

Consumentenwelvaart en ziekenhuisfusies

Bij de beoordeling van ziekenhuisfusies staat volgens ACM de consumentenwelvaart centraal. Maar met de wijze waarop hier in de praktijk invulling aan wordt gegeven is de consumentenwelvaart echter niet gediend. De beoordeling van ziekenhuisfusies dient uit te gaan van de Mededingingswet, en niet van de standpunten van belangenvertegenwoordigers. Anders blijft er binnenkort voor patiënten en verzekerden niets meer te kiezen over.

ERIK SCHUT

Hoogleraar aan de
Erasmus Universiteit
Rotterdam

EDITH LOOZEN

Universitair docent
aan de Erasmus
Universiteit
Rotterdam

MARCO VARKEVISSER

Universitair hoofd-
docent aan de
Erasmus Universiteit
Rotterdam

Voor de Autoriteit Consument en Markt (ACM) vormt consumentenwelvaart de belangrijkste overkoepelende doelstelling (Don *et al.*, 2013). In een leidraad over de beoordeling van fusies en samenwerking tussen ziekenhuizen, die eind september 2013 is uitgebracht, bevestigt ACM (2013a) dat deze doelstelling ook geldt voor het mededingingstoezicht op de ziekenhuissector. Hoewel het centraal stellen van consumenten op zich voor de hand ligt, is dit in de gezondheidszorg minder eenvoudig dan het lijkt. Simpelweg omdat het in de gezondheidszorg, anders dan in veel andere sectoren, op voorhand niet duidelijk is wie de consumenten zijn van wie de welvaart maatgevend dient te zijn. Vervolgens is de vraag welke gevolgen dit zou moeten hebben

voor het mededingingstoezicht in de zorg. Zowel in de leidraad als in een recent aantal beoordelingen van ziekenhuisfusies heeft ACM haar opvattingen en aanpak nader gepreciseerd. Het blijft echter onduidelijk hoe deze zich verhouden tot het voor ACM relevante toetsingskader, namelijk de Mededingingswet (Mw).

DE CONSUMENT

Consumentenwelvaart kan in de gezondheidszorg – en dus ook bij ziekenhuiszorg – niet simpelweg worden afgemeten aan de welvaartseffecten die bepaalde vormen van samenwerking en fusies hebben voor de uiteindelijke consumenten van zorg, te weten de patiënten. De reden is dat zorgconsumenten geen reële prijs betalen omdat de kosten van zorg grotendeels worden vergoed door de verplichte zorgverzekering. De prijsgevoeligheid van individuele patiënten is dus uiterst gering, zo niet geheel afwezig. Daar komt bij dat wanneer patiënten een hogere prijs betalen, deze wordt gespreid over alle verzekerden van dezelfde verzekeraar. Er is voor de eindgebruiker derhalve sprake van *concentrated benefits and diffuse costs*. Wanneer ziekenhuizen bijvoorbeeld ondoelmatig veel investeren in dure apparatuur die een groot deel van de tijd onbenut blijft, dan kan dit de welvaart van specifieke patiënten wel degelijk verhogen. Zij incasseren immers alle voordelen van de toegenomen beschikbaarheid, terwijl de extra kosten worden gespreid over alle premiebetalers en derhalve voor de patiënt zelf vrijwel verwaarloosbaar zijn.

De auteur heeft verklaard dit artikel alleen te publiceren in ESB en niet elders

te publiceren in wat voor medium dan ook. Het is wel toegestaan om het artikel voor eigen gebruik en voor publicatie op een intranet van de werkgever van de auteur aan te wenden.

ACM onderkent dat patiënten in de zorg niet de enige maat voor de beoordeling van consumentenwelvaart vormen. Zij stelt in haar leidraad dat naar haar opvatting consumenten van ziekenhuiszorg “zowel patiënten als premiebetalende verzekerden” zijn. Met andere woorden, ook verzekerden die in het geheel geen gebruik maken van ziekenhuiszorg worden door ACM als consumenten van ziekenhuiszorg beschouwd. Hierbij is het van belang om in ogenschouw te nemen dat gezonde verzekerden naar verwachting gevoeliger zijn voor de prijs van ziekenhuiszorg, omdat zij, anders dan patiënten, vooral geconfronteerd worden met de premielasten zonder de zorgbaten te ervaren. Waar voor patiënten de prijs van ziekenhuiszorg een ondergeschikte rol speelt, bestaat de kans dat voor gezonde verzekerden hetzelfde voor kwaliteit geldt. Om consumentenwelvaart bij het mededingingstoezicht in de zorg centraal te kunnen stellen, zijn dus inderdaad beide perspectieven relevant. Dit betekent dat ACM voor een juiste beoordeling van samenwerking en fusies oog dient te hebben voor de mogelijke gevolgen ten aanzien van zowel de kwaliteit als de prijs van zorg. Dit leidt tot de vraag hoe de consumentenwelvaart dient te worden gewaarborgd.

TOEPASBAARHEID TOETSINGSKADER MW

In het huidige zorgstelsel dient een goede prijs-kwaliteitverhouding van ziekenhuiszorg tot stand te komen via gereguleerde concurrentie. Binnen door de overheid geformuleerde spelregels – zoals een verbod op premiedifferentiatie naar risico, een acceptatieplicht voor verzekeraars en een systeem van risicoverevening – dienen zorgverzekeraars onder druk van onderlinge concurrentie zo goed en goedkoop mogelijke zorg voor hun verzekerden in te kopen. Het idee is dat deze decentrale benadering voor consumenten tot een betere prijs-kwaliteitverhouding leidt, ofwel tot een hogere consumentenwelvaart. Deze doelstelling wordt echter alleen waargemaakt zolang sprake is van voldoende concurrentie. Zonder effectieve concurrentiedruk worden zorgaanbieders en zorgverzekeraars immers niet geprikkeld om beter te presteren. Met als gevolg hogere prijzen of een lagere kwaliteit dan het geval zou zijn geweest bij aanwezigheid van voldoende concurrentie. Dit betekent dat ook in de zorg de consument baat heeft bij concurrentie en bij goed toezicht op die concurrentie. Ook in zorg is een adequaat mededingingstoezicht dus onontbeerlijk met het oog op het bevorderen van de consumentenwelvaart. De algemene regels van de Mw vormen hiervoor het relevante

toetsingskader en deze zijn ook goed toepasbaar in de zorgsector, voor zover daarbinnen ruimte voor concurrentie is gecreëerd. Volgens de gangbare economische theorie komt dit toetsingskader namelijk neer op een kosten-batenanalyse waarbij niet alleen rekening wordt gehouden met de nadelen van mededingingsbeperkingen, maar ook met de mogelijke voordelen ervan (Loozen, 2014). In het geval van ziekenhuisfusies leidt dit ertoe dat ACM eerst dient na te gaan of

zonder effectieve concurrentiedruk worden zorgaanbieders en zorgverzekeraars inmers niet geprikkeld om beter te presteren

het gefuseerde ziekenhuis in het meest waarschijnlijke scenario de prijzen zou kunnen verhogen of de kwaliteit verminderen. Dergelijke fusies mogen dan niet worden goedgekeurd, tenzij de fusierende ziekenhuizen op basis van voldoende bewijsmateriaal kunnen onderbouwen dat de voordelen die hun samengaan meebrengt voor patiënten en verzekerden groter zijn dan de nadelen (Loozen, 2013).

BELANGENBEHARTIGING MAATGEVEND

Anders dan het objectieve toetsingskader van de Mw beoogt, baseert ACM zich echter niet op een zelfstandig onderzoek naar de gevolgen van samenwerking en fusies voor de welvaart van patiënten en verzekerden (Loozen *et al.*, 2014b). In plaats daarvan lijken de opvattingen van de vertegenwoordigers van patiënten en verzekerden voor haar maatgevend bij de uiteindelijke oordeelsvorming. Als vertegenwoordigers van patiënten beschouwt ACM zowel belangenverenigingen van patiënten en consumenten als cliëntenraden van zorginstellingen, terwijl de zorgverzekeraar wordt verondersteld als vertegenwoordiger van de verzekerdenbelangen op te treden. Immers, aldus ACM (2013a): “De zorgverzekeraar koopt namens zijn verzekerden zorg in bij het ziekenhuis, let daarbij op kwaliteit, prijs

de prominente rol die veronderstelde vertegenwoordigers van consumenten spelen in het mededingingstoezicht in de zorg is een noviteit

en toegankelijkheid, en vertegenwoordigt in deze zin de verzekerde.” Voor ACM betekent de consument centraal stellen in de praktijk dus dat zij veel waarde toekent aan de inbreng van vertegenwoordigers van patiënten en de zorgverzekeraars. Concreet betekent dit dat “bij de beoordeling van de gevolgen van een concentratie de beargumenteerde inbreng van verzekeraars en patiëntenverenigingen centraal zal staan”, waarbij “cijfermatige analyses op basis van patiënten-

stromen met betrekking tot de mate waarin fuserende ziekenhuizen concurrentiedruk op elkaar uitoefenen, vooral dienen als eerste screening” (ACM, 2013a). Met andere woorden, bij de beoordeling van fusies in de zorg kijkt ACM niet primair naar de vraag of de fusie zal leiden tot een significante belemmering van de mededinging, maar wat de veronderstelde vertegenwoordigers van patiënten en verzekerden hiervan vinden. Een recente opmerking van Tineke Serlie (2014), manager Directie Mededinging ACM, spreekt in dit kader boekdelen: “Minder concurrentie in de (ziekenhuis)zorg is echter zeker niet per definitie slecht voor de patiënt. (...) Als vertegenwoordiging van patiënten en zorgverzekeraars daardoor unaniem achter een samenwerking of fusie staan, zal ACM hier niet snel van afwijken.”

De prominente rol die veronderstelde vertegenwoordigers van consumenten spelen in het mededingingstoezicht in de zorg is een noviteit en roept ten minste een drietal belangrijke vragen op.

Toepasbaarheid Mededingingswet

Een eerste vraag is waarom ACM aan de opvatting van de genoemde vertegenwoordigers zo veel belang toekent. Het is gissen naar een antwoord. Biedt het toetsingskader van de Mw volgens ACM onvoldoende

houvast om de gevolgen van fusies en samenwerking in de zorg voor de mededinging te kunnen vaststellen? Het grote gewicht dat ACM toekent aan de opvattingen van zorgverzekeraars en patiëntenverenigingen doet vermoeden dat zij in ieder geval meent dat dit het geval is. Maar een expliciete uitspraak van ACM hierover ontbreekt, laat staan een gedegen onderbouwing daarvan.

Consumentenbelangen

Een tweede vraag is of de veronderstelde vertegenwoordigers de belangen van de consumenten in de zorg wel vertegenwoordigen. Cliëntenraden zijn ingesteld door zorgaanbieders om de gemeenschappelijke belangen van cliënten van de betreffende zorginstellingen te behartigen. Het is aannemelijk dat deze cliëntenraden in geval van een fusie vooral het belang van het eigen ziekenhuis voor ogen hebben en niet zozeer het algemene mededingingsbelang. Het valt te betwijfelen of een cliëntenraad bezwaar zal maken tegen een fusie als dit de machtspositie van het eigen ziekenhuis versterkt en de fusie het ziekenhuis dientengevolge bijvoorbeeld in staat stelt om extra te investeren in dure apparatuur en voorzieningen. Gezien hun onafhankelijke positie mag daarentegen van patiëntenverenigingen, zoals de Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF), verwacht worden dat zij een bredere blik hebben. Op voorhand lijken zij daarom geloofwaardiger als vertegenwoordiger van de algemene patiëntenbelangen dan de cliëntenraden van specifieke ziekenhuizen. Feit is en blijft natuurlijk dat mogelijke prijsstijgingen als gevolg van fusies over alle premiebetalers worden gespreid en dus voor beide patiëntenvertegenwoordigers van ondergeschikt belang zijn.

Nog dubieuzer is de veronderstelling van ACM dat zorgverzekeraars de belangen van de premiebetalers behartigen. Natuurlijk is het zo dat in het Nederlandse zorgstelsel onderlinge concurrentie de zorgverzekeraars moet aansporen om zowel de zorginhoudelijke als financiële belangen van hun verzekerden zo goed mogelijk te dienen. Maar mede als gevolg van fusies is de zorgverzekeringsmarkt inmiddels sterk geconcentreerd en lijkt er zeker in bepaalde regio's sprake van verminderde concurrentie (Loozen *et al.*, 2011). Daarnaast is het nog maar de vraag of de belangen van zorgverzekeraars wel altijd sporen met die van hun verzekerden. Zo geldt dat waar ziekenhuisfusies voor patiënten een afname van de keuzemogelijkheden tot gevolg hebben, deze voor zorgverzekeraars als voor-

deel kunnen hebben dat concentratie van complexe behandelingen – waaraan de verzekeraars zich middels het Bestuurlijk hoofdlijnenakkoord medisch specialistische zorg van 4 juli 2011 hebben gecommitteerd – gemakkelijker is te realiseren. Het lijkt er sterk op dat zorgverzekeraars hierbij onvoldoende rekening houden met het risico dat deze fusies op langere termijn kunnen resulteren in hogere prijzen als gevolg van de sterkere machtspositie van ziekenhuizen. Ook wederzijdse regionale afhankelijkheid en het belang van een goede langetermijnrelatie met de ziekenhuizen zijn wellicht redenen waarom zorgverzekeraars mogelijk schadelijke fusies tot op heden niet dwarsbomen.

Het lijkt er ook op dat zorgverzekeraars zich niet erg druk maken over toekomstige hogere prijsstellingen omdat zij speculeren op retrospectief ingrijpen door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa). Zo gaf zorgverzekeraar CZ destijds te kennen geen bezwaar te hebben tegen de fusie van twee grote Limburgse ziekenhuizen (ACM, 2012a), maar stelde de bestuursvoorzitter, nadat de fusie eenmaal was goedgekeurd, in een interview dat “als ons het vel over de oren wordt gehaald, de NZa uitkomst moet bieden. Mochten de tarieven van het fusieziekenhuis te hoog liggen, dan gaan wij naar de NZa en vragen hen om een redelijk tarief vast te stellen” (Van Aartsen, 2013). Aldus wordt het paard achter de wagen gespannen. In beginsel is de bevoegdheid van de NZa om te kunnen ingrijpen bij aanmerkelijke marktmacht op grond van artikel 48 van de Wet marktordening gezondheidszorg immers in het leven geroepen om concurrentie op gang te brengen in de zorg, niet om, voor zover mogelijk, de gevolgen van ineffectief fusietoezicht te repareren.

Weging inbreng vertegenwoordigers

Een derde vraag is hoe ACM de inbreng van de verschillende vertegenwoordigers weegt. Wat als de opvattingen van cliëntenraden, patiëntenverenigingen en zorgverzekeraars uiteenlopen? Er is dan immers geen duidelijk kader op grond waarvan ACM de verschillende opvattingen af kan wegen. In een recente zaak over een voorgenomen fusie tussen twee ziekenhuizen in West-Brabant (Lievensberg Ziekenhuis te Bergen op Zoom en St. Franciscus Ziekenhuis te Roosendaal) heeft ACM de bezwaren van de NPCF genegeerd en de fusie goedgekeurd (ACM, 2013c), terwijl in een recent besluit over een fusie tussen twee Haagse ziekenhuizen (Bronovo en Medisch Centrum Haaglanden) de serieuze bezwaren van een grote zorgverzekeraar

(Achmea) door ACM simpelweg terzijde zijn geschoven (ACM, 2013d). Doordat ACM het juridische toetsingskader loslaat, is onduidelijk hoe de inbreng van de veronderstelde consumentenvertegenwoordigers door ACM wordt gewogen. Dit klemt temeer vanwege de waarde die ACM kennelijk hecht aan de inbreng van deze vertegenwoordigers.

Kortom, het is onduidelijk waarom ACM het objectieve toetsingskader van de Mw loslaat en in plaats

dit is te meer zorgwekkend daar
betwijfeld kan worden of deze partijen
het consumentenbelang in de zorg wel
adequaat vertegenwoordigen.

daarvan een belangrijke rol toekent aan de genoemde vertegenwoordigers van patiënten en verzekerden. Dit is te meer zorgwekkend daar betwijfeld kan worden of deze partijen het consumentenbelang in de zorg wel adequaat vertegenwoordigen en niet inzichtelijk wordt gemaakt hoe ACM verschillen in inbreng tegen elkaar afweegt. Daarmee is niet gezegd dat ACM de inbreng van belangenbehartigers van bepaalde groepen consumenten niet in haar eigen mededingingsonderzoek kan meenemen. Mits door voldoende feitelijke gegevens gestaafd is dat uiteraard mogelijk. Maar van een dergelijke onderbouwing is vooralsnog geen sprake geweest.

BEOORDELING ZIEKENHUISFUSIES

Sinds de invoering van de Zorgverzekeringswet in 2006 is er sprake van een sterke consolidatie in de ziekenhuissector. Fusies waarbij de partijen gezamenlijk een bepaalde omzetsdrempel (voor de zorgsector 55 miljoen euro) overschrijden, moeten worden gemeld aan ACM. Ziekenhuisfusies gaan ruim boven deze omzetsdrempel uit en moeten dus worden aangemeld. Wanneer ACM op basis van de melding van oordeel is dat een fusie mogelijk kan leiden tot een significante belemmering van de mededinging, dienen de fusierende partijen een vergunning aan te vragen. Op basis van de vergunningsaanvraag dient ACM vervolgens te beoordelen of de fusie

inderdaad zal leiden tot een significante belemmering van de daadwerkelijke mededinging, zoals bedoeld in artikel 41(2) Mw. Wanneer ACM van oordeel is dat dit het geval is, kunnen partijen eventueel een zogenaamd efficiëntieverweer voeren wanneer zij ervan overtuigd zijn dat de fusie noodzakelijk is voor het behalen van efficiëntievoordelen, of anders een reddingsfusieverweer voeren wanneer zij ervan overtuigd zijn dat de fusie noodzakelijk is voor het voortbestaan van een van beide

tot medio februari 2014 heeft ACM in totaal twintig ziekenhuisfusies beoordeeld en allemaal goedgekeurd

partijen. De criteria voor deze vormen van verweer zijn strikt en de bewijslast ligt bij de fuserende partijen.

Tot medio februari 2014 heeft ACM (en haar voorloper NMa) in totaal twintig ziekenhuisfusies beoordeeld en allemaal goedgekeurd, waarvan dertien in de eerste fase (na melding) en zeven in de tweede fase (na het aanvragen van de vereiste vergunning). Bovendien zitten er nog vijf recent aangemelde ziekenhuisfusies in de pijplijn, waarvan de fusie tussen de twee academische ziekenhuizen in Amsterdam (VUmc en AMC) het meest in het oog springt. Een van de redenen voor de sterke consolidatie is het streven van ziekenhuizen naar specialisatie en concentratie van complexe zorg en de toenemende eisen van zorgverzekeraars om voor dergelijke zorgvormen te voldoen aan bepaalde minimum-volumenormen. Hoewel deze normen zeker niet onomstreden zijn (Zuiderent-Jerak *et al.*, 2013) en een ziekenhuisfusie doorgaans veel verder gaat dan nodig is om een concentratie van complexe zorg te realiseren, hebben fusies vaak de voorkeur boven samenwerkingsafspraken omdat ziekenhuizen naar eigen zeggen het idee hebben dat deze door ACM minder kritisch worden beoordeeld. Hoewel ACM niet nalaat te benadrukken dat geen strengere regime geldt voor samenwerking dan voor fusies (ACM, 2013a; Serlie, 2014), heeft zij de schijn te

gen. Tot op heden is immers elke ziekenhuisfusie door ACM goedgekeurd. Sterker nog, zelfs ziekenhuisfusies die tot een monopolie leiden (Zeeuwse ziekenhuizen) of naar verwachting resulteren in marktaandelen van vijftig procent of meer en die volgens de NZa tot forse prijsstijgingen kunnen leiden (zoals bij de Tilburgse ziekenhuizen) zijn goedgekeurd, zij het in sommige gevallen met een tijdelijk en rechtens niet-afdwingbaar prijsplafond (Varkevisser *et al.*, 2012; Loozen *et al.*, 2014a). Vooral in die gevallen waarbij het gezamenlijke marktaandeel na de fusie vijftig procent of meer bedraagt, is de makkelijke goedkeuring door ACM hoogst merkwaardig. Immers, in die gevallen wordt een kritische grens overschreden in welk geval er volgens de Richtsnoeren voor horizontale fusies van de Europese Commissie voldoende bewijs is voor het bestaan van een machtspositie. Bovendien wordt door ACM telkenmale voorbijgegaan aan hetgeen de NZa in haar zienswijzen constateert, namelijk dat juist in de overgangsfase naar prestatiebekostiging waarin de ziekenhuissector zich momenteel bevindt, het des te meer van belang is om het ontstaan van machtsposities ten nadele van de consument te voorkomen (NZa, 2013).

ARGUMENTEN VOOR GOEDKEURING

Het belangrijkste argument van ACM om de betreffende ziekenhuisfusies ondanks de hoge resulterende marktaandelen niettemin goed te keuren, is dat de zorgverzekeraars in veel gevallen geen bezwaar hebben tegen deze fusies. Zij geven daarbij aan te verwachten dat zij de fusieziekenhuizen voldoende kunnen disciplineren door hun verzekerden naar andere, verderweg gelegen ziekenhuizen te sturen. Daarnaast stelt ACM dat zorgverzekeraars de afgelopen jaren sterkere financiële prikkels hebben gekregen om stevig met ziekenhuizen te onderhandelen en bepaalde behandelingen bij ziekenhuizen selectiever zijn gaan inkopen. ACM verwacht dat door selectievere zorginkoop en sturing van verzekerden naar preferente ziekenhuizen de reisafstand die patiënten naar ziekenhuizen afleggen zal toenemen en daarmee de omvang van de relevante geografische markt. Over de door de NZa voorspelde prijsstijgingen merkt ACM op dat deze gebaseerd zijn op gestileerde modellen en dat het door een gebrek aan empirische studies in Nederland op dit moment niet goed mogelijk is om in te schatten in hoeverre de voorspelde prijsstijgingen zich daadwerkelijk voor zullen gaan doen (ACM, 2012b). Dit terwijl de enige ex-post analyse van ACM naar de prijseffecten van een zieken-

huisfusie waarvoor in de tweede fase een vergunning is verleend wel degelijk wijst op een significante prijsstijging (Kemp *et al.*, 2012). Saillant is dat de goedkeuring van deze ziekenhuisfusie destijds is bekritiseerd vanwege een te ruime marktafbakening (Varkevisser en Schut, 2008) en dat deze ex-post evaluatie door ACM als voorbeeldinstrument wordt genoemd om in de toekomst de concentratiecontrole aan te scherpen (Don *et al.*, 2013).

Opmerkelijk is ook dat ACM de zienswijzen van de NZa bagatelliseert vanwege een gebrek aan empirie. De ACM-besluiten bij ziekenhuisfusies rusten namelijk in belangrijke mate op de veronderstelling dat verzekeraars hun verzekerden effectief kunnen sturen, waarvoor empirische evidentie vooralsnog volledig ontbreekt. Integendeel, tot op heden blijken zorgverzekeraars juist uiterst terughoudend op dit terrein omdat zij kampen met een vertrouwensprobleem en bang zijn voor reputatieschade (Boonen en Schut, 2010; Bes *et al.*, 2012). Bovendien blijken de zorgpolissen waarbij er sprake is van selectieve contractering tot op heden geen succes (Het Financieel Dagblad, 2013; Trouw, 2014). Het is dan ook niet duidelijk waarop het vertrouwen van de zorgverzekeraars is gebaseerd dat zij zelfs fusieziekenhuizen met een marktaandeel van meer dan vijftig procent kunnen disciplineren.

Daar komt nog bij dat aan de kant van de zorgverzekeraars sprake lijkt te zijn van een voorzichtige kentering op dit punt. Zo gaven twee van hen in reactie op een recent voorgenomen fusie tussen twee Haagse ziekenhuizen aan ACM te kennen dat het door deze fusie een stuk lastiger wordt om de ziekenhuizen te disciplineren, aangezien er dan in de betreffende regio nog maar twee ziekenhuisblokken overblijven met elk circa vijftig procent van de markt (ACM, 2013d). Interessant is dat de grootste zorgverzekeraar van Nederland, te weten Achmea, aangeeft aan dat zij bij de vorige fusie tussen twee ziekenhuizen in dezelfde regio (ACM, 2013b) “veel minder een beeld had van de impact die de fusie met zich mee zou brengen”. Achteraf, zo stelt Achmea, “had zij hier misschien kritischer over moeten zijn” (ACM, 2013d). Vooralsnog geldt een dergelijke kritische houding niet voor ACM, aangezien zij van oordeel is dat als vier van zes verzekeraars van mening zijn dat zij het fusieziekenhuis kunnen disciplineren, dit ook zou moeten gelden voor de andere twee. Wederom, zonder enige empirische onderbouwing.

Ten slotte is het opmerkelijk dat ACM in haar fusiebesluiten uitsluitend oog heeft voor de prikkels voor

zorgverzekeraars. In 2012 zijn immers niet alleen voor zorgverzekeraars de financiële prikkels om scherp te onderhandelen toegenomen – door de afschaffing van de nog resterende ex-post verevening –, maar ook voor de ziekenhuizen. Als gevolg van de invoering van een veel grotere mate van prestatiebekostiging in 2012 hebben ziekenhuizen namelijk een veel groter belang gekregen bij een sterke onderhandelingspositie ten opzichte van de verzekeraars. Dat zorgverzekeraars sterkere prik-

ook in de gezondheidszorg vormen de algemene regels van de Mw het relevante en geschikte toetsingskader

kels hebben om scherp te onderhandelen versterkt alleen maar het belang dat ziekenhuizen hebben om hun machtspositie te verstevigen. De gewenste concentratie van bepaalde complexe behandelingen vormt daarbij een bruikbaar argument. ACM gaat ervan uit dat de gevolgen van een ziekenhuisfusie wel zullen meevalen als zorgverzekeraars selectiever gaan inkopen, maar lijkt zich niet te realiseren dat selectieve inkoop alleen mogelijk is als er iets te kiezen valt. Concurrentie maakt selectieve inkoop mogelijk, niet andersom.

CONCLUSIE

Bij het bevorderen van consumentenwelvaart in de zorg gaat het om de welvaart van zowel patiënten als verzekerden. In het huidige zorgstelsel met gereguleerde concurrentie is effectief mededingingstoezicht uit oogpunt van de consumentenwelvaart onontbeerlijk. Ook in de gezondheidszorg vormen de algemene regels van de Mw hiervoor het relevante en geschikte toetsingskader. Het toekennen van een maatgevende rol in het mededingingstoezicht aan vertegenwoordigers van patiënten en verzekerden staat hiermee op gespannen voet. Niet alleen valt te betwijfelen in hoeverre deze specifieke belangenbehartigers daadwerkelijk de algemene belangen van patiënten en verzekerden vertegenwoordigen. Maar ook is het on-

duidelijk hoe de soms tegengestelde inbreng van deze vertegenwoordigers wordt gewogen en zich verhoudt tot het voor ACM enige relevante toetsingskader, zoals dat in de Mw is vastgelegd. Bij de beoordeling van ziekenhuisfusies heeft de prominente rol die ACM toekent aan de opvattingen van zorgverzekeraars tot gevolg dat zelfs ziekenhuisfusies die leiden tot gezamenlijke marktaandeelen van meer dan vijftig procent allemaal zijn goedgekeurd. Bij deze goedkeuringsbesluiten kunnen serieuze vraagtekens worden geplaatst. Wanneer ACM de beoordeling van ziekenhuisfusies niet drastisch aanscherpt, maakt het rappe tempo waarin de ziekenhuissector consolideert dat er voor patiënten en verzekerden binnenkort niets meer te kiezen overblijft. Of de consumentenwelvaart in de zorg daarmee gediend is? De vraag stellen is hem beantwoorden.

LITERATUUR

- Aartsen, C. van (2013) Geen tijd voor kwaliteit. *Zorgvisie Magazine*, april, 26–28.
- ACM (2012a) *Besluit van 2 november 2012 in zaak 7236 / Orbis – Atrium*. Den Haag: Autoriteit Consument en Markt.
- ACM (2012b) *Besluit van 2 november 2012 in zaak 7295 / TweeSteden ziekenhuis – St. Elisabeth Ziekenhuis*. Den Haag: Autoriteit Consument en Markt.
- ACM (2013a) *Beoordeling fusies en samenwerkingen ziekenhuiszorg*. Den Haag: Autoriteit Consument en Markt.
- ACM (2013b) *Besluit van 21 januari 2013 in zaak 7545 / HagaZiekenhuis – Reinier de Graaf Groep*. Den Haag: Autoriteit Consument en Markt.
- ACM (2013c) *Besluit van 30 september 2013 in zaak 13.0438.24 / Stichting Lievensberg Ziekenhuis – Stichting St. Franciscus Ziekenhuis*. Den Haag: Autoriteit Consument en Markt.

- ACM (2013d) *Besluit van 6 december 2013 in zaak 13.0758.24 / Vergunningsaanvraag Bronovo – Medisch Centrum Haaglanden*. Den Haag: Autoriteit Consument en Markt.
- Bes, R., S. Wendel en J. de Jong (2012) Het vertrouwensprobleem van zorgverzekeraars. *ESB*, 97(4647), 676–677.
- Boonen, L. en F.T. Schut (2010) Zorgverzekeraars kampen met vertrouwensprobleem. *ESB*, 94(4572), 678–681.
- Don, H., D. Janssen, M. Schik en J. van Sinderen (2013) De economie van het toezicht. *ESB*, 98(4669), 586–589.
- Het Financieele Dagblad (2013) Goedkopere zorgpolis met minder keuze slaat nog niet aan. *Het Financieele Dagblad*, 30 december.
- Kemp, R.G.M., N. Kersten en A.M. Severijnen (2012) Price effects of Dutch hospital mergers: an ex-post assessment of hip surgery. *De Economist*, 160(3), 237–255.
- Loozen, E. (2013) Patiënt gebaat bij strenger toezicht op concurrentie in de zorg. *Sociale Vraagstukken*, 11 november.
- Loozen, E. (2014) The requisite legal standard for economic assessments in EU competition cases unravelled through the economic approach. *European Law Review*, 2014(1), 89–108.
- Loozen, E.M.H., F.T. Schut en M. Varkevisser (2011) Fusie zorgverzekeraars Achmea en De Friesland: hoezo functioneel concentratietoezicht? *Markt & Mededinging*, 2014(5), 169–177.
- Loozen, E.M.H., M. Varkevisser en F.T. Schut (2014a) Dutch Authority for Consumers & Markets fails to meet the standard of proof in recent hospital merger decisions. *European Competition Law Review*, 35(1), 17–23.
- Loozen, E.M.H., M. Varkevisser en F.T. Schut (2014b) Beoordeling ziekenhuisfusies door ACM: staat de consument wel echt centraal? *Markt & Mededinging*, 2017(1), te verschijnen.
- NZa (2013) *Zienswijze concentratie Stichting Lievensberg Ziekenhuis – Stichting R.K. Ziekenhuis St. Franciscus*. Utrecht: Nederlandse Zorgautoriteit.
- Serlie, T. (2014) *Fuseren of samenwerken? Betrek belanghebbenden!* Blog op www.skiper.nl, 10 februari.
- Trouw (2014) Klant mijdt goedkope zorgpolis. *Trouw*, 29 januari.
- Varkevisser, M. en F.T. Schut (2008) NMa moet strenger zijn bij toetsen ziekenhuisfusies. *ESB*, 93(4532), 196–199.
- Varkevisser, M., E.M.H. Loozen en F.T. Schut (2012) *Falend toezicht op ziekenhuisfusies brengt zorgstelsel in gevaar*. *Opinie* op www.mejudice.nl, 3 december.
- Zuiderent-Jerak, T., T. Kool en J. Rademakers (2013) De concentratiehype voorbij: de relatie tussen volume en kwaliteit van zorg wordt overschat. *Medisch Contact*, 68(1), 38–40.