

Samenwerken wordt

Vorig jaar op pakjesavond kondigde de Autoriteit Consument & Markt aan voortaan strenger te zullen zijn bij de beoordeling van ziekenhuisfusies. Dat besloot ze op basis van eigen onderzoek waaruit bleek dat fusieziekenhuizen hogere prijzen rekenden dan een controlegroep van niet-gefuseerde ziekenhuizen (ACM, 2017a), en op basis van eerder onderzoek in opdracht van ACM waaruit bleek dat gefuseerde ziekenhuizen geen betere zorgkwaliteit leveren dan niet-gefuseerde ziekenhuizen (Significant, 2016).

De studie van ACM (2017a) leidde tot veel discussie, onder andere in een hoorzitting in de Tweede Kamer op 29 januari (Tweede Kamer, 2018) en nu in dit *ESB*-themanummer. De vraag of de ACM-studie goed is uitgevoerd, komt even aan bod. Ron Kemp en Lydia van 't Veer van ACM reageren op vragen van Gabriëlle ten Broeke en Ariënné Gommers over de validiteit van de analyse – dat lijkt de analyse inderdaad te zijn.

De studie kwam niet uit het niets. Terwijl Nederland in 1979 één ziekenhuis per 71.000 inwoners telde, is dit nu één ziekenhuis (algemeen of universitair) per 184.000 inwoners. Van de 159 verdwenen ziekenhuizen zijn de meeste, 125, gefuseerd. Martin den Hartog, Richard Janssen en Bart-Jeroen Haselbekke komen tot de conclusie dat er alleen tussen 1981 en 2001, toen de

overheid scherp op de budgetten lette, ziekenhuizen gesloten werden. Sinds er vertrouwd wordt op de markt, wordt er vooral gefuseerd. De markt is kennelijk niet zo in het (doen) sluiten van ziekenhuizen.

In tegenstelling tot sluiten, vindt fuseren plaats ongeacht of de markt of de overheid bij de ziekenhuizen aan de knoppen zit. Anne-Fleur Roos, Erik Schut en Marco Varkevisser beschrijven een golf van ziekenhuisfusies die al sinds de jaren vijftig voortduurt. Die fusies voegden eerst maatschappelijke waarde toe, maar leiden nu tot zeer hoge concentraties, zeker in de regio.

SCHAAL- OF CONCURRENTIEVOORDELEN

Dat ziekenhuizen in het huidige marktsysteem fuseren, geeft aan dat er voor ziekenhuizen, of op zijn minst voor hun bestuurders, wat te winnen is. Bij fusies van vergelijkbare bedrijven gaat het gewoonlijk om schaal- en concentratievoordelen. Bij ziekenhuisfusies zijn schaalvoordelen maatschappelijk gewenst als medisch specialisten in de kleinere afzonderlijke ziekenhuizen te weinig ingrepen verrichten om hun ervaring op peil te houden, of als de planning niet efficiënt kan worden uitgevoerd. Als medische ingrepen in een ziekenhuis vaak genoeg plaatsvinden, zie je zulke schaalvoordelen bij fusies niet terug. Merk op: wat een econoom schaalvoordelen noemt, is voor een medisch specialist een kwaliteitscriterium (om een ingreep te mogen blijven uitvoeren, moet een specialist deze een minimaal aantal keer per jaar doen).

Maar fusies zijn maatschappelijk ongewenst als de concurrentie verdwijnt, er concentratievoordelen optreden en het ziekenhuis dus zijn prijs kan verhogen. Nu is een ziekenhuis een samenraapsel van verschillende specialismen, die elkaar soms nodig hebben. Voor een hartoperatie is een anesthesist nodig, voor de voorafgaande tests een laboratorium en voor onverhoopte complicaties wellicht een longarts. Maar soms ook niet: oogartsen, orthopeden en plastisch chirurgen kunnen redelijk zelfstandig werken.

Jan-Peter Heida, Steef Baeten en Cees van Gent maken een onderscheid tussen drie typen zorg: complexe zorg met laag volume die verbonden is met de rest van het ziekenhuis, niet-complexe zorg met hoog volume die verweven is met de rest van het ziekenhuis,

Een halve eeuw ziekenhuisfusies in Nederland

ANNE-FLEUR ROOS, ERIK SCHUT EN MARCO VARKEVISSER 440

Overlevingskansen van ziekenhuizen

MARTIN DEN HARTOG, RICHARD JANSSEN EN BART-JEROEN HASELBEKKE 444

Ziekenhuisfusies zijn ook gewoon fusies

GABRIËLLE TEN BROEKE EN ARIËNNÉ GOMMERS 447

Reactie: Contractprijzen ziekenhuizen hebben zeggingskracht

RON KEMP EN LYDIA VAN 'T VEER 450

Mededingingsprobleem geldt niet voor elk type ziekenhuiszorg

JAN-PETER HEIDA, STEEF BAETEN EN CEES VAN GENT 451

Marktconcentratie is ook punt van zorg bij zelfstandige behandelcentra

FLORIEN KRUSE, ELSE SPIERINGS, EDDY ADANG EN PATRICK JEURISSEN 453

het nieuwe fuseren

en niet-complexe zorg met hoog volume die ook zonder ziekenhuis plaats kan vinden. Ze analyseren de gevolgen van een fusie per type ingreep en komen zo tot verschillende adviezen per ingreep (tabel 1).

De schaalvoordelen nemen alleen maar toe als de ingreep eerst niet frequent genoeg werd uitgevoerd, zoals bij complexe verweven zorg met laag volume. Voor alle typen zorg geldt dat fuseren de concentratievoordelen vergroot. En toetreding ten slotte is alleen mogelijk voor niet-verweven zorg – het is lastig voor jezelf te beginnen als je direct een heel ziekenhuis neer moet zetten.

PROBLEEM EN OPLOSSING

Zo bekeken lijken fusies vooral een maatschappelijk probleem voor de niet-complexe, verweven zorg met hoog volume. Dat is het type zorg dat ziekenhuizen het meeste doen en waar het meeste geld in omgaat. Bij de niet-verweven zorg is toetreding mogelijk en dat dempt de concentratievoordelen. Maar wellicht is dat laatste een te makkelijke redenering. De marktanalyse van de zelfstandige behandelcentra van Florian Kruse, Else Spierings, Eddy Adang en Patrick Jeurissen laat zien dat de concentratie bij deze behandelcentra hoger is dan bij ziekenhuizen.

Het verbieden van fusies kan goed werken voor de niet-complexe, verweven zorg met hoog volume, maar staat wel de totstandkoming van de noodzakelijke schaal van complexe, verweven zorg met laag volume in de weg. Heida et al. pleiten er daarom voor om samenwerking tussen ziekenhuizen op dit type zorg toe te staan, en tegelijkertijd juist strenger op te treden

tegen fusies en samenwerkingen op de niet-complexe, verweven zorg met hoog volume.

Ziekenhuizen lijken echter het liefst te willen fuseren. Volgens Gabriëlle ten Broeke en Ariënné Gommers is samenwerken ingewikkeld, zeker omdat het betekent dat ziekenhuisbesturen die dat serieus willen aanpakken in een twintigtal netwerken afspraken moeten maken.

TOT SLOT

Voor de meest in het oog springende fusie, die tussen de Amsterdamse academische centra VUmc en AMC, had de aankondiging dat ACM strenger zou oordelen geen gevolgen. Zij hadden drie maanden eerder al toestemming gekregen om te fuseren (ACM, 2017b). Maar voor de patiënt in Amsterdam lijken er ook na de fusie voldoende alternatieven te blijven voor de niet-complexe, verweven zorg, terwijl de complexe zorg met laag volume waar beide ziekenhuizen in gespecialiseerd zijn, bij fusie gebaat is. Dat scheelt toch weer een twintigtal netwerken.

LITERATUUR

ACM (2017a) Prijs- en volume-effecten van ziekenhuisfusies: onderzoek naar effecten van ziekenhuisfusies 2007–2014. ACM Rapport, ACM/17/009041.

ACM (2017b) ACM staat fusie universitair medische centra Amsterdam toe. Nieuwsbericht ACM, 5 september.

Significant (2016) Ziekenhuisfusies en kwaliteit van zorg: onderzoek naar de effecten van ziekenhuisfusies op de kwaliteit van zorg. Barneveld: Significant.

Tweede Kamer (2018) Hoorzitting / Rondetafelgesprek, 29 januari. Te vinden op www.tweedekamer.nl.

Effecten van fusie per soort zorg

TABEL 1

	Schaalvoordelen bij fusie	Concentratievoordelen bij fusie	Toetreding mogelijk
Complexe, verweven zorg met laag volume	Ja	Ja	Nee
Niet-complexe, verweven zorg met hoog volume	Nee	Ja	Nee
Niet-complexe, niet-verweven zorg met hoog volume	Nee	Ja	Ja

JASPER LUKKEZEN

Hoofredacteur
lukkezen@economie.nl

