aanzienlijke opleidingsfunctie zijn te weinig wendbaar voor deze *turn around* en hebben er bij gebrek aan externe druk voorlopig ook minder belang bij. Extreme voorbeelden, zoals gezegd, zijn het Slotervaart Ziekenhuis en de IJsselmeerziekenhuizen: alle of vrijwel alle macht bij één aandeelhouder. In de periode na 2012 zullen de ziekenhuis BV's die de omslag maken zonder de dreiging van faillissement, naar verwachting moeten garanderen dat zij hun maatschappelijke functie blijven vervullen. Dat gaat met name om de acute infrastructuur: IC, SEH en klinische verloskunde. Dat pleit voorlopig wellicht voor de bestaande ziekenhuisstichting als mede aandeelhouder. Het is mijns inziens sterk aan te bevelen om de professionals met hun bestaande informele macht, mee te laten participeren in de vennootschap. (Het voorliggende argument voor een dergelijke structuurverandering zal overigens meestal de behoefte aan risicodragend vreemd vermogen zijn.) Voor streekziekenhuizen die niet beschikken over een tweede of een derde geldstroom (opleiding, onderzoek, onderwijs) en die qua interne structuur toch al minder complex zijn, zou dit dus een aantrekkelijke optie kunnen zijn.

De noodzaak om een duidelijk besliscentrum te creëren dat een meerjaren strategie oplevert en realiseert zal de komende jaren steeds duidelijker worden. Als voorbeeld van het type vraagstukken waarop geanticipeerd of desnoods gereageerd moet gaan worden, kan dienen wat hierna in paragraaf 8.4.3 wordt geschetst met betrekking tot de acute kolom.

#### **8.4.2 De medische professional: transparante producten**

In hoeverre worden medische professionals gedreven door financiële prikkels, in de zin van het aantal gewerkte uren in relatie tot het inkomen? De veronderstelling is dat dat in

sterke mate het geval is in niet-academische ziekenhuizen. Dit geldt ook voor niet-academische opleidingsziekenhuizen, waar bij de inzet van aio's financiële overwegingen (inclusief het vermijden van werk op onaangename uren) een belangrijke rol spelen. Een verstorende omstandigheid bij het tot stand brengen van strategische besluitvorming in ziekenhuizen is de onevenwichtige inkomensverdeling binnen medische staven. Daar wordt in dit kader niet nader op ingegaan.

Het zal naar mijn verwachting niet mogelijk zijn om de verdere ontwikkeling van een systeem van producttransparantie tegen te houden. Toch hebben zoals hiervoor aangegeven, de topklinische centra geen belang bij het doorontwikkelen van het huidige DBC-systeem tot een systeem dat 85 à 90 procent van de ziekenhuiszorg vergelijkbaar maakt op kosten en (uiteindelijk) ook op outputkwaliteit. Het probleem dat gaat ontstaan, is dat de huidige DBC-infrastructuur een gezamenlijke verantwoordelijkheid is van een in onderling concurrerende segmenten uiteenvallende ziekenhuismarkt. Er zijn dan ook verschillende scenario's denkbaar, zoals:

- Het systeem wordt toch doorontwikkeld en uitgebreid tot 70 à 90 procent van de markt.
- Er ontstaat een impasse binnen de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ) en de Orde van Medisch Specialisten (de Orde). Daardoor blijft het een systeem met beperkte reikwijdte of vallen veel DBC's die ogenschijnlijk homogeen zijn in feite uiteen in 'eenvoudige' en 'complexe' varianten.
- De tegengestelde belangen leiden tot bovenbedoelde doorontwikkeling door (een groep van) streekziekenhuizen in samenwerking met commerciële partijen in de wereld van ICT en consultancy.

De laatste twee scenario's zijn weinig waarschijnlijk, gelet op de grote invloed van de overheid op de doorontwikkeling van het systeem en het belang dat zij heeft bij kostentransparantie. Uit hoofde van haar taak valt van de NZa steun te verwachten voor een werkelijk transparant systeem. De uitkomst is doorslaggevend voor de kansen van niet-opleidingsziekenhuizen om zich verder te ontwikkelen in een concurrerende markt.

Een transparant DBC-systeem biedt mogelijkheden om specialisten te laten meeprofiteren van efficiënte zorg. Er ligt een enorme potentiële efficiencywinst te wachten op aanbieders van ziekenhuiszorg die de barrière kunnen slechten die wordt gevormd door het feit dat 'ziekenhuiswinst' en 'specialistenwinst' elkaar nu maar zeer gedeeltelijk overlappen (het hiervoor genoemde probleem van de verschillende businesscases). Gevolg is een zeer inefficiënt gebruik van kapitaalgoederen, onvoldoende 'drive' tot afstemming tussen maatschappen onderling, tussen deze en het ondersteunend apparaat en het niet-kunnen komen tot een portfoliostrategie voor het ziekenhuis als geheel. Als het aandeel vrij onderhandelbare DBC's substantieel wordt, vanaf pakweg 50 procent van de ziekenhuisproductie, dan wordt het de moeite waard om specialisten te laten meeprofiteren van samen met hen gerealiseerde bedrijfstijdverlenging, portfoliokeuzes, logistieke verbeteringen, aanvraagpatronen voor diagnostiek, zorgpaden, organisatieverbeteringen in de kliniek, etc. Ook nu het winstverbod nog geldt, is het zeer de moeite waard om een ziekenhuis voor te bereiden op de geschetste mogelijkheden. De efficiëntiewinst zal dan voorlopig voornamelijk toekomen aan waardevermeerdering in

plaats van aan winstuitkering. Werkelijk flexibel wordt het systeem na opheffing van de 'winstklem'.

Dat betekent ook grote kansen voor zeer gerichte aanbieders, in het segment van de min of meer monodisciplinaire vakken, als orthopedie, KNO, dermatologie en oogheelkunde. Deze aanbieders zullen op grond van efficiëntieoverwegingen een voorkeur hebben voor gespecialiseerde klinieken en om kwaliteitsredenen de nabijheid van een klinische setting willen. Ook daarbij kunnen streekziekenhuizen zich een goede positie verwerven. Zeker als zij bereid zijn tot een pionoffer in de vorm van het uit hun rechtspersoon tillen van de betreffende discipline en de 'focuskliniek' daarmee een vliegende start te geven. Het is waarschijnlijk dat met name streekziekenhuizen met hun geringere complexiteit qua structuur en doelstelling, zullen kunnen profiteren van toenemende flexibiliteit van het systeem. Dat geldt dan vooral voor die streekziekenhuizen die in de huidige situatie, die voor hen nog niet zeer gunstig is, hun flexibiliteit gebruiken om hun relatieve kostenvoordeel te vergroten en in overleg met de medische staf hun structuur op deze toekomst voorbereiden.

#### **8.4.3 De acute kolom: politieke sturing?**

In mijn opvatting behoort een goed gespreide acute kolom, IC, SEH en klinische verloskunde, tot de infrastructuur van de Nederlandse zorg. Sterk locatiegebonden, zoals het spoor en het elektriciteitstransport. Dat betekent niet dat deze voorzieningen, geïntegreerd als zij altijd zijn in een algemeen ziekenhuis, niet in een vennootschapsstructuur met aandeelhouders geëxploiteerd kunnen worden. Het betekent wel dat de overheid zich altijd zal moeten uitspreken over die infrastructuur. Hiervoor gaf ik aan voorstander te zijn van een strak regime met betrekking tot een klein aantal systeemziekenhuizen en daarnaast een flexibeler regime ten aanzien van het in stand houden van een verantwoorde spreiding.

Een negatief scenario zou zijn dat bureaucratische kwaliteitscriteria in de plaats komen van een collectieve kaderschepping zoals door mij bepleit. Een voorbeeld is de vigerende IC-richtlijn, opgesteld door academische en STZ-specialisten en door de IGZ gebruikt om streekziekenhuizen met *level 1* IC's onder druk te zetten. Deze richtlijn heeft niet betrekking op de feitelijk te leveren kwaliteit, maar geeft procescriteria waaraan op den duur alleen door opleidingsziekenhuizen met veel arts-assistenten kan worden voldaan. Zie het betreffende artikel in *Medisch Contact* van 16 januari 2009.

De neiging van de IGZ om op formele procescriteria te focussen is begrijpelijk, vanwege de druk van de media, de absolute noodzaak van toezicht op afstand en het onvoldoende beschikbaar zijn van betrouwbare outputgegevens. Het is niet uit te sluiten, hoewel binnen de Orde en de NVZ een tegenbeweging op gang komt, dat deze lijn de komende tijd dus ook gevolgd zal worden ten aanzien van SEH's en afdelingen Verloskunde. Een effectieve tegenbeweging valt te verwachten, als duidelijk gaat worden: a) dat met het sluiten van de acute functie het profiel van een heel ziekenhuis gaat veranderen en b) wat de reistijden zullen gaan worden voor zwangere vrouwen, kinderen met letsels, dialysepatiënten, et cetera.

Het valt tot die tijd te verwachten dat de gesignaleerde tendens van het verdwijnen van streekziekenhuizen in een aantal regio's hierdoor gestimuleerd wordt. Sommige streekziekenhuizen moeten de status van hun IC naar medium care of high care terugbrengen, waarbij zij afhankelijker worden van een topklinisch centrum. Andere zullen hun IC opwaarderen (1+). De eerdergenoemde middengroep van vijftien tot twintig ziekenhuizen onder het STZ-segment, met een *level 2* IC, zullen vermoedelijk kiezen voor een (opgewaardeerde) *level 1* IC, omdat de kosten van zo'n uitgebreide *level 2* IC niet meer gedragen kunnen worden door het te kleine aantal patiënten. Dit leidt tot het afstoten van complexe zorg, voor zover die een *level 3* IC vereist. Het gevolg van het voorgaande zou zijn dat politieke sturing op de acute kolom over een aantal jaren wegvalt, althans geen centraliserende invloed meer heeft. Het toegenomen aantal goed geoutilleerde en bemande (*level 1+*) IC's zal veel minder patiënten doorsturen.

Als over enkele jaren steeds meer ziekenhuizen een vennootschapsstructuur hebben en hun kosten op orde hebben, evenals hun strategie, dan zullen niet alle topklinische centra (8 + 27) de concurrentie in het grote B-segment kunnen volhouden. Een geleidelijke vermindering van het aantal STZ-ziekenhuizen ligt dan in de lijn der verwachting, evenals afslanking van de academische ziekenhuizen in het minder complexe segment met een keuze voor topreferente zorg. Nieuwe vormen van samenwerking tussen perifere ziekenhuizen en academische centra komen dan in beeld; bijvoorbeeld zakelijke *joint ventures* op het gebied van high care/IC en spoedeisende hulp en voor de 'werkplaatsfunctie' ten behoeve van opleidingen. Mogelijk leiden deze bewegingen tot nieuwe organisatievormen binnen ziekenhuizen, zoals combinaties van IC, SEH en verloskunde. Daarbij dienen zulke sterk vergrote acute afdelingen ook voor postoperatieve patiënten zonder strikte IC-indicatie en zijn verpleegafdelingen er alleen nog voor laag-intensieve zorg.

In dit scenario zal in de periode tot 2019 aanvankelijk een aantal streekziekenhuizen ten onder gaan en uiteindelijk zal de concurrentiedruk ook het topklinisch segment raken. Daar bevindt zich een te zwaar opgetuigde infrastructuur, gelet op het aantal patiënten dat werkelijk topklinische zorg nodig heeft.

#### **8.4.4 Medisch ondersteunende functies**

Ziekenhuizen betalen voor medisch ondersteunende diensten. Veelal omdat zij deze voorzieningen in huis hebben en het (niet-medisch) personeel, de apparatuur, het ruimtebeslag, etc. in de kostprijs zitten. Maakt het ziekenhuis gebruik van een laboratoriumfaciliteit in een ander ziekenhuis dan wordt daarvoor betaald. Deze kosten gaan een belangrijker rol spelen, naarmate a) de concurrentie tussen ziekenhuizen groter wordt en dus (ook) de kostprijs een grotere rol gaat spelen en b) de medisch-technologische ontwikkeling de diagnostische mogelijkheden doet toenemen. Het gaat om dure infrastructuur met schaarse knowhow, die toenemend locatieonafhankelijk is door voortschrijdende communicatiemogelijkheden en die zeer bepalend kan zijn voor een servicegerichte patiëntenlogistiek.

### *Radiodiagnostiek en andere beeldvormende technieken*

Er is een concurrerende markt voor diagnostiek voor huisartsen aan het ontstaan door ondernemers als Loek Winter. In beperkte mate worden ook ziekenhuispatiënten geholpen die te lang moeten wachten. Ziekenhuizen, ook kleinere, zijn tot nu toe in staat hun afdeling Radiodiagnostiek economisch overeind te houden. De korte lijn met de staf is professioneel een voordeel. Zolang deze situatie voortduurt, treedt er in principe geen marktverstoring op aan de kostenkant of de servicekant. Dit is op termijn geen stabiele situatie. De ICT-ontwikkelingen zullen over een aantal jaren hun werk doen: uitbesteding van taken aan commerciële bedrijven.

### *Farmacie*

De kwaliteitseisen die gesteld worden aan ziekenhuisapotheken maken bereiding in kleinere en middelgrote ziekenhuizen geleidelijk onmogelijk. Die moeten dus worden uitbesteed aan de grotere centra. De fysieke afstand die bij een goede interne organisatie overbrugd kan worden is zodanig, dat de meeste ziekenhuizen de keuze hebben tussen twee of drie ziekenhuizen. Het is aan het uitbestedende ziekenhuis om dat spel te spelen en concurrentieverstoring te voorkomen.

### *Klinische chemie*

De bulk van het onderzoek kan zeer veel efficiënter op grote schaal. Daarvoor zijn aanbieders nodig en een infrastructuur die beide in Nederland ontbreken. Fusies tussen ziekenhuislaboratoria komen wel voor. Marktverstoring lijkt op dit moment niet aan de orde. De markt voor onderzoek op aanvraag van huisartsen is commercieel en sterk concurrerend. Evenals bij radiologie is deze situatie op termijn niet stabiel.

### *Pathologie*

Een derde tot de helft van de patholoog-anatomen is georganiseerd in vrijgevestigde maatschappen; veelal regionale maatschappen. Vaak wordt gebruikgemaakt van een laboratorium in een ander, meestal groot ziekenhuis. Dit leidt hier en daar tot eerder vermelde concurrentieverstoring. Een potentieel probleem vormen de monopolieposities van de ziekenhuisoverstijgende maatschappen die het voor een ziekenhuis zeer moeilijk maken om te gaan ‘shoppen’. Dit doet zich in nog sterkere mate voor bij medische microbiologie.

### *Medische microbiologie*

Regionale maatschappen hebben op het gebied van de medische microbiologie veel macht. Sommige ontwikkelen hun eigen beleid ten aanzien van ICT, investeringen en de prioritering van de introductie van nieuwe ontwikkelingen. Daarbij is de natuurlijke oriëntatie op het grootste ziekenhuis, waar meestal ook de laboratoriumfaciliteiten zijn gevestigd. Er zijn nog geen aanwijzingen dat ziekenhuizen in staat zijn deze monopolioïde structuren te doorbreken.

Op al deze gebieden staan wij aan de vooravond van grote technologische ontwikkelingen. Alleen de allergrootste centra hebben wellicht een schaal waarop de benodigde investeringen en de schaarse knowhow nog economisch kunnen worden ingezet. Al wordt ook dat steeds minder zeker. De hamvraag is hier: ‘Dwingt dat tot

centralisatie van medisch-ondersteunende functies in de (circa) 35 opleidingscentra? En tot gedwongen winkelnring door het streekziekenhuis bij de regionale concurrent?’ Het antwoord ten aanzien van de meeste hier genoemde gebieden is waarschijnlijk ‘nee’, met uitzondering van medische microbiologie. Dat zou dus een aandachtspunt voor de mededingingsautoriteit kunnen zijn. Ten aanzien van alle genoemde disciplines geldt overigens dat onzorgvuldige uitbesteding kan leiden tot flexibiliteit en dus concurrentiekracht. Op alle genoemde terreinen is de kwaliteit gebaat bij stabiele, meerjarige contacten en contracten.

## **8.5 Conclusies**

De minister zal met spoed, nog in deze kabinetsperiode, het begrip ‘systeemziekenhuis’ concreet moeten omschrijven. In overleg met de Kamer zullen snel de betreffende ziekenhuizen moeten worden aangewezen. Dat mogen er niet veel meer zijn dan vier of vijf, indien men een vorm van gereguleerde marktwerking niet onmogelijk wil maken.

Het begrip ‘systeemziekenhuis’ moet zich richten op de acute kolom: met name IC, SEH en klinische verloskunde en er moet een financieringskader aan vastzitten. Er zal nagedacht moeten worden over een concessiestelsel, zodat private investeerders ook in systeemziekenhuizen kunnen participeren, met de daarbij behorende verplichtingen.

Naast het financieringskader voor de zeer kleine groep systeemziekenhuizen, moet de NZa de mogelijkheid hebben om in bijzondere gevallen kleine ziekenhuizen in staat te stellen de acute kolom overeind te houden, indien dat volgens landelijke bereikbaarheidsnormen noodzakelijk is. Dat geld kan door het ziekenhuis deels besteed worden aan het inkopen van diensten (van intensivisten bijvoorbeeld) vanuit een groot nabijgelegen centrum.

De NZa moet een visie ontwikkelen op het fenomeen interne kruissubsidies tussen B-segment, complexe zorg (blijvend A-segment) en opleiding. Ziekenhuizen moeten verplicht worden hun kostenadministratie zo in te richten dat de NZa aan zijn informatie kan komen.

De NZa moet met spoed een visie ontwikkelen op het tegengaan van regionale monopolies door brugmaatschappen en regionale maatschappen. Tot dat moment moet er een moratorium komen op fusies tussen maatschappen van gynaecologen, chirurgen, radiologen en anesthesisten en moeten andere regionale maatschapfusies worden gemeld en aan een marginale toetsing worden onderworpen.

Naar analogie van de wijze waarop het kabinet het taboe op de discussie over de verlenging van de pensioengerechtigde leeftijd doorbreekt, moet het een commissie instellen die taboeloos moet nadenken over winstuitkering, meerderheidsparticipatie door vreemd kapitaal, exitregelingen en governance structuren in ziekenhuizen.

Vanaf nu moet de overheid geen ziekenhuis meer redden van een dreigend faillissement, tenzij het een systeemziekenhuis is. In dat geval moet de minister het ziekenhuis tijdelijk overnemen, laten saneren (onder regie van de NZa?) en daarna weer in de markt zetten.

Het B-segment moet tot zeker 80 procent worden uitgebreid. NB: het falen van de DOT-operatie zal rampzalige gevolgen hebben voor de in dit stuk bepleite, gereguleerde marktwerking.

De wetenschappelijke verenigingen en de NVZ moeten hoge prioriteit geven aan outputcriteria voor de kwaliteit op IC's, SEH's en afdelingen Verloskunde.

Als het voorgaande hout snijdt dan zullen er in 2020 zeven academische ziekenhuizen zijn (als de fusie AZM – Aken niet wordt meegeteld), vijftien topklinische opleidingsziekenhuizen en vijfenveertig ziekenhuizen met een acute functie op niveau 1. Er zijn zeventig gerenommeerde focusklinieken voor orthopedie, KNO, oogheelkunde, dermatologie, kaakchirurgie en plastische chirurgie. De meeste daarvan zijn gevestigd op een medisch bedrijventerrein waarop zich ook een algemeen ziekenhuis bevindt.



## 9 Slotbeschouwing

Jos Blank<sup>1</sup>

### 9.1 Inleiding

Schaalvergroting in de publieke sector staat volop in de belangstelling. Politici en beleidsmakers uiten hun zorg over de in hun ogen te ver doorgeschoten schaalvergroting in bijvoorbeeld onderwijs- en zorginstellingen. Verminderde kwaliteit, bereikbaarheid en doelmatigheid van voorzieningen zouden het gevolg zijn. In 2008 is een aantal rapporten van adviesorganen over dit onderwerp gepubliceerd en hebben de Tweede Kamer en diverse bewindslieden met elkaar via moties en brieven over verschillende beleidskwesties gedebatteerd (Tweede Kamer 2008; Tweede Kamer 2007b). Vragen in het debat hebben onder meer betrekking op de juistheid van de veronderstelde negatieve gevolgen van schaalvergroting en de mogelijkheid voor de overheid om via een fusietoets in te grijpen.

Dit boek bevat een aantal essays over schaalvergroting in onderwijs en zorg. Schaalvergroting kent diverse aspecten en een deel hiervan komt in de verschillende hoofdstukken aan de orde. Het boek is verre van volledig; het is vooral bedoeld om allerlei nuances aan te brengen in de discussies over het onderwerp en oplossingen aan te dragen voor gesignaleerde problemen.

Dit laatste hoofdstuk is beschouwend van aard. De beschouwingen hebben vooral betrekking op aspecten van schaalvergroting en op schaalniveaus. Kwaliteit is een voorbeeld van een aspect van schaalvergroting en rechtsvorm is een voorbeeld van schaalniveau. De verschillende aspecten en niveaus zijn hier verder uitgewerkt en in een kader geplaatst. Door dit kader te hanteren is de discussie over schaalvergroting beter te voeren, komen de verschillende elementen beter over het voetlicht en zijn oplossingen waarschijnlijk dichterbij dan verondersteld. Ingrijpende of bureaucratische maatregelen, zoals een fusietoets, zijn wellicht overbodig.

Paragraaf 9.2 gaat in op de verschillende aspecten van schaalvergroting. In paragraaf 9.3 komen de schaalniveaus aan de orde. Paragraaf 9.4 beschrijft de stand van het onderzoek. Paragraaf 9.5 sluit af met een aantal suggesties voor een onderzoeksagenda.

---

<sup>1</sup> Auteur is verbonden aan het Instituut voor Publieke Sector Efficiëntie Studies, faculteit Techniek, Bestuur en Management van de TU Delft

## 9.2 Aspecten van schaalvergroting

In de discussies over schaalvergroting keren steeds vier aspecten terug:

- bereikbaarheid;
- kwaliteit;
- doelmatigheid;
- marktmacht.

### 9.2.1 Bereikbaarheid

Bereikbaarheid heeft te maken met de afstand tot een voorziening voor een gebruiker. Het refereert direct aan het (on)gemak voor gebruikers en aan de vervoerskosten om een voorziening te bereiken. Ongemak is in sommige gevallen een eufemisme voor kwesties van leven en dood, zoals bij spoedeisende hulp in de zorg.

Het belang van bereikbaarheid is sterk afhankelijk van het type voorzieningen en de kenmerken van de gebruikers. Het is duidelijk dat bereikbaarheid in het onderwijs een veel dominantere rol speelt dan in de gezondheidszorg. In het onderwijs moeten leerlingen en eventueel hun ouders veertig weken per jaar, vijf dagen per week en soms vier keer per dag de afstand tussen huis en school overbruggen. Voor de meeste gebruikers van een zorgvoorziening gaat het om maar een paar bezoeken per jaar aan de huisarts of het ziekenhuis.

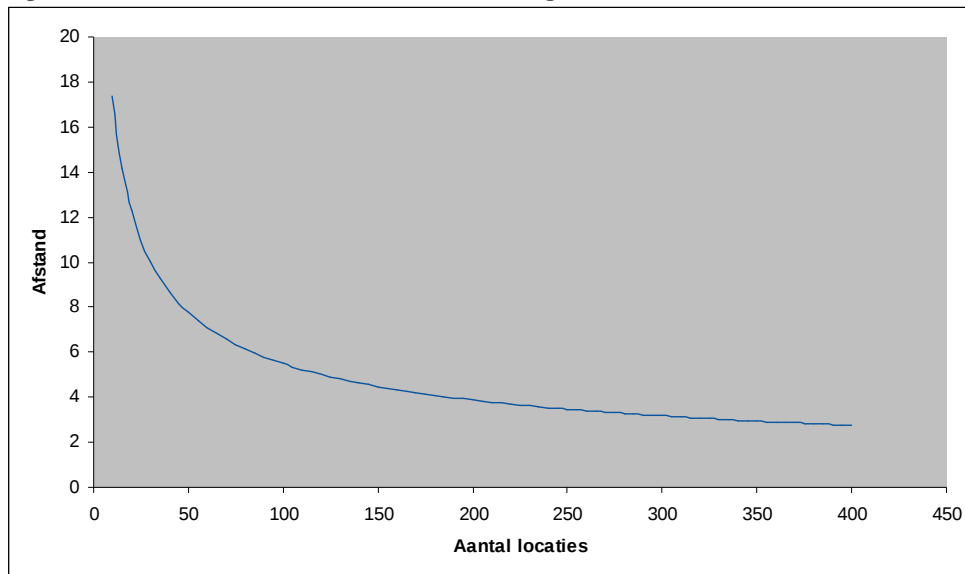
De kenmerken van gebruikers zijn ook van belang. Bereikbaarheid heeft voor patiënten zonder eigen vervoer een andere betekenis dan voor patiënten die over een auto beschikken. Precies hetzelfde geldt voor jonge kinderen op een basisschool of tieners op een school voor voortgezet onderwijs.

De relatie tussen schaalgrootte en bereikbaarheid is ook iets om over na te denken. Schaalgrootte is een directe resultante van het totale aantal gebruikers (of diensten) en het aantal locaties. Het aantal locaties bepaalt op zijn beurt de afstand tot een voorziening. In figuur 9.1 is deze relatie weergegeven. Op basis van een aantal veronderstellingen, zoals een homogene verdeling van bevolking en ziekenhuislocaties over de bebouwde oppervlakte in Nederland, is een ruwe benadering te geven van de relatie tussen het aantal instellingen in een gebied en de gemiddelde reisafstand. Op de horizontale as staat het aantal instellingen, op de verticale as de gemiddelde reisafstand. Als het aantal beschikbare instellingen gelijk is aan 10, dan is de gemiddelde reisafstand gelijk aan ruim 17 kilometer. Bij 100 instellingen is de gemiddelde reisafstand nog maar 5,5 kilometer. Bij 130 instellingen is de reisafstand 4,8 kilometer. Bij 5000 instellingen bedraagt de reisafstand minder dan een kilometer.

Vanzelfsprekend wordt de bereikbaarheid mede bepaald door fysieke belemmeringen (waterwegen), de toegankelijkheid van openbaar vervoer, het wegennet en verkeersdrukte. Daar waar de bereikbaarheid op basis van afstand goed is te noemen, kunnen dergelijke omgevingsfactoren een sterk negatief effect hebben. Meijerink wijst

daar in hoofdstuk 2 al op. In sommige verstedelijkte gebieden kost het meer tijd om een ziekenhuis te bereiken dan in sommige rurale gebieden.

**Figuur 9-1 Relatie tussen aantal ziekenhuizen en gemiddelde reisafstand**



Bij de beoordeling van bereikbaarheid speelt niet alleen schaalgrootte maar ook diversiteit een belangrijke rol. Een groot aantal sterk gespecialiseerde ziekenhuizen betekent immers ook een vermindering van het aantal geschikte locaties. Indien de diversiteit tussen de instellingen sterk verschilt, is het niet mogelijk een algemene uitspraak te doen over de bereikbaarheid. In dat geval moet de bereikbaarheid worden beoordeeld per type product of dienst.

### 9.2.2 Kwaliteit

Kwaliteit is een lastig en moeilijk te duiden begrip. In een markt met eenvoudig identificeerbare kwaliteitsverschillen tussen op elkaar gelijkende producten ontstaan verschillende deelmarkten met verschillende prijzen. In deze markten zorgt de consument zelf (of via de consumentenorganisatie) voor druk op een uniforme kwaliteit. In zorg en onderwijs is kwaliteit echter veel moeilijker te identificeren, omdat gebruikers dikwijls niet over voldoende informatie beschikken. Het effect van behandelingen in de zorg is immers voor een belangrijk deel afhankelijk van kenmerken van de patiënt. Hetzelfde geldt voor onderwijs, waar in de eerste plaats talent, aanleg en sociale herkomst bepalend zijn voor leerprestaties. Een belangrijke vraag is dus wat tot kwaliteit moet worden gerekend. Betreft het hier alleen de uitkomst van een medisch proces of een onderwijsproces of gaat het ook over de bejegening, wachttijden en welbevinden? Bejegening als onderdeel van kwaliteit speelt bijvoorbeeld een belangrijke rol in delen van de zorg waar *care* centraal staat.

Over de relatie tussen schaal en kwaliteit in de zorg is in de literatuur weinig bekend. Uitspraken over de effectiviteit van behandeling van bepaalde aandoeningen hebben meestal betrekking op de gekozen behandeling en/of de ervaring van de behandelend arts.

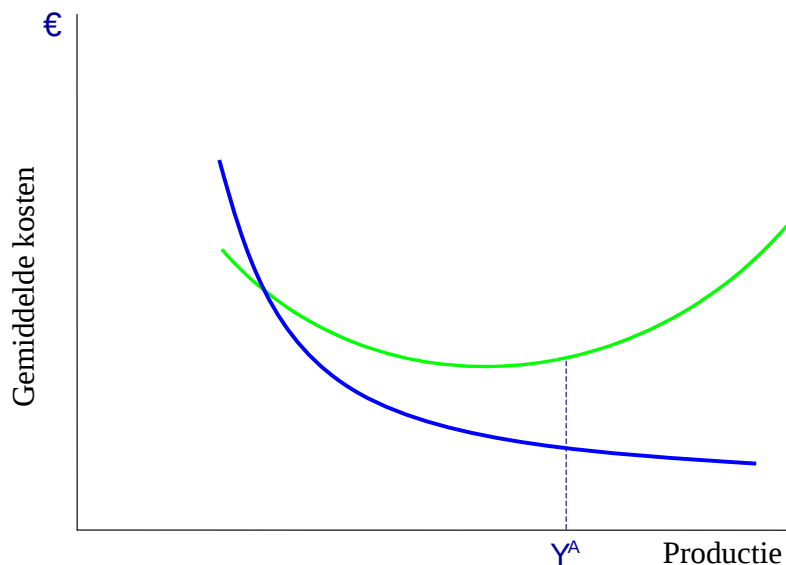
In het onderwijs is hierover wel meer bekend. De resultaten van de onderzoeken verschillen sterk, afhankelijk van het land en type onderwijs. Sommige onderzoeken wijzen in de richting van een positieve relatie tussen schaalgrootte en schoolprestaties, sommige op geen significante relatie en weer andere op een zogenoemde inverse U-curve (er is een optimale schaal) (Barnett et al. 2002; Bradley en Taylor 1998; Deller en Rudnicki 1993; Foreman-Peck en Foreman-Peck 2006).

### 9.2.3 Doelmatigheid

De relatie tussen schaal en doelmatigheid staat bekend als schaaleffecten. Schaalvoor- of -nadelen (*(dis)economies of scale*) geven aan of een instelling efficiënter kan werken door voor een grotere schaal te kiezen (schaalvoordelen) of juist voor een kleinere schaal (schaalnadelen). Voor een uitgebreidere beschrijving over schaaleffecten in de zorg zie Blank en Van Hulst (2005). Kleine instellingen hebben dikwijls te maken met schaalvoordelen, door de mogelijkheid van een betere arbeidsverdeling bij schaaltoename of door een betere benutting van kapitaal. Kleine instellingen ontberen echter vaak de mogelijkheid om kwantumkortingen en dergelijke te bedingen bij inkoop. Grote instellingen hebben daarentegen dikwijls te maken met schaalnadelen, mogelijk door vergaande bureaucratisering.

Tussen deze twee uitersten is meestal sprake van een optimale schaal, waarbij maximaal wordt geprofiteerd van arbeidsverdeling zonder al te ver doorgevoerde bureaucratie. Het een en ander leidt tot de alom bekende weergave van de gemiddelde en marginale kosten, zoals bekend uit de micro-economie (figuur 9.2). Op de horizontale as van de figuur staat de omvang van de productie, op de verticale as de kosten. Er zijn twee curven getekend met een verschillend verloop.

**Figuur 9-2**      **Gemiddelde kosten**



De gemiddelde kosten vertonen een zogenoemde U-curve (groene lijn). Eerst leidt schaalvergroting tot dalende gemiddelde kosten, totdat een optimumpunt is bereikt; voorbij dit punt leidt schaalvergroting tot stijgende gemiddelde kosten. Links van het optimumpunt is dus sprake van schaalvoordelen, rechts van dit punt van schaalnadelen.

Overigens is het niet altijd zo dat de gemiddelde kostencurve een U-vorm aanneemt. In sommige situaties dalen de gemiddelde kosten tot een bepaald punt, waarna deze nagenoeg constant blijven. We spreken dan van een L-vorm (blauwe lijn). Ook het omgekeerde komt voor, waarbij de gemiddelde kosten vanaf een bepaald punt alleen maar blijven stijgen.

Verder blijkt in de empirische praktijk dat het optimumpunt niet altijd duidelijk aan te wijzen is. Veel eerder is sprake van een optimumtraject. Het optimumpunt kan bijvoorbeeld samenhangen met bepaalde omgevingskenmerken of de casemix. Zo is het denkbaar dat in ziekenhuizen de optimale schaal samenhangt met de zorgzwaarte van de patiënten of de kwaliteit van de gebouwen. In hoofdstuk 2 refereerde Meijerink al aan dit verschijnsel. De optimale schaal verandert ook door de tijd heen. Door technologische ontwikkelingen kan de optimale schaal bijvoorbeeld opschuiven naar een hoger productieniveau (Blank en Vogelaar 2004).

Fusies impliceren schaalvergroting en dus in een aantal situaties daling van de gemiddelde kosten. De fuserende instellingen afzonderlijk bevinden zich ergens in het linker gedeelte van figuur 9.2 en komen gezamenlijk dichterbij het optimum uit. Ook als dit niet het geval is, kunnen er doelmatigheidswinsten worden geboekt. Bogetoft en Mikkers betogen in hoofdstuk 6 dat fusies soms de gelegenheid bieden om technische ondoelmatigheden weg te werken bij een van de fusiepartners. Denk bijvoorbeeld aan

slecht functionerend management of slecht functionerende bedrijfsonderdelen die in het fusieproces worden gesaneerd. Ook zonder fusie zou deze doelmatigheidswinst gerealiseerd kunnen worden.

#### **9.2.4 Marktmacht**

Een grote schaal impliceert dikwijls ook meer marktmacht, afhankelijk van de bevolkingsdichtheid. Een grote instelling in een dunbevolkt gebied heeft automatisch een grote marktmacht. Deze marktmacht kan zich zowel op de factormarkt (arbeidsmarkt) als op productmarkt (afzetmarkt) manifesteren.

Op de arbeidsmarkt voor verplegend en medisch personeel zal een instelling doorgaans zijn marktmacht niet kunnen effectueren. De mobiliteit van personeel is daarvoor waarschijnlijk te groot, zowel in geografische als in sectorale zin.

Op de productmarkt hangt de marktmacht sterk samen met de bereidheid van patiënten/cliënten om te reizen. Als deze bereidheid beperkt is, kan de instelling zijn marktmacht te gelde maken. Er is dan sprake van een kleine geografische markt. Bij de doelstelling over de gewenste schaal van de instelling zal het management zich laten leiden door de afweging tussen de extra opbrengsten (door hoge prijzen) en de marginale kosten van extra productie. Zolang bijvoorbeeld een ziekenhuis schaalvoordelen weet te realiseren in combinatie met meer marktmacht, zal het ziekenhuis schaalvergroting nastreven. Stuit het ziekenhuis echter op schaalnadelen, dan heeft schaalvergroting geen zin meer. De marginale kosten zijn dan hoger dan de marginale opbrengsten.

Het voorgaande geldt overigens alleen in een situatie van een volledig vrije markt. Als er sprake is van gereguleerde prijzen en productie, dan heeft marktmacht weinig betekenis. Dit betekent echter niet dat in alle vormen van regulering geen prikkels tot schaalvergroting- of -verkleining besloten liggen. Zo bevatte in het verleden de functiegerichte budgettering in de zorg een sterke prikkel tot schaalvergroting, omdat de waarden van de budgetparameters opliepen met de grootte van een instelling (de zogenoemde fusiebonus, zie Tweede Kamer 2003). De vele fusies van ziekenhuizen zijn hiermee voor een belangrijk deel te verklaren. Schnerr ging in hoofdstuk 8 in op de verschillende prikkels die in de ziekenhuiszorg de afgelopen decennia van belang zijn geweest. In het bijzonder wijst hij op de specifieke prikkels voor specialisten en de invloed die zij hebben aangewend om fusies te stimuleren.

Ook andere vormen van regulering kunnen de hiervoor genoemde economische rationaliteit in de weg staan. In een nog recent verleden beperkte de capaciteitsregulering ziekenhuizen sterk in hun vrijheid om fysieke capaciteiten uit te breiden. Ziekenhuizen werden daarbij gedwongen langdurige planningsprocedures te doorlopen.

### 9.3 Schaalniveaus

Het is niet altijd duidelijk aan welke entiteit het begrip schaal gekoppeld dient te worden. Er zijn vijf schaalniveaus te onderscheiden:

- rechtsvorm;
- organisatie/instelling;
- locatie;
- sectie/afdeling;
- professional.

Dikwijls kiest men de rechtsvorm als uitgangspunt voor de discussie. Het kan hier gaan om ketens of besturen waarbij verschillende instellingen zijn aangesloten. Voor de analyses van de verschillende aspecten van schaal is dit niet altijd de meest voor de hand liggende eenheid.

Voor bedrijfseconomen is vooral het niveau van de besluitvorming van belang. Binnen een rechtsvorm komen dikwijls verschillende organisaties voor, waarbij iedere organisatie een grote mate van verantwoordelijkheid heeft voor de eigen bedrijfsvoering. De beoordeling van de doelmatigheid van de bedrijfsvoering sluit beter aan bij het niveau van de organisatie.

Als bereikbaarheid een rol speelt, ligt het bijvoorbeeld meer voor de hand locaties als onderzoeksentiteit te benoemen. Voor de bereikbaarheid is immers van belang naar welk gebouw gebruikers moeten reizen.

Het sectieniveau verwijst naar een groep professionals binnen een organisatie. Voorbeelden hiervan zijn de maatschappen in ziekenhuizen of vaksecties binnen onderwijsinstellingen. Dit niveau is van belang, omdat binnen een sectie collegiale toetsing plaatsvindt en specialisatie kan optreden. Machtsvorming binnen de organisatie is een ander belangrijk aspect van secties.

Het schaalniveau van de professional heeft betrekking op de omvang van zijn productie. Zijn schaal heeft vooral te maken met de mate van specialisatie van dienstverlening in een persoon. Zo is het denkbaar dat een leraar bijvoorbeeld les geeft aan zeven brugklassen. Dit zou een enorm schaalvoordeel opleveren, omdat hij zevenmaal hetzelfde les- en toetsmateriaal kan gebruiken. Toch zal deze variant nauwelijks voorkomen binnen scholen. De redenen laten zich eenvoudig raden. De gemiddelde groepsgrootte binnen het onderwijs kan ook tot het schaalniveau van de professional worden gerekend. Ook hier is duidelijk dat er een grens bestaat aan wat maximaal haalbaar is.

In de praktijk kennen de verschillende schaalniveaus veel overlap. Zo zal de rechtsvorm dikwijls overeenkomen met de organisatie en de locatie. Soms vallen rechtsvorm en organisatie samen, maar niet met de locatie. Allerlei modaliteiten zijn hier denkbaar.

Bij de discussie over schaal is het van groot belang het onderscheid tussen de schaalniveaus in acht te nemen. In een aantal discussies lopen de schaalniveaus door elkaar. Zo wordt maar al te gemakkelijk verondersteld dat voldoende kennis en ervaring met bepaalde typen patiënten automatisch impliceren dat het ziekenhuis een voldoende grote omvang moet hebben, terwijl bedoeld wordt dat de specialist (professionalniveau) of de maatschap (sectieniveau) een adequate schaal moet hebben.

## **9.4 Stand van onderzoek**

Het past niet in het kader van dit boek om een volledig overzicht te geven van al het beschikbare onderzoek op dit terrein. De bespreking beperkt zich hier tot een paar hoofdlijnen.

Binnen het economische onderzoek is veel aandacht voor zogenoemde *economies of scale*: de relatie tussen de schaal van de organisatie en de gemiddelde kosten. Zowel over de zorg als het onderwijs zijn honderden artikelen over dit onderwerp verschenen. In veel van deze artikelen komt het begrip optimale schaal naar voren. Dit is de omvang van een instelling waarbij de kosten per geleverde dienst het laagst zijn. Opvallend is de (internationale) consensus tussen onderzoekers over wat de optimale schaal van een ziekenhuis zou zijn: ziekenhuizen met 200 à 300 bedden (zie Blank et al. 2008). In de economische literatuur is veel minder te vinden over het effect van ketens/besturen. Het onderzoek richt zich veel meer op het effect van rechtsvormen, zoals BV's, NV's en stichtingen, dan op de omvang van de rechtsvormen. In een recente studie naar bureaucratie in het voortgezet onderwijs wordt hieraan wel aandacht geschonken (Blank et al. 2007a). De auteurs concluderen bijvoorbeeld dat voor sommige schoolsoorten een meerscholenbestuur bijdraagt aan een relatief hogere inzet van onderwijzend personeel en dat de doelmatigheid wordt beïnvloed.

Er is ook het een en ander bekend over schaalgrootte en bereikbaarheid. Het RIVM presenteert bijvoorbeeld met regelmaat landkaartjes waarmee de bereikbaarheid van zorgvoorzieningen in Nederland in beeld wordt gebracht (RIVM). Op de lagere schaalniveaus is eerder sprake van medisch-technisch dan van economisch onderzoek. Op deze schaalniveaus wordt bijvoorbeeld gekeken naar het effect van bepaalde behandelingen op de gezondheidsverbetering van patiënten. Een regelmatig terugkerend voorbeeld is de studie naar de behandeling van eierstokkanker (Vernooij 2008). Dit voorbeeld wordt dikwijls gehanteerd om aan te tonen dat een minimale omvang van het aantal behandelingen en een adequate uitrusting noodzakelijk zijn om patiënten met deze aandoeningen een zo groot mogelijke kans op genezing te geven. Voor het onderwijs geldt hetzelfde. Onderzoeken hier hebben dikwijls betrekking op de effecten van groepsgrootte, de ervaring van leerkrachten, de inzet van gespecialiseerde begeleiders (*remedial teaching*), van speciale didactische en pedagogische methoden op de leerprestaties van leerlingen.

## 9.5 Onderzoeksagenda

In hoofdstuk 2 refereert Meijerink aan het RVZ-advies *Schaal en zorg* en aan de bijbehorende achtergrondstudies. Hieruit blijkt dat in Nederland duidelijk een empirische leemte bestaat over schaalgrootte en de effecten daarvan. Het RIVM brengt de bereikbaarheid van de zorg goed in kaart en de NZa is druk bezig om marktverhoudingen te monitoren. Over de relatie tussen schaalgrootte enerzijds en doelmatigheid en kwaliteit van Nederlandse zorgvoorzieningen anderzijds is echter nog weinig of geen empirisch materiaal beschikbaar. Het beschikbare materiaal is veelal verouderd en is hard aan herziening toe. Zo zou er uitgebreid onderzoek kunnen worden gedaan naar de doelmatigheid van ziekenhuizen, verpleeg- en verzorgingshuizen, de thuiszorg, huisartsenpraktijken en ambulancevervoer. Verder zijn er in de eerstelijnszorg veranderingen gaande die vragen om een goede evaluatie. Steeds grotere huisartsenpraktijken en integratie met andere eerstelijnszorg hebben mogelijk grote consequenties voor kosten en kwaliteit van dienstverlening.

Ook op het terrein van onderwijs is wel meer informatie beschikbaar, maar zijn er ook nog de nodige blinde vlekken. De Onderwijsraad hanteert in zijn recente advies (Onderwijsraad 2008) een aantal veronderstellingen om hieruit conclusies te trekken over verdere bestuurlijke schaalvergroting. De Onderwijsraad wijst hier ook op een gebrek aan voldoende onderzoek. Een van de veronderstellingen van de Onderwijsraad is bijvoorbeeld dat meer concurrentie (dus keuzevrijheid) tussen scholen bijdraagt aan hogere onderwijsprestaties. Deze conclusie wordt gelogenstraft door Dijkgraaf et al. (2008) in een recente studie en bevestigd door Noailly en Koning (2009). Zij tonen aan dat concurrentie tussen havo/vwo-scholen helemaal niet bijdraagt tot betere prestaties. Recentelijk is een aantal studies verschenen over de bureaucratie in het onderwijs. Het materiaal in sommige van deze studies leent zich uitstekend voor analyses over schaalgrootte. Het is van groot belang dat deze studies worden gecontinueerd. In het onderwijs zijn vooralsnog geen uitgebreide analyses van de bereikbaarheid voor handen. Ook dit element zou in verdere studies aan de orde dienen te komen.

Dit boek richtte zich uitsluitend op zorg en onderwijs. Er zijn nog vele andere publieke voorzieningen waar vergelijkbare problematiek speelt. Te denken valt aan de politie, de rechterlijke macht, maar vooral ook allerlei gemeentelijke voorzieningen. Ook daarnaar zou uitgebreider onderzoek kunnen plaatsvinden.



## Over de auteurs

### *Dr. Jos Blank*

Dr. Jos Blank is directeur van het Instituut voor Publieke Sector Efficiëntie Studies van de Technische Universiteit Delft. Eerder was hij verbonden aan Centraal Bureau voor de Statistiek, het Sociaal en Cultureel Planbureau en ECORYS. Onderzoek naar de doelmatigheid van publieke voorzieningen loopt als een rode draad door zijn loopbaan. Hij publiceerde tientallen rapporten en artikelen in nationale en internationale tijdschriften over dit onderwerp, vooral op het terrein van zorg en onderwijs.

### *Prof. Peter Bogetoft*

Prof. Peter Bogetoft is als hoogleraar verbonden aan de Copenhagen Business School. Hij geldt als een autoriteit op het terrein van productiviteitsmeting. Hij publiceerde tientallen rapporten en artikelen over dit onderwerp. Hij treedt verder dikwijls op als adviseur voor overheden inzake reguleringsvraagstukken.

### *Carla Haelermans MSc.*

Carla Haelermans MSc. is verbonden aan het Instituut voor Publieke Sector Efficiëntie Studies van de Technische Universiteit Delft. Zij is econoom en gespecialiseerd in vraagstukken over de verspreiding van innovaties in het onderwijs en de effecten van innovaties op onderwijsprestaties en doelmatigheid.

### *Drs. Patrick Koot*

Drs. Patrick Koot is verbonden aan het Instituut voor Publieke Sector Efficiëntie Studies van de Technische Universiteit Delft. Hij is econometrist en gespecialiseerd in vraagstukken over sturing in de sociale zekerheid en de effecten van sturing op publieke waarden en doelmatigheid.

### *Prof. drs. Rien Meijerink*

Prof. drs. Rien Meijerink is verbonden aan het Expertise Centrum als adviseur. Rien Meijerink was eerder secretaris-generaal van het ministerie van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap, voorzitter van de Vereniging van Universiteiten (VSNU) en voorzitter Raad van Bestuur van het Universitair Medisch Centrum in Rotterdam. Hij is voorzitter van de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. Verder bekleedt hij een groot aantal maatschappelijke functies en wordt hij door *de Volkskrant* gerekend tot de 200 meest invloedrijke Nederlanders.

### *Gertjan van Midden*

Gertjan van Midden is zijn carrière in 1973 begonnen bij de gemeente Rijswijk. Via de gemeente Leidschendam is hij in 1980 gestart als beleidsmedewerker bij de gemeente Boskoop. Gedurende een periode van 22 jaar heeft hij daar verschillende functies vervuld. Als hoofd van de sector samenleving was hij verantwoordelijk voor onder andere onderwijs, welzijn, sport, sociale zaken en burger- en woonruimte-zaken. In 2002

is hij overgestapt naar de VOS/ABB om daar de portefeuilles onderwijshuisvesting, bekostiging en stichting en instandhouding voor zijn rekening te nemen. Deels betrof dat belangenbehartiging en deels consultancy activiteiten. Sinds 1 juli 2008 is hij werkzaam bij de PO-raad met dezelfde portefeuilles. Daarnaast is hij bestuurlijk actief geweest in verschillende functies onder andere in schoolbesturen (VO) en een schoolbegeleidingsdienst.

*Dr. Misja Mikkers*

Dr. Misja Mikkers is econoom en gespecialiseerd in vraagstukken over marktwerking. Recentelijk promoveerde hij op het proefschrift *Essays on Regulatory Design, Theory and Practice*. Hij is hoofd van de unit Economische Analyse en zorginhoudelijke advisering bij de Nederlandse Zorgautoriteit. Eerder werkte hij bij de Dienst Toezicht elektriciteitssector als economisch expert. Misja Mikkers is ook nog verbonden aan de Universiteit van Kopenhagen.

*Prof. dr. Paul Schnabel*

Prof. dr. Paul Schnabel is directeur van het Sociaal en Cultureel Planbureau en hoogleraar aan de Universiteit van Utrecht. Eerder was hij directeur van het Trimbos-instituut en decaan van de Netherlands School of Public Health. Hij bekleedt vele maatschappelijke functies en wordt in een onderzoek van *de Volkskrant* gezien als een van de meest invloedrijke mensen in Nederland.

*Drs. Jan Schnerr*

Drs. Jan Schnerr studeerde economie aan de Universiteit van Amsterdam. Hij werkte bij het departement van Volksgezondheid. Hij was directeur bij thuiszorginstellingen in Den Haag en Rotterdam, directeur van het Lorentz Ziekenhuis (Zeist), Kennemer Gasthuis (Haarlem), OLVG (Amsterdam). Thans is hij algemeen directeur van het Hofpoort Ziekenhuis (Woerden) en bestuurslid van de Samenwerking van Algemene Ziekenhuizen.

*Dr. Mike Smet*

Mike Smet is als senior onderzoeker verbonden aan de Universiteit van Antwerpen. Zijn specialisaties betreffen toegepaste micro-economie en gezondheidszorgeconomie. Hij promoveerde op een empirisch onderzoek naar de kostenstructuur en prestaties van Belgische ziekenhuizen. Hij heeft verschillende publicaties op zijn naam staan, ook op het terrein van het Vlaamse onderwijs.

*Ir. Peter Smets*

Ir. Peter Smets studeerde werktuigbouwkunde aan de HTS en bedrijfskunde aan de Technische Universiteit van Eindhoven. Al vroeg in zijn carrière raakte hij betrokken bij advieswerk voor het onderwijs. Hij was onder meer verbonden aan de HBO-raad en had samen met Carlo Hover jarenlang een eigen adviesbedrijf. Onderzoek naar en advies over fusies in het onderwijs lopen als een rode draad door zijn loopbaan. Hij heeft vele publicaties over het onderwijs op zijn naam staan. Zo bracht hij voor de Onderwijsraad in 2005 een rapport uit over schaalvergroting in het onderwijs.

## Register van onderwerpen

- A-segment, 109
- basisonderwijs, 5, 12, 15, 16, 40, 42, 43, 48, 50, 83, 87, 88, 132, 134
- beleid, 13, 18, 55, 57, 64, 86, 91, 92, 97, 98, 108
- bereikbaarheid, 7, 9, 12, 20, 21, 22, 24, 25, 26, 28, 60, 77, 83, 88, 90, 111, 112, 113, 118, 119, 120, 132
- B-segment, 100, 101, 109
- DBC, 73, 100, 104, 105
- determinanten, 95, 102
- doelmatigheid, 7, 9, 12, 20, 21, 23, 24, 28, 61, 77, 111, 112, 114, 118, 119, 120, 122, 132
- economy of scale, 18, 34, 35
- fusie, 9, 27, 60, 61, 62, 67, 70, 74, 77, 80, 82, 96, 97, 109, 116, 134
- fusietoets, 9, 20, 21, 24, 25, 27, 28, 29, 69, 87, 93, 111
- grootschalig, 5, 31, 37
- hoger beroepsonderwijs, 15, 16, 17, 56, 60
- huisartsenpraktijk, 15
- IC, 70, 98, 100, 101, 103, 105, 106, 108, 109
- IGZ, 22, 25, 67, 73, 77, 106
- keuzevrijheid, 9, 28, 40, 46, 64, 89, 90, 120
- kleinschalig, 5, 22, 31, 39, 44, 89
- kosten, 12, 22, 24, 35, 37, 51, 52, 57, 58, 66, 70, 71, 72, 82, 84, 85, 87, 97, 100, 102, 104, 106, 107, 114, 115, 116, 119, 120
- kwaliteit, 7, 9, 12, 20, 21, 22, 23, 25, 26, 27, 28, 29, 33, 35, 36, 58, 59, 64, 66, 67, 70, 73, 74, 77, 84, 87, 91, 92, 93, 97, 100, 104, 106, 108, 109, 111, 112, 113, 114, 115, 120, 132, 133, 134
- lumpsum, 34, 61, 85
- marktmacht, 21, 24, 68, 69, 70, 75, 82, 112, 116
- marktwerking, 21, 24, 25, 26, 27, 28, 95, 103, 108, 109, 123, 133
- onderwijs, 1, 5, 7, 9, 10, 12, 15, 16, 17, 18, 20, 27, 32, 33, 34, 36, 37, 39, 40, 41, 42, 44, 45, 48, 49, 50, 51, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 62, 63, 64, 83, 84, 85, 86, 88, 89, 90, 91, 92, 93, 104, 111, 112, 113, 114, 118, 119, 120, 122, 123, 132, 133, 134, 135
- onderwijskundig, 61, 64, 91
- Onderwijsraad, 7, 10, 20, 28, 62, 83, 85, 87, 91, 92, 120, 124, 132, 134
- onderzoek, 13, 14, 20, 21, 23, 24, 31, 37, 51, 53, 62, 64, 76, 77, 80, 82, 87, 104, 107, 112, 119, 120, 121, 122, 123, 124, 132, 135
- outsourcing, 101
- prestaties, 12, 35, 51, 120, 123
- psychology of scale, 18, 34, 35, 36
- publieke sector, 7, 20, 21, 28, 111
- regelgeving, 39, 49, 51, 83, 85, 91, 93
- reisafstand, 22, 112, 113
- RVZ, 10, 18, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 28, 29, 120, 134, 135
- samenwerking, 9, 23, 28, 61, 67, 68, 69, 70, 74, 78, 80, 81, 82, 95, 99, 104, 106, 123
- schaal, 1, 5, 7, 9, 12, 13, 15, 18, 20, 23, 25, 26, 27, 28, 31, 34, 35, 36, 37, 51, 59, 63, 71, 74, 77, 78, 80, 83, 84, 86, 87, 89, 91, 92, 93, 99, 107, 108, 114, 115, 116, 118, 119, 120, 132, 133, 135
- schaalnadelen, 51, 114, 115, 116
- schaalniveau, 111, 118
- schaalvergroting, 1, 5, 7, 9, 10, 12, 13, 17, 18, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 28, 31, 32, 34, 35, 39, 48, 52, 53, 57, 59, 63, 68, 83, 84, 85, 86, 88, 92, 93, 97, 111, 112, 115, 116, 120, 124
- schaalvoordelen, 12, 24, 51, 52, 70, 71, 77, 82, 87, 114, 115, 116
- schoolgrootte, 39, 42, 44, 51, 86

scopevoordelen, 70, 72, 73, 80  
 sectoren, 20, 21, 27, 31  
 SEH, 26, 101, 103, 105, 106, 107, 108, 109  
 STZ, 99, 100, 106  
 systeemziekenhuis, 108, 109  
 trends, 13, 15, 98  
 verpleeghuizen, 13, 14  
 voortgezet onderwijs, 15, 16, 17, 18, 34, 55, 56, 58, 59, 60, 62, 63, 64, 85, 112, 119, 132  
 voorziening, 12, 13, 84, 112  
 wetenschappelijk onderwijs, 15, 16, 17, 54, 56, 62  
 ziekenhuizen, 5, 9, 13, 14, 15, 18, 21, 22, 23, 24, 26, 27, 28, 33, 34, 35, 65, 66, 68, 69, 75, 76, 77, 82, 95, 96, 97, 98, 99, 100, 101, 102, 103, 104, 106, 107, 108, 109, 113, 115, 116, 117, 118, 119, 120, 123, 132, 135  
 zorg, 1, 5, 7, 9, 10, 12, 13, 18, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 53, 56, 58, 65, 66, 67, 68, 77, 78, 81, 82, 95, 96, 98, 99, 100, 102, 103, 105, 106, 107, 109, 111, 112, 113, 114, 116, 119, 120, 122, 132, 133, 135  
 zorgaanbieder, 70, 74

## Register van auteurs

- Baarda, 62, 134  
Barnett, 114, 134  
Battese, 135  
Beets, 55, 134  
Besanko, 80, 134  
Bijlsma, 81, 134  
Blank, 1, 5, 7, 9, 10, 14, 18, 20, 24, 77, 87, 111, 114, 115, 119, 122, 134  
Bogetoft, 5, 18, 65, 77, 116, 122, 134  
Bradley, 114, 134  
Brummelman, 75, 135  
CBS, 9, 14, 15, 16, 17, 54, 57, 58, 97, 135  
CBZ, 14, 15, 135  
Chassin, 135  
Coelli, 72, 135  
Deller, 114, 135  
Dijkgraaf, 120, 135  
Dranove, 66, 134, 135  
Foreman-Peck, 114, 135  
Gaynor, 76, 80, 81, 82, 135  
Glass, 134  
Groenewegen, 136  
Haelermans, 1, 5, 7, 9, 122, 134  
Halbersma, 76, 77, 135  
Halm, 77, 135  
Hart, 80, 136  
Hingstman, 136  
Katona, 77, 134  
Kervezee, 1, 5, 7, 18, 83  
Kleiner, 135  
Kocsis, 134  
Koning, 120, 136  
Koot, 1, 5, 7, 9, 122, 134  
Lee, 135  
Medilex, 9, 136  
Meijerink, 1, 5, 7, 18, 20, 113, 115, 120, 122, 137  
Meloan, 9, 136  
Mikkers, 1, 5, 7, 18, 65, 116, 123, 135  
Ministerie van Onderwijs Cultuur en Wetenschappen, 9, 136  
Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport, 80, 136  
Mosca, 77, 136  
Motchenkova, 135  
Motta, 67, 136  
NIVEL, 14, 15, 136  
NKSR, 60, 136  
Noailly, 120, 136  
NZi, 14, 15, 97, 136  
OECD, 41, 44, 45, 46, 66, 136  
Pomp, 136  
Rao, 135  
RIVM, 14, 15, 98, 119, 120, 136  
Rudnicki, 114, 135  
RVZ, 10, 18, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 28, 29, 120, 136, 137  
SBO, 16, 17, 137  
Schaefer, 134  
Schnabel, 1, 5, 18, 31, 123  
Schnerr, 1, 5, 7, 18, 95, 116, 123  
Schut, 69, 77, 137  
Seinen, 135  
Shanley, 134  
Shestalova, 134, 136  
Smet, 1, 5, 7, 18, 39, 123  
Smets, 2, 7, 18, 53, 62, 123, 134  
Smith, 65, 137  
Snowdon, 134  
Stringer, 134  
Taylor, 114, 134  
Tweede Kamer, 9, 20, 22, 27, 53, 84, 111, 116, 137  
Van Hulst, 134  
Varkevisser, 69, 75, 77, 137  
Vernooij, 119, 137  
Vlaams Ministerie van Onderwijs en Vorming, 40, 137  
Vogelaar, 115, 134  
Vogt, 80, 81, 82, 135  
Wartenbergh-Cras, 87, 137  
WHO, 75, 76, 137  
Zwart, 134



## Referentielijst

- Baarda, R. en P. Smets (2005). *Groot groeien in het onderwijs*. Den Haag, Onderwijsraad.
- Barnett, R.R., C.J. Glass, R.I. Snowdon en K.S. Stringer (2002). "Size, Performance and Effectiveness: Cost-Constrained Measures of Best-Practice Performance and Secondary-School Size." *Education Economics* **10**(3): 291-311.
- Beets, G. (2008). Twee kinderen als norm. *Over bevolking: demografische ontwikkelingen in Nederland en daarbuiten*. Nimwegen N. van, et al. Den Haag, Stichting Bio-Wetenschappen en Maatschappij.
- Besanko, D., D. Dranove, M. Shanley en S. Schaefer (2007). *Economics of Strategy*. Hoboken NJ USA, John Wiley & Sons.
- Bijlsma, M., V. Kocsis, V. Shestalova en G. Zwart (2008). *Vertical Foreclosure: a policy framework*. CPB Document. Den Haag, CPB.
- Blank, J.L.T. en I. Vogelaar (2004). "Specifying technical change: a research on the nature of technical change in Dutch hospital industry." *The Quarterly Review of Economics and Finance* **44**: 448-463.
- Blank, J.L.T. en B.L. van Hulst (2005). *Doelmatige diversificatie: Een verkennend onderzoek naar economies of scope in ziekenhuizen*. Ecorys research. Rotterdam, Ecorys.
- Blank, J.L.T., P.M. Koot en B. van Hulst (2007a). *Overhead of Onderwijs – Een benchmark van de allocatie van middelen in onderwijsinstellingen voor voortgezet onderwijs*. Delft/Rotterdam, IPSE Studies / ECORYS.
- Blank, J.L.T., P.M. Koot en B.L. van Hulst (2007b). *Basisonderwijs en bureaucratie – Een empirisch onderzoek naar de allocatie van middelen in basisscholen*. Delft/Rotterdam, IPSE Studies / ECORYS.
- Blank, J.L.T., C.M.G. Haelermans, P.M. Koot en O. van Putten (2008). *Schaal en Zorg – Een inventariserend onderzoek naar de relatie tussen schaal, bereikbaarheid, kwaliteit en doelmatigheid in de zorg*. Den Haag, Raad voor de Volksgezondheid & Zorg/IPSE Studies.
- Bogetoft, P. en K. Katona (2008). Efficiency Gains from mergers in the Healthcare Sector. *NZA Research papers*, NZa.
- Bradley, S. en J. Taylor (1998). "The Effect of School Size on Exam Performance in Secondary Schools." *Oxford Bulletin of Economics and Statistics* **60**(3): 291-324.
- Brummelman, E.G. (2008). *Schaal en Zorg: een internationale vergelijking*. Den Haag, Raad voor de Volksgezondheid en Zorg.
- CBS (1994). *Vijfennegentig jaren statistiek in tijdreeksen*. Den Haag, SDU.
- CBS (2007). *Onderwijs in Cijfers 2008*. Den Haag, Centraal Bureau voor Statistiek.
- CBS Statline [www.statline.nl](http://www.statline.nl).
- CBZ (2002). *Uitvoeringstoets Spreiding ziekenhuiszorg, deel II, tranche I*. Utrecht, College Bouw Ziekenhuisvoorzieningen.
- Coelli, T.J., D.S.P. Rao en G.E. Battese (1998). *An Introduction to Efficiency and Productivity Analysis*. New York, Kluwer Academic Publishers.
- Deller, S.C. en E. Rudnicki (1993). "Production Efficiency in Elementary Education: The Case of Maine Public Schools." *Economics of Education Review* **12**(1): 45-57.

- Dijkgraaf, E., S.A. van der Geest en J.M. de Jong (2008). *Effect van concurrentie op de kwaliteit van het HAVO en VWO*. Rotterdam, SEOR.
- Dranove, D. (2000). *The economic evaluation of American health care: From Marcus Welby to managed care*. Princeton N.J. USA, Princeton University Press.
- Foreman-Peck, J. en L. Foreman-Peck (2006). "Should Schools Be Smaller? The Size-Performance Relationship for Welsh Schools." *Economics of Education Review* 25(2): 157-71.
- Gaynor, M. en W.B. Vogt (2000). Antitrust and Competition in Health Care Markets. *The Handbook of Industrial Organization*. Schmalensee, R. en R.D. Willig. Amsterdam, Elsevier.
- Gaynor, M., S. Kleiner en W.B. Vogt (2006). A Structural Approach to Market Definition: An Application to the Hospital Industry, working paper, [http://www.andrew.cmu.edu/user/skleiner/GKV\\_GEO\\_MKTS.pdf](http://www.andrew.cmu.edu/user/skleiner/GKV_GEO_MKTS.pdf).
- Halbersma, R., M. Mikkers, E. Motchenkova en I. Seinen (2007). *Market structure and hospital-insurer bargaining in the Netherlands*. Amsterdam, NZa.
- Halbersma, R. (2008). Kwaliteit van zorg & marktwerving. Een overzicht van de economische literatuur. *NZa Research Papers*, NZa.
- Halm, E., C. Lee en M.R. Chassin (1992). "Is volume related to outcome in health care? A systematic review and methodological critique of the literature." *Annals of Internal Medicine* 137: 511-552.
- Hart, O. (1995). *Firms, Contracts and Financial Structure*. Oxford, UK, Clarendon Press.
- Medilex (2001). *Fusie en spreiding van ziekenhuiszorg*. Amersfoort, Medilex.
- Meloen, J.D., P.P. Groenewegen en L. Hingstman (2000). *De toekomst van het algemene ziekenhuis: een achtergrondstudie naar de criteria voor spreiding van het ziekenhuisaanbod*. Utrecht, Nivel.
- Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport [www.snellerbeter.nl](http://www.snellerbeter.nl).
- Mosca, I., M. Pomp en V. Shestalova (2007). Market share and price in Dutch home care: market power or quality. *NZa research papers*, NZa.
- Motta, M. (2004). *Competition Policy*. Cambridge, Cambridge University Press.
- NIVEL (2007). *Registratie van beroepen in de Gezondheidszorg*. NIVEL.
- NKSR (1979). *Bouwen aan de relatief autonome school*. Den Haag.
- Noailly, J. en P. Koning (2009). "Schoolkeuze, concurrentie en kwaliteit in het basisonderwijs." *Economisch Statistische Berichten* 94(554): 118-120.
- NZi (1989). *Intramurale gezondheidszorg in cijfers 1984-1988*. Utrecht, Nederlands Ziekenhuisinstituut.
- NZi (1993). *Intramurale gezondheidszorg in cijfers 1988-1992*. Utrecht, Nederlands Ziekenhuisinstituut.
- NZi (1998). *Intramurale gezondheidszorg in cijfers 1993-1997*. Utrecht, Nederlands Ziekenhuisinstituut.
- OECD (2008). *Education at a Glance*. Paris, OECD.
- OECD Health Data [www.oecd.org](http://www.oecd.org).
- Onderwijsraad (2008). *De bestuurlijke ontwikkeling van het Nederlandse onderwijs*. Den Haag, Onderwijsraad.
- RIVM. "Zorgatlas." Retrieved februari 2008, 2008, from <http://www.rivm.nl/preventie/gezondheidszorg/>.
- RVZ (2003). *Marktconcentraties in de ziekenhuiszorg*. Advies. Zoetermeer, RVZ.

- RVZ (2008). *Schaal en Zorg*. Advies. Zoetermeer, RVZ.
- SBO [www.sboinfo.nl](http://www.sboinfo.nl).
- Smith, A. (1776). *An Inquiry into the Nature and Causes of the Wealth of Nations*. Ed. Edwin Cannan 1904. Library of Economics and Liberty.
- Stuurgroep Meijerink (2008). *Nieuw arrangement overheidswoningcorporaties*. Advies aan de Tweede Kamer. Den Haag, ministerie van VROM.
- Tweede Kamer (2008). De menselijke maat in het onderwijs. Brief van de minister van onderwijs aan de Tweede Kamer. Kenmerk: BOA/ADV/2008/79252.
- Tweede Kamer (2003). Motie Buijs inzake afschaffing fusiebonus ziekenhuizen. Tweede Kamer, SDU.
- Tweede Kamer (2007a). Motie De Vries (nr. 45 31200-XVI).
- Tweede Kamer (2007b). Motie Kant (nr. 39 31200-XVI).
- Varkevisser, M., S.A. van der Geest en F.T. Schut (2004). *Concurrentie tussen Nederlandse ziekenhuizen – De deelmarkt voor reguliere klinische zorg*. OCFEB, iBMG.
- Varkevisser, M. en E. Schut (2008). "NMA moet strenger zijn bij toetsen ziekenhuisfusies." *Economisch Statistische Berichten* **93**(4532): 196-199.
- Vernooij, F. (2008). *Ovarian cancer treatment in the Netherlands; the effect of care provider on the outcomes of treatment between 1996-2003*. Utrecht, Universiteit Utrecht.
- Vlaams ministerie van Onderwijs en Vorming [www.ond.vlaanderen.be](http://www.ond.vlaanderen.be).
- Wartenbergh-Cras, F. en N. van Kessel (2006). *Management en Bestuur – Onderzoek naar de inrichting van bovenschoolse managementbureaus in het primair onderwijs*. Nijmegen, ITS.
- WHO European health for all database (HFA-DB) <http://www.euro.who.int/HFADB>.