

UITEENZETTING

Ziekenhuisfusies zijn ook gewoon fusies

De laatste tijd zijn er veel kritische geluiden over ziekenhuisfusies. ACM lijkt hier gevoelig voor te zijn, maar ze kan en mag ziekenhuisfusies niet anders beoordelen dan andere fusies.

**GABRIELLE
TEN BROEKE**
Senior beleidsadviseur bij de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ)

**ARIËNNE
GOMMERS**
Juridisch en strategisch adviseur bij AGLegal

Vanaf 1978 tot augustus 2017 zijn er in Nederland 106 ziekenhuisfusies geweest (Roos, 2018). Deze fusies waren vaak een logische stap om de resten van een verzuild Nederland op te ruimen, en de meeste ervan hebben nooit voor veel ophef gezorgd.

Maar de laatste tijd komen ziekenhuisfusies regelmatig negatief in de publiciteit. Zo hebben economen van de Erasmus School of Health Policy & Management zich tegen dergelijke fusies uitgesproken (Varkevisser, 2018; Schut et al., 2014; Varkevisser en Schut, 2010). Volgens hen keurde de Autoriteit Consument & Markt (ACM) fusies tussen ziekenhuizen te gemakkelijk goed en zou de toezichthouder minder toegeeflijk moeten optreden. Eind 2017 publiceerde de ACM een onderzoek naar de prijs- en volume-effecten van ziekenhuisfusies, waarbij een aantal ferme conclusies getrokken werden (ACM, 2017). Op basis van dat rapport zei de ACM de aandacht voor concurrentierisico's van ziekenhuisfusies te gaan verscherpen. Een van de argumenten was dat prijzen als gevolg van zulke fusies lijken te stijgen, en al eerder was volgens de ACM gebleken dat de kwaliteit van de zorg niet aantoonbaar verbetert na een fusie.

Ook de politiek heeft aandacht voor de gevolgen van zorgfusies. Op 29 januari 2018 hield de vaste Kamercommissie voor VWS er een rondetafelgesprek over; aanleiding hiervoor was de goedkeuring van de fusie van het VUmc en AMC.

In dit artikel beargumenteren we dat er geen redenen zijn om ziekenhuisfusies anders te beoordelen dan andere fusies. Het zorglandschap is volop in ontwikkeling en

schaalvergroting kan noodzakelijk zijn om te voldoen aan de steeds hogere kwaliteitseisen. Ook zetten we vraagtekens bij de conclusie dat ziekenhuisfusies een opwaarts effect op prijzen zouden hebben. Eerst volgt een korte schets van het wettelijk kader waarbinnen de toezichthouder zich dient te bewegen bij het beoordelen van ziekenhuisfusies.

WETTELIJK KADER FUSIETOETS

Sinds 1998 kent Nederland de Mededingingswet. Deze is van toepassing op alle sectoren van de Nederlandse economie en wordt gehandhaafd door de ACM als onpartijdige en onafhankelijke toezichthouder.

Met betrekking tot ziekenhuisfusies is vooral het onderdeel van de Mededingingswet van belang dat toeziet op concentraties: fusies, overnames en bepaalde vormen van joint-ventures. De ACM kan een concentratie verbieden indien zij kan aantonen dat er significante mededingingsproblemen zullen optreden, met name als resultaat van het ontstaan of versterken van een economische machtspositie. Het is dus niet zo dat de ACM moet bewijzen dat er geen significante mededingingsproblemen zullen optreden om een goedkeuring te kunnen verlenen.

De tekst van de fusietoets sluit aan bij de Europese concentratieverordening. In de Memorie van Toelichting bij de Mededingingswet is aangegeven dat deze wet niet strenger of soepeler zal zijn dan de Europese mededingingsregels. Sinds 2004 is de fusietoets ook van toepassing op fusies tussen ziekenhuizen.

KWALITEITSVERBETERING

In de meeste sectoren van de economie vinden fusies vooral plaats om de aandeelhouderswaarde te vergroten. Dat motief ontbreekt in de ziekenhuissector, alleen al omdat de ziekenhuissector in de meeste gevallen geen aandeelhouders kent.

Ziekenhuisfusies hebben daarom primair als doel om de kwaliteit en toegankelijkheid van zorg te waarborgen. Een ziekenhuis dat niet genoeg schaal heeft om voldoende

Dit artikel is gebaseerd op Ten Broeke en Gommers (2018)

kwaliteit te bieden kan uit twee oplossingen kiezen: samenwerken of fuseren.

Samenwerken

Samenwerken op gebieden waar ziekenhuizen de volumenormenten niet dreigen te halen, is slechts op beperkte schaal mogelijk. Samenwerkingsverbanden vragen veel managementaandacht van een ziekenhuis en de betrokken zorgprofessionals. Verschillende culturen van de ziekenhuizen, en ook meer overdrachtsmomenten, vragen de nodige energie van de betrokken zorgprofessionals. Daar waar volumenormenten toenemen, zouden sommige ziekenhuizen tien tot twintig samenwerkingsverbanden moeten afsluiten om aan alle normen te kunnen blijven voldoen. Bezien vanuit de publieke belangen zoals kwaliteit, bereikbaarheid en betaalbaarheid is dat zeker niet steeds te prefereren boven een fusie. Daar komt bij dat patiënten vaak aan meerdere aandoeningen tegelijk lijden. Een groter fusieziekenhuis, met alle benodigde specialismen onder één dak, draagt daarom ook bij aan een betere bereikbaarheid en kwaliteit voor de patiënt.

Een prijsstijging zoals die onderzocht is, zegt voor de ziekenhuissector niet zoveel

Fuseren

Een fusie biedt ziekenhuizen de mogelijkheid gezamenlijk wel aan volumenormenten voor medische behandelingen te voldoen waar hun dat individueel niet (meer) lukt. Deze normen worden opgesteld door wetenschappelijke verenigingen voor het minimale aantal operaties dat een instelling jaarlijks moet uitvoeren om voldoende ervaren te blijven. Ook internationaal worden volumenormenten opgesteld. Mede gelet op de toegenomen internationale specialisatie, de internationale eisen en de technologie is het aanneemelijk dat de volumenormenten in de toekomst steeds hoger komen te liggen.

De volumenormenten worden opgesteld om goede zorg voor de patiënten te waarborgen. Door de krachten te bundelen in een fusie, kunnen ziekenhuizen aan deze normen blijven voldoen. Hierdoor wordt een ziekenhuis weliswaar groter, maar complexe zorg kan in een regio aangeboden blijven, wat ook in het belang is van de patiënt.

Nieuwe medische technologie en ICT worden steeds belangrijker, maar zijn ook zeer kostbaar. Dat brengt investeringen met zich mee die door sommige ziekenhuizen niet altijd individueel gedragen kunnen worden. Uit recent onderzoek van KPMG blijkt dat het voor veel kleine ziekenhuizen lastig is om het hoofd boven water te houden. De marges waren voor topklinische en algemene ziekenhuizen dun. Dit is niet alleen zorgelijk voor de huidige situatie, maar vormt ook een risico voor de toekomstbestendigheid

en transformatiekracht van de Nederlandse zorg (KPMG, 2018). Ook de NVZ maakt zich zorgen over de beperkte financiële resultaten van de ziekenhuizen in 2017 (NVZ, 2018). Het investeringsniveau van de ziekenhuizen is in 2017 verder gedaald, waardoor de financiële ruimte om de zorg anders te gaan organiseren volgens de NVZ onder druk komt te staan.

Discussies over de optimale grootte van een ziekenhuis geven naar onze mening een te beperkt beeld van de ziekenhuissector (Van Hulst en Blank, 2017; Pomp en Heida, 2017). Gelet op alle ontwikkelingen, is het huidige optimale aantal ziekenhuisbedden morgen alweer achterhaald. Deze discussies gaan voorbij aan het complexe karakter van een ziekenhuis, aan de variëteit die tussen ziekenhuizen onderling bestaat, aan de toenemende betekenis van volumenormenten voor de medisch-specialistische zorg en patiënten en aan de noodzakelijke ontwikkelingen in het zorglandschap waar het echt over zou moeten gaan, te weten 'value-based health care' en 'de juiste zorg op de juiste plek'. Ons inziens dient alle denkkracht gericht te zijn op het toekomstbestendig maken van de zorg in Nederland, inclusief de ziekenhuiszorg.

ONDERZOEK ACM

De ACM publiceerde eind 2017 een onderzoek naar de prijs- en volume-effecten van ziekenhuisfusies (ACM, 2017). Zulke fusies zouden prijsstijgingen uitlokken, waarvan een beperkt aantal als significant kunnen worden aangemerkt. Op basis van dit onderzoek kondigde de ACM aan om "de aandacht voor concurrentierisico's bij ziekenhuisfusies te verscherpen". Wil dat zeggen dat de ACM ziekenhuisfusies anders of strenger gaat beoordelen?

Een prijsstijging zoals die onderzocht is, zegt voor de ziekenhuissector niet zo veel. De onderzochte prijzen betroffen de gedeclareerde contractprijzen en die hebben een beperkte betekenis in de ziekenhuiszorg. Dat vindt zijn oorsprong in de sterk veranderde wet- en regelgeving in de periode 2007–2014. De onderhandelingen waren in de periode 2007–2012 vooral gericht op het overeenkomen van een totaalbudget voor het ziekenhuis. Vanaf 2012 worden er vaak afspraken gemaakt over een aanneemsom of omzetplafond. Onderhandelingen over prijs en volume vinden pas daarna plaats. In een dergelijke setting heeft de hoogte van de te declareren contractprijzen en volumes niet zo veel betekenis. De geleverde en gedeclareerde zorg boven het budget of omzetplafond wordt immers niet vergoed, hetgeen de facto leidt tot veel lagere nettoprijzen, dat wil zeggen lager dan de onderzochte, gedeclareerde prijzen. Daarnaast zeggen de prijzen helaas weinig over de werkelijke ontwikkelingen in de sector en kunnen er niet de conclusies aan verbonden worden zoals de ACM dat lijkt te doen.

CONCLUSIE

De fusietoets is neergelegd in de Mededingingswet en geldt in gelijke mate voor alle sectoren van de economie. Ingevolge de fusietoets van de Mededingingswet kan er alleen een fusie worden tegengehouden als de mededingingsautoriteit kan aantonen dat er significante problemen voor de mededinging zullen ontstaan. Waar de ACM op basis van een beperkt onderzoek zegt dat verscherpte aandacht ertoe

kan leiden dat zij mogelijk vaker mededingingsproblemen constateert en hierdoor mogelijk eerder ziekenhuisfusies gaat verbieden, wordt ze vaag. Vindt de ACM dat ze eerder te weinig onderzoek heeft gedaan naar mededingingsproblemen bij ziekenhuisfusies? Of gaat de ACM anders toetsen omdat ze ziekenhuisfusies eerder *wil* gaan verbieden?

Een dergelijk statement past in onze ogen niet bij een onpartijdige en onafhankelijke toezichthouder die zich aan het toetsingskader van de Mededingingswet moet houden. Het toetsingskader van de Mededingingswet vraagt dat elke casus op zijn eigen merites wordt beoordeeld en dat de ACM casusspecifiek moet onderzoeken of een fusie daadwerkelijk zal leiden tot significante mededingingsproblemen. Niet omdat de ACM dat wil, maar omdat de ACM de feiten en omstandigheden voor die beslissing door middel van objectief en degelijk onderzoek heeft aangetoond.

LITERATUUR

- ACM (2017) *Prijs- en volume-effecten van ziekenhuisfusies 2007–2014*. ACM, 5 december.
- Broeke, G.G.J. ten, en A.A.H.M. Gommers (2018) Geen paniek, ziekenhuisfusies zijn niet altijd slecht voor de patiënt! *VGE Bulletin*, te verschijnen.
- Hulst, B. van, en J. Blank (2017) Nederlandse ziekenhuizen te groot voor verdere schaalverdelingen. *ESB*, 102(4749), 226–228.
- KPMG (2018) *Healthcheck: ontwikkelingen binnen de ziekenhuiszorg*. KPMG, augustus.
- NVZ (2018) *Brancherapport 2018: ziekenhuiszorg in cijfers 2018*. Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen. Te vinden op www.ziekenhuiszorgincijfers.nl.
- Pomp, M. en J.P. Heida (2017) Conclusie over optimale schaal voor Nederlandse ziekenhuizen niet worden getrokken. *ESB*, 102(4756), 603–604.
- Roos, A.F. (2018) *Fusies en concurrentie in de Nederlandse gezondheidszorg*. Proefschrift, Erasmus Universiteit Rotterdam.
- Schut, E., E. Loozen en M. Varkevisser (2014) Consumentenwelvaart en ziekenhuisfusies. *ESB*, 99(4682S), 56–62.
- Varkevisser, M. (2018) *Position paper t.b.v. rondetafelgesprek inzake zorgfusies d.d. 29/01/18*, 25 januari. Te vinden op www.tweedekamer.nl
- Varkevisser, M. en E. Schut (2010) Fusietoetsing in de zorg. *ESB*, 95(4576), 22–25.

In het kort

- ▶ Samenwerking op gebieden waar ziekenhuizen de volumenorment niet dreigen te halen is slechts op beperkte schaal mogelijk.
- ▶ Het zorglandschap moet veranderen en daar kunnen ziekenhuisfusies heel goed onderdeel van uitmaken.
- ▶ De ACM moet casusspecifiek onderzoeken of een fusie zal leiden tot significante mededingingsproblemen.

VAN ZANTEN

Roger Klaassen

