

STRENG TOEZICHT OP ZIEKENHUISFUSIES IS ÉN BLIJFT GEWENST!

Anne-Fleur Roos en Marco Varkevisser

Eerder dit jaar leidde de inmiddels voltrokken fusie tussen AMC en VUmc tot een hernieuwde discussie over nut en noodzaak van ziekenhuisfusies. Er vond in de Tweede Kamer zelfs een rondetafelgesprek over dit onderwerp plaats. Ziekenhuisbestuurders die betrokken zijn (geweest) bij fusies benadrukken telkens de (vermeende) voordelen van deze horizontale consolidatie.¹ Vanuit stelselperspectief kleven er aan fusies tussen ziekenhuizen echter ook belangrijke nadelen. Het behoud van voldoende keuzemogelijkheden is namelijk essentieel voor het functioneren van ons zorgstelsel dat immers is gebaseerd op het principe van gereguleerde concurrentie.

TWIJFELACHTIGE GOEDKEURINGEN IN HET VERLEDEN

De mededingingsautoriteit (nu ACM, voorheen NMa) heeft in het verleden verschillende ziekenhuisfusies op twijfelachtige gronden, en te gemakkelijk, goedgekeurd.²⁻⁴ De besluiten inzake de fusies in Blaricum/Hilversum (2005), Alkmaar/Den Helder (2007), Goes/Vlissingen (2009), Tilburg (2012) en Bergen op Zoom/Roosendaal (2013) zijn hiervan de meest in het oog springende voorbeelden. Hier zijn door de mededingingsautoriteit hoge gezamenlijke marktaandelen geaccepteerd in de veronderstelling dat zorgverzekeraars over voldoende disciplineringsmogelijkheden zouden beschikken. Zij zouden, zo werd gespeculeerd, in de nabije toekomst de concurrentie tussen de overgebleven ziekenhuizen kunnen aanwakkeren door patiënten ertoe te bewegen om verder te reizen. Inmiddels is duidelijk geworden dat de praktijk

helaas weerbarstiger is. Als gevolg van het grote aantal fusies is het gemiddelde regionale marktaandeel per ziekenhuis de afgelopen jaren gestegen tot bijna 60%.⁵ Per regionale ziekenhuismarkt zijn gemiddeld nog maar twee ziekenhuizen overgebleven. Er is voor zorgverzekeraars én patiënten dus vaak nog maar weinig te kiezen. En dat kan tot moeizame onderhandelingen van verzekeraars met ziekenhuizen leiden. Ook zijn er signalen dat machtsposities mogelijk worden misbruikt.⁶

WEINIG ONDERZOEK NAAR EFFECTEN

Naar de effecten van die ziekenhuisfusies op de prijs, kwaliteit en bereikbaarheid van zorg is vooralsnog weinig onderzoek gedaan. Maar het onderzoek dat er is, schetst een niet al te rooskleurig beeld. De meest recente onderzoeken naar het prijseffect van Nederlandse ziekenhuisfusies laten zien dat als een fusie een

STRENG TOEZICHT OP ZIEKENHUISFUSIES IS ÉN BLIJFT GEWENST!

effect op de prijzen heeft, dit meestal een prijsverhoging is.⁷ Bovendien blijkt, ook los van fusies, sprake te zijn van een positieve samenhang tussen marktconcentratie en ziekenhuisprijs. Deze bevindingen zijn in lijn met onderzoek naar de effecten van ziekenhuisfusies in de Verenigde Staten.⁸ Prijsverhogingen bij ziekenhuizen leiden op macroniveau tot hogere zorgkosten en dus tot hogere zorgpremies en/of eigen betalingen van patiënten. Er is op basis van het weinige beschikbare onderzoek bovendien geen reden om aan te nemen dat ziekenhuisfusies over het algemeen een positief effect hebben op de kwaliteit. Een recente Nederlandse studie heeft aangetoond dat de onderzochte fusies nauwelijks effect hadden op de kwaliteit van zorg.⁹ Verschillende Amerikaanse onderzoeken vonden hetzelfde.¹⁰ Studies naar het verband tussen marktconcentratie en kwaliteit laten daarentegen tot op heden vrij consistent zien dat een hogere concentratiegraad (en dus minder concurrentie) leidt tot

een lagere kwaliteit van zorg.^{11,12} Kortom, op basis van het beschikbare onderzoek moet sterk worden betwijfeld of ziekenhuisfusies over het algemeen positief uitpakken. Dit klemt des te meer omdat een eenmaal voltrokken ziekenhuisfusie wettelijk, en ook in de praktijk, niet meer terug te draaien valt. Of om de voormalige minister van VWS Edith Schippers te citeren toen zij in 2011 tijdens een debat in de Tweede Kamer werd gevraagd de fusie van de ziekenhuizen in Goes en Vlissingen bij gebrek aan resultaat weer ongedaan te maken: *"Ik kan de fusie niet terugdraaien. Dat heb je met eieren die je klutst. Die kun je niet meer terugpakken uit de pan. Dat is meestal een tamelijk dramatische exercitie."*

SCHERPER TOEZICHT

Hoewel rijkelijk laat is het dus zonder meer verstandig dat de ACM eind vorig jaar heeft aangegeven het prospectief toezicht op ziekenhuisfusies te gaan verscherpen.¹³ Gelukkig wordt de me-

dedingingsautoriteit in deze ambitie gesteund door het feit dat de eerste, en tot nu toe enige, keer dat een ziekenhuisfusie is verboden (Dordrecht/Gorinchem) ze van de Rechtbank Rotterdam in 2016 gelijk heeft gekregen.¹⁴ Zo heeft de rechter onomwonden vastgesteld het aannemelijk te vinden dat "patiënten die nu niet bewegen dat na de fusie ook niet zullen doen". Dit maakt dat de relevante geografische markt bij ziekenhuisfusies op basis van de huidige patiëntenstromen kan worden vastgesteld zodat deze veelal beperkt van omvang zal blijken te zijn. Ook heeft de rechter geconcludeerd dat de ACM, in weerwil van de eerdere goedkeuringsbesluiten, nu kan stellen dat verzekeraars ten opzichte van (gefuseerde) ziekenhuizen "niet over voldoende effectieve disciplineringsmogelijkheden beschikken". Bovengenoemde rechterlijke uitspraak laat zien dat de ACM bij de beoordeling van ziekenhuisfusies in beginsel over voldoende (juridische) slagkracht beschikt. Daarnaast kan de uitspraak ge-

interpreteerd worden als een flinke steun in de rug bij de uitvoer van haar ambities tot scherper toezicht.

HET WETTELIJK INSTRUMENTARIUM EN INDIRECTE PUBLIEKE BELANGEN

Hoewel soms wordt geopperd om aspecten zoals aandacht voor de menselijke maat of bestuurbaarheid ook een plek te geven in dat strengere fusietoezicht,¹⁵ spelen dergelijke aspecten momenteel geen rol bij de beoordeling van ziekenhuisfusies. Dit is niet voor niets. Dergelijke indirecte publieke belangen kunnen namelijk niet of nauwelijks objectief worden geoperationaliseerd en dus ook niet getoetst. Het is daarom onverstandig om dit soort criteria wettelijk te verankeren. Hiervoor gelden dezelfde kanttekeningen als die in 2012 inzake de beoogde fusie-effectrapportage door de Raad van State naar voren zijn gebracht. Dit advies- en rechtsorgaan concludeerde destijds onomwonden dat een voorafgaande be-

oordeling van het 'gevaar voor de goede zorgverlening' bij het ontbreken van zinvolle criteria moeilijk uitvoerbaar is.¹⁶ Bovendien werd eerder al geconcludeerd dat voor een verscherpt toezicht geen verandering in wetgeving is vereist. Mits strikt toegepast is het bestaande wettelijk instrumentarium – te weten de Mededingingswet – namelijk geschikt en toereikend voor effectief mededingingstoezicht op de Nederlandse gezondheidszorg.¹⁷

HOE NU VERDER?

Hoewel in veel gevallen het kalf wellicht al verdrongen is voordat de put gedempt kan worden, is én blijft het zonder meer belangrijk om iedere nieuwe ziekenhuisfusie streng te beoordelen. Bovendien is het belangrijk om nauwlettend in de gaten te houden of de ziekenhuizen die reeds zijn gefuseerd geen misbruik maken van hun sterke marktpositie. Indien dit wel het geval is, moet hier in het belang van ons allemaal streng tegen worden opgetreden. Vervolgstudies naar de effecten van fusies kunnen tevens

handvatten bieden voor de door ACM aangekondigde, en zonder meer gewenste, aanscherping van het toezicht op ziekenhuisfusies.

Anne-Fleur Roos is universitair docent en Marco Varkevisser bijzonder hoogleraar bij Erasmus School of Health Policy & Management (ESHPM), Erasmus University Rotterdam. Dit artikel is een uitgebreidere en geactualiseerde versie van een blog die eerder op de website van Zorgvisie is verschenen (23 februari 2018).

1. "Het ziekenhuis op iedere straathoek is een droom", NRC Handelsblad, 19 januari 2018; "Leve het grote ziekenhuis", NRC Handelsblad, 10 februari 2018; "Ik ben geschrokken van hoe de ACM naar fusies kijkt", Zorgvisie magazine, nr. 9, 31 augustus 2018.
2. Varkevisser & Schut (2008), NMa moet strenger zijn bij toetsen ziekenhuisfusies, ESB, 4532: 196-199
3. Loozen et al. (2014), Beoordeling ziekenhuisfusies door ACM: staat de consument wel echt centraal?, Markt & Mededinging, 1: 5–14
4. Schut et al. (2014), Consumentenwelvaart en ziekenhuisfusies, ESB, 4682S: 56–62; "Ziekenhuisfusies afgelopen jaren te makkelijk goedgekeurd", Het Financiële Dagblad, 14 juni 2018.
5. NZa (2017), Marktscan medisch-specialistische zorg 2016, Utrecht.
6. "Drie ziekenhuizen zijn opvallend duur", website Zorgvisie, 19 juni 2018.
7. ACM (2017), Prijs- en volume-effecten van ziekenhuisfusies: onderzoek naar effecten van ziekenhuisfusies 2007-2014, Den Haag en Roos e.a. (2017), Price effects of a hospital merger.
8. Gaynor, et al. (2015). The industrial organization of health-care markets, Journal of Economic Literature, 52(2): 235-284.
9. Significant (2016), Ziekenhuisfusies en kwaliteit van zorg: onderzoek naar de effecten van ziekenhuisfusies op de kwaliteit van zorg, Barneveld.
10. Gaynor et al. (2015).
11. Cooper et al. (2011), Does hospital competition save lives? Evidence from the English

12. NHS patient choice reforms, The Economic Journal, 121: F228-F260;
13. ACM (2017), Toelichting: verscherpte aandacht voor concurrentierisico's ziekenhuisfusies, Den Haag.
14. <https://uitspraken.rechtspraak.nl/inziendocument?id=ECLI:NL:RBROT:2016:7373>
15. <https://www.acm.nl/nl/publicaties/acm-ziet-meer-concurrentierisicos-bij-ziekenhuisfusies>
16. <https://www.raadvanstate.nl/adviezen/zoeken-in-adviezen/tekst-advies.html?id=10231>
17. Loozen (2015), Public healthcare interests require strict competition enforcement, Health Policy. 119(7): 882-888.