

Samenvatting



Deze dissertatie beoogt bij te dragen aan een beter begrip van de effecten van concurrentie en fusies in de Nederlandse gezondheidszorg. Onze analyse richt zich voornamelijk op de Nederlandse ziekenhuiszorg. De ziekenhuiszorg heeft een belangrijk aandeel in de algemene zorguitgaven. Ook werd in de sector na een lange periode van strikte regulering, concurrentie geïntroduceerd terwijl er op hetzelfde moment veelvuldig gefuseerd werd. Dat maakt dat deze sector een interessant beginpunt voor onderzoek naar concurrentie en fusies in de Nederlandse gezondheidszorg is.

In **Hoofdstuk 1** wordt het onderzoek naar de motieven en effecten van fusies en concurrentie in de gezondheidszorg ingeleid. Er wordt uiteengezet waarom gezondheidseconomen niet zomaar naar algemene economische theorieën kunnen refereren als zij op zoek zijn naar meer informatie over fusies en concurrentie in de zorg. Ook wordt een kort overzicht gegeven van het empirische onderzoek dat tot op heden uitgevoerd is. Daarnaast introduceren we de onderwerpen en onderzoeksvragen die in de rest van de dissertatie aan bod komen.

In **Hoofdstuk 2** wordt de geschiedenis van Nederlandse ziekenhuisfusies beschreven en op hoofdlijnen geanalyseerd. De Nederlandse ziekenhuissector heeft meerdere fusiegolven ondergaan. Deze fusiegolven vormen de belangrijkste reden voor de huidige hoge marktconcentratie. De weinige studies naar het effect van concentratie suggereren dat fusies zeker niet altijd positief uitpakken voor de samenleving of de betrokken organisaties. Met de introductie van meer marktwerking in de gezondheidszorg zijn de zorgen omtrent concentratie alleen maar toegenomen. Dat komt omdat marktwerking alleen maar kan leiden tot efficiëntere, betere en toegankelijker zorg als voldoende alternatieven beschikbaar zijn voor patiënten en verzekeraars. In een sterk geconcentreerde markt zoals de Nederlandse ziekenhuissector wordt er mogelijk aan deze noodzakelijke, maar overigens niet voldoende voorwaarde, niet voldaan. Overheidsbeleid heeft zich lange tijd voornamelijk gericht op de organisatie en financiering van de gezondheidszorg, maar er lijkt onvoldoende aandacht geweest te zijn voor de onderliggende en structurele veranderingen die tegelijkertijd als gevolg van de toenemende marktconcentratie plaats hebben gevonden.

In **Hoofdstuk 3** presenteren we onze studie naar het effect van de introductie van prijsconcurrentie in de Nederlandse ziekenhuiszorg. We hebben bekeken of de invloed van de

introductie van prijsconcurrentie op kwaliteit varieerde tussen regio's waar veel concurrentie mogelijk is en regio's waar weinig concurrentie mogelijk is. Eerder onderzoek naar de relatie concurrentie-kwaliteit heeft betrekking op 'acute opnamen', waarvoor de ruimte voor concurrentie beperkt is. Wij onderzochten daarentegen 'heropnamen bij niet-acute heupvervangingen', een electieve procedure waarvoor de ruimte voor – en dus het mogelijke effect van – concurrentie aanzienlijk groter is. Er was ten tijde van de introductie van prijsconcurrentie in Nederland zeer weinig kwaliteitsinformatie aanwezig. In dat geval bestaat het risico dat prijsconcurrentie ten koste gaat van de kwaliteit van zorg. De belangrijkste bevinding van onze studie is dat, ondanks de destijds zeer beperkt aanwezige kwaliteitsinformatie, de introductie van prijsconcurrentie in de daarop volgende jaren geen negatief effect heeft gehad op de kwaliteit van zorg.

In **Hoofdstuk 4** onderzoeken we de prijseffecten van een Nederlandse ziekenhuisfusie. De meeste studies vinden dat ziekenhuisfusies leiden tot substantieel hogere prijzen. In deze studies is echter gekeken naar het gefuseerde ziekenhuis als geheel, waarbij het prijseffect voor alle producten en voor alle verzekeraars tezamen berekend werd. Er is daardoor niet bekend of en waarom prijseffecten variëren tussen ziekenhuislocaties, producten en verzekeraars. Voor onze casestudie gebruikten we bestaande onderhandelingsmodellen om heterogene prijseffecten van fusies te modelleren. Daarnaast voerden we een verschillen-in-verschillen analyse uit waarbij we de prijsveranderingen in de fusieziekenhuizen vergeleken met de prijsveranderingen die in vergelijkbare niet-gefuseerde ziekenhuizen waren opgetreden. De belangrijkste bevinding is dat waar de onderzochte fusie effect had op prijzen zij leidde tot hogere prijzen en dat prijseffecten kunnen verschillen tussen locaties, producten en verzekeraars. We leggen uit waarom deze bevindingen belangrijk zijn voor prospectief fusietoezicht door mededingingsautoriteiten.

In **Hoofdstuk 5** staat de vraag centraal of het mogelijk is om de prijseffecten van een ziekenhuisfusie te voorspellen. Fusiesimulatiemodellen zijn veelbelovende alternatieven voor niet goed functionerende traditionele methoden, maar hun effectiviteit is zelden geëvalueerd. In dit hoofdstuk onderzoeken we dezelfde fusiecasus als in Hoofdstuk 4. We vergelijken de voorspelde prijseffecten die volgen uit de Option Demand methode – een specifiek voor de (Amerikaanse) zorgmarkt ontwikkeld fusiesimulatiemodel – met de werkelijke effecten die volgen uit de analyse van Hoofdstuk 4.

Dit om te onderzoeken of het fusiesimulatiemodel dusdanig goed genoeg voorspelt dat het door mededingingsautoriteiten gebruikt kan worden bij hun beoordeling van een voorgenomen ziekenhuisfusie. We concluderen dat de Option Demand methode een waardevolle toevoeging aan de gereedschapskist van een mededingingsautoriteit kan zijn, maar nog wel verbetering behoeft.

In **Hoofdstuk 6** onderzoeken we fusiemotieven van zorgaanbieders. Hoewel er veel fusies plaatsvinden in de Nederlandse gezondheidszorg, bestaat er een tekort aan kennis over de reden waarom zorgorganisaties fuseren en wat de invloed van gezondheidszorgbeleid op de motieven voor fusies is. Om de redenen voor fusies en hun relatie tot (veranderingen in) gezondheidszorgbeleid te achterhalen, maakten we gebruik van een survey die is verzonden aan het grootste deel van de Nederlandse zorgbestuurders. Vijfendertig procent van de 848 uitgenodigde zorgbestuurders vulde de enquête in. De meerderheid van de respondenten was betrokken bij een fusietraject tussen 2005 en 2012. Eén van de bevindingen van de studie was dat aanbieders voornamelijk fuseren om het zorgaanbod te verbeteren of om hun marktpositie te versterken. Verder vonden we dat fusiemotieven gerelateerd zijn aan veranderingen in gezondheidszorgbeleid, en voornamelijk aan de toenemende druk van concurrenten, verzekeraars en gemeenten.

In **Hoofdstuk 7** richten we ons op de vraag waarom eenmaal gestarte fusies, niet altijd afgerond worden. Hoewel het voortijdig afbreken van fusies in andere sectoren veelvuldig blijkt voor te komen en volgens de daarnaar uitgevoerde onderzoeken erg kostbaar kan zijn, is naar afgeketste fusietrajecten in de zorg nog nauwelijks onderzoek gedaan. Het doel van dit onderzoek was dan ook te achterhalen of het afketsen van fusies in de zorg vaak voorkomt en wat de redenen voor fusieafbreking kunnen zijn. We maakten hierbij gebruik van de eerder in Hoofdstuk 6 genoemde enquête. Achtendertig procent van onze respondenten rapporteerde dat de laatste fusiezaak waarbij zij betrokken waren, voortijdig was afgeketst. Veranderende inzichten met betrekking tot de wenselijkheid en haalbaarheid van het fusieproces als ook bestuurders met onverenigbare wensen en gebrekkige interne ondersteuning voor het fusieproces, waren de belangrijkste redenen voor het voortijdig afbreken van fusieprocessen. Deze resultaten komen gedeeltelijk overeen met resultaten uit eerdere onderzoeken.

In **Hoofdstuk 8** worden de belangrijkste resultaten van het proefschrift beschreven en bediscussieerd.