

Een halve eeuw ziekenhuisfusies in Nederland

De afgelopen vijftig jaar hebben veel ziekenhuisfusies plaatsgevonden. Naast actief overheidsbeleid lagen hieraan bij ziekenhuizen ook strategische overwegingen ten grondslag. Als gevolg van opeenvolgende fusiegolven zijn regionale ziekenhuismarkten in Nederland nu sterk geconcentreerd. Dit heeft belangrijke beleidsimplicaties.

ANNE-FLEUR ROOS

Universitair docent aan de Erasmus Universiteit Rotterdam (EUR)

ERIK SCHUT

Hoogleraar aan de EUR

MARCO VARKEVISER

Hoogleraar aan de EUR

Zeker sinds de recente fusie tussen AMC en VUmc staat de wenselijkheid van ziekenhuisfusies weer volop in de belangstelling. Dat is niet voor niets. Immers, ziekenhuizen worden geacht met elkaar te concurreren, maar dit is als gevolg van de voortschrijdende concentratie niet vanzelfsprekend. De ziekenhuizen die nu fuseren, doen dat in een reeds sterk geconcentreerde markt. Dat laatste is het resultaat van een aantal opeenvolgende fusiegolven gedurende de afgelopen decennia. Het heden kan daarom niet los gezien worden van het verleden. In dit artikel behandelen we in vogelvlucht, en vanuit economisch perspectief, een halve eeuw ziekenhuisfusies.

Opgeteld vonden tussen 1970 en 2017 in Nederland maar liefst 133 ziekenhuisfusies plaats (figuur 1). In dezelfde periode verlieten circa dertig ziekenhuizen de markt en vond er vrijwel geen toetreding plaats. Al met al is slechts een handjevol ziekenhuizen nooit betrokken geweest bij een fusie. Met 39 fusies in tien jaar tijd was de fusiegolf in de jaren tachtig in absolute aantallen het meest omvangrijk. Maar ten opzichte van het sterk afgenomen aantal ziekenhuizen is de relatieve impact van de huidige fusiegolf minstens even groot. Als gevolg van deze consolidatie is het gemiddelde regionale marktaandeel per ziekenhuis de afgelopen jaren gestegen tot bijna zestig procent (NZa, 2017). Per regionale ziekenhuismarkt zijn dus gemiddeld nog maar twee ziekenhuizen overgebleven, zodat serieuze vraagtekens geplaatst kunnen worden bij de ruimte voor onderlinge concurrentie.

We bespreken de relatie tussen het overheidsbeleid en deze fusies. Ook bediscussiëren we de implicaties van de ontwikkelingen voor het huidige zorgbeleid. Kortom, we doen wat de toenmalige minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS), Ab Klink, in 2009 suggereerde: “Ikzelf denk toch dat er in de jaren tachtig en negentig, toen veel fusieprocessen zich hebben afgetekend, nog wel een behoorlijke bron zou kunnen liggen van veel ellende die wij nu meemaken. Dat zouden wij misschien toch eens in een retrospectief grondig moeten verkennen.” (Tweede Kamer, 2009)

EERSTE FUSIEGOLF

Om de eerste fusiegolf te begrijpen moeten we terug naar de periode kort na de Tweede Wereldoorlog. In 1953 waren er 220 algemene ziekenhuizen, waarvan circa de helft bestond uit kleine instellingen met minder dan 125 bedden, die vaak te klein waren om de steeds meer gespecialiseerde zorg te kunnen leveren (Können, 1984). De nadruk lag toen op de wederopbouw van de economie en er waren weinig middelen voor de uitbreiding en vernieuwing van de vooroorlogse ziekenhuiscapaciteit (Juffermans, 1982). Het restrictieve bouwbeleid ging echter steeds meer knellen, omdat de infrastructuur sterk was verouderd en niet geschikt was voor het accommoderen van de nieuwe medisch technologische ontwikkelingen. In de jaren zestig werden daarom de wederopbouwetten grotendeels losgelaten, als gevolg van een sterk toenemende economische groei en de uitbreiding van de ziekenfondsverzekering. Dit leidde tot een enorme expansie van de ziekenhuissector via grootscheepse nieuwbouwactiviteiten door bestaande ziekenhuizen, wat vaak mogelijk gemaakt werd door gemeenten (Juffermans, 1982). Als gevolg van dit expansieve beleid namen de zorguitgaven sterk toe.

Toen begin jaren zeventig de economische groei stageneerde, werden de sterk stijgende zorguitgaven steeds problematischer. Vanaf dat moment streefde de overheid daarom naar het beperken van de uitgavengroei, waarbij

het beleid zich vooral richtte op het hervormen van het ziekenhuisfinancieringssysteem en het reduceren van overcapaciteit (Roos, 2018).

In 1971 werd voor het eerst concreet beleid geïntroduceerd om de overcapaciteit in de ziekenhuissector terug te dringen. In dat jaar werd namelijk de Wet ziekenhuisvoorzieningen (WZV) ingevoerd. Op grond van deze wet moesten ziekenhuizen eerst toestemming vragen voordat er gebouwd of geïnvesteerd kon worden. Vaak werden alleen plannen goedgekeurd die fusies, afstoting van bedrijfsonderdelen of samenwerking voorstelden. Vóór de introductie van de WZV kwamen in Nederland nauwelijks ziekenhuisfusies voor, terwijl tussen 1970 en 1978 24 fusies plaatsvonden (Roos, 2018). De meerderheid van deze fusies wordt toegeschreven aan de WZV (Können, 1984).

FUSIEBONUS

Onder meer door de WZV nam het aantal kleine ziekenhuizen af. Dit leidde echter niet tot de gehoopte structurele afname van de groei van de ziekenhuisuitgaven (Können, 1984). In 1981 werd daarom de Wet tarieven gezondheidszorg (WTG) ingevoerd met als doel om via regulering van de ziekenhuistarieven direct invloed te kunnen uitoefenen op de ziekenhuisuitgaven. In 1982 was de overheid bovendien voornemens een aantal ziekenhuizen aan te wijzen die moesten krimpen of zelfs sluiten (NZi, 1982). Dit plan stuitte echter op zo veel weerstand dat het uiteindelijk niet is uitgevoerd. Toch wordt algemeen aangenomen dat het voornemen invloed heeft gehad op het aantal fusies dat in de jaren daarna plaatsvond (Können, 1984; Van der Lugt en Huijsman, 1999). Tussen 1978 en 1983 vonden er dertien ziekenhuisfusies plaats (Roos, 2018). Bovendien werd in 1983 op grond van de WTG drastisch ingegrepen in de wijze van ziekenhuisbekostiging. In plaats van een tarief per verpleegdag kregen ziekenhuizen een vast budget op basis van hun historische kosten. In 1985 werd deze budgetsystematiek zodanig aangepast dat ziekenhuizen met een groter aantal bedden en een groter verzorgingsgebied een hoger bedrag per bed ontvingen dan kleinere ziekenhuizen. Aangezien ziekenhuizen hierdoor werden gestimuleerd om te fuseren, kwam dit onderdeel van de bekostigingssystematiek bekend te staan als de ‘fusiebonus’ (MinWVC, 1992). De prikkel werd verder versterkt door andere bekostigingsregels die ziekenhuizen met overcapaciteit aanspoorden om te fuseren (MinWVC, 1992). Tussen 1983 en 1986 vonden er nog eens elf ziekenhuisfusies plaats (Roos, 2018).

PLANNEN VOOR MEER MARKTWERKING

Door de regulering van het ziekenhuisaanbod via restrictieve bouwvergunningen, een jaarlijks bouwplafond en een regulering van de uitgaven via stringente budgettering, had de overheid een stevige greep op de ziekenhuissector gekregen. Gedurende het begin van de jaren tachtig begon de sterk toegenomen aanbod- en prijsregulering tot steeds meer kritiek te leiden. Vooral het gebrek aan prikkels voor doelmatigheid en innovatie werd hierbij genoemd. In 1986 werd daarom de commissie-Dekker ingesteld, die als taak kreeg om de overheid te adviseren over een alternatief zorgsysteem. De commissie ontwierp een systeem met meer marktwerking en minder aanbod- en prijsregulering. Hoe-

wel het plan enthousiast onthaald werd, bleek de invoering complex en op korte termijn onhaalbaar (Schut en Van de Ven, 2005). De aanbod- en prijsregulering bleef dus onverminderd van kracht. Ook de fusietrend zette onverminderd door – alleen al tussen 1986 en 1992 vonden er dertig ziekenhuisfusies plaats (Roos, 2018). Ondanks het grote aantal fusies nam de productiecapaciteit tussen 1979 en 1990 slechts met veertien procent af, veel minder dan de overheid voor ogen had (Maarse et al., 1992).

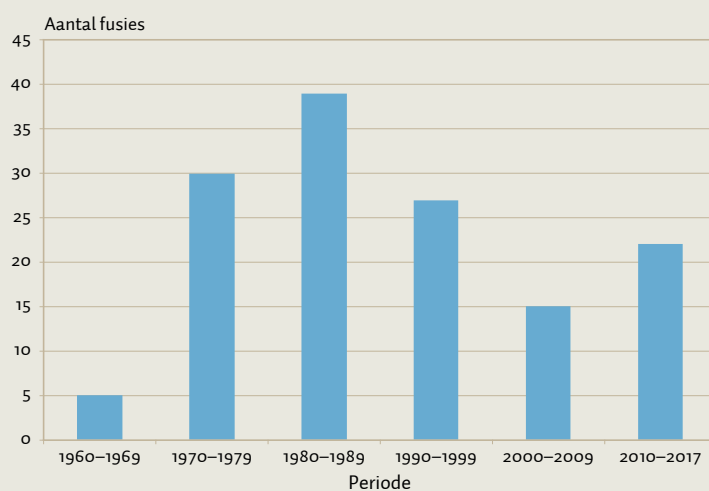
Hoewel het plan van de commissie-Dekker voor de invoering van ‘gereguleerde concurrentie’ niet als zodanig werd ingevoerd, deden opeenvolgende kabinetten wel moeite om de noodzakelijke voorwaarden hiervoor te realiseren. Geleidelijk drong bij beleidsmakers het besef door dat de van overheidswege gestimuleerde fusies op gespannen voet stonden met de beoogde marktwerking tussen ziekenhuizen (Schut, 1989). In 1992 uitte de toenmalige staatssecretaris van WVC, Hans Simons, voor de eerste keer zijn zorgen over deze ontwikkelingen. Hij concludeerde toen dat fusies niet langer actief gestimuleerd moesten worden door de overheid (MinWVC, 1992).

Maar fusies bleven aan de orde van de dag: tussen 1991 en 2001 vonden er wederom twintig plaats (Roos, 2018). Hoewel fusies van overheidswege niet langer actief werden gestimuleerd, bleven de bestaande financiële prikkels voor ziekenhuizen onverminderd aanwezig. Zo werd er in 1992 tevergeefs een poging gedaan om de ‘fusiebonus’ af te schaffen, maar deze bleef uiteindelijk nog tot 2003 voortbestaan. Daarnaast lijken juist de eerste voorzichtige stappen die destijds zijn gezet om ziekenhuizen aan te zetten tot onderlinge concurrentie, strategische fusies te hebben uitgelokt om de machtsposities te versterken (Den Hartog et al., 2013).

Het was bovendien belangrijk dat de overheid niet over het wettelijk instrumentarium beschikte dat nodig was om ongewenste fusies te verhinderen. Pas in 1998 werd de Mededingingswet (Mw) ingevoerd, die, anders dan de vroegere Wet economische mededinging (WEM), ook een prospectieve fusietoets bevatte. Echter, omdat de strin-

Aantal ziekenhuisfusies per decennium

FIGUUR 1



Bron: Roos (2018)

gente aanbod- en prijsregulering de facto geen ruimte bood voor concurrentie tussen ziekenhuizen, zag de Nederlandse Mededingingsautoriteit (NMa) tot 2004 geen reden om ziekenhuisfusies te toetsen.

TERUGKEER NAAR EEN OPEN-EINDE

In 2001 besloot de overheid het budgetteringssysteem op te schorten en ziekenhuizen net als voor 1983 te bekostigen op basis van de gerealiseerde productie. Dat was een gevolg van verschillende factoren die tegen het einde van de jaren negentig tot grote maatschappelijke druk leidden om het rantsoeneringsbeleid in de zorg los te laten: een bloeiende economie, groeiende wachtlijsten, de wens tot meer autonomie van aanbieders en verzekeraars, en het idee dat het zorgsysteem onvoldoende in staat was om aan de vraag te voldoen. Deze terugkeer naar de open-einde-financiering resulteerde in een sterke stijging van de zorguitgaven (Schut en Varkevisser, 2013). Dit zette de invoering van 'gereguleerde concurrentie' als alternatief voor het systeem

Het zal steeds belangrijker worden om op te treden tegen misbruik van marktmacht door gefuseerde ziekenhuizen

van aanbod- en prijsregulering opnieuw hoog op de politieke agenda. In 2001 resulteerde dit in de kabinetsnota *Vraag aan bod* (MinVWS, 2001). Het zorgstelsel dat hierin door het tweede 'parse kabinet' werd voorgesteld leek erg op het eerdere plan van de commissie-Dekker. Mede omdat inmiddels enkele belangrijke randvoorwaarden – zoals een risicovereveningssysteem voor verzekeraars – waren gerealiseerd, was de implementatie nu ook praktisch mogelijk.

Omdat het aantal fusies in deze periode niet verminderde, probeerde de overheid in 2001 en 2002 hierover afspraken te maken met de Nederlandse Vereniging voor Ziekenhuizen (MinVWS, 2002). De ziekenhuizen gingen tijdelijk akkoord met een moratorium, maar lieten deze toezegging snel weer los toen het College Bouw Ziekenhuisvoorzieningen (CBZ, 2002) concludeerde dat nieuwe fusies tussen ziekenhuizen de bereikbaarheid van de zorg niet in gevaar zouden brengen.

INVOERING GEREGULEERDE CONCURRENTIE

Vanaf 2004 is systematisch gewerkt aan de totstandkoming van een nieuw zorgstelsel met 'gereguleerde concurrentie', zowel tussen zorgverzekeraars als tussen zorgaanbieders, waaronder met name ziekenhuizen. In 2005 is een begin gemaakt met de geleidelijke invoering van prijsconcurrentie in de ziekenhuissector. Vooruitlopend hierop concludeerde de NMa in 2004 dat de ruimte voor concurrentie nu zodanig was toegenomen (of op korte termijn zou gaan toenemen) dat zij op basis van de Mededingingswet voort-

aan ook zou gaan toezien op ziekenhuisfusies. Omdat de toenemende ruimte voor concurrentie gepaard ging met een verdergaande concentratie in de ziekenhuismarkt, leek dat ook hard nodig. Tussen 2004 en 2017 vonden 28 ziekenhuisfusies plaats (Roos, 2018), waaraan in veel gevallen strategische overwegingen ten grondslag lagen (Postma en Roos, 2016). Het mededingingstoezicht was echter weinig effectief. Hoewel de goedkeuringsbesluiten van eerst de NMa en later de Autoriteit Consument & Markt (ACM) veelvuldig werden bekritiseerd (Schut et al., 2014; Varkevisser en Schut, 2017), werd pas in 2015 voor het eerst een ziekenhuisfusie geblokkeerd. De toon van de muziek lijkt sindsdien veranderd: mede op grond van onderzoek naar de effecten van ziekenhuisfusies heeft de ACM namelijk aangekondigd ziekenhuisfusies voortaan strenger te zullen gaan toetsen (ACM, 2017a). Of dit ook daadwerkelijk gebeurt, zal moeten blijken.

EFFECTEN VAN ZIEKENHUISFUSIES

Naar de effecten van ziekenhuisfusies op de prijs, kwaliteit en bereikbaarheid van zorg is voornamelijk 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 effect op de prijzen heeft, dit meestal een prijsverhoging is (ACM, 2017b; Roos et al., 2017). Bovendien blijkt er, ook los van fusies, sprake te zijn van een positieve samenhang tussen marktconcentratie en ziekenhuisprijzen. Deze bevindingen zijn in lijn met onderzoek naar de effecten van ziekenhuisfusies in de Verenigde Staten (Gaynor et al., 2015). 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 (Significant, 2016). Verschillende Amerikaanse onderzoeken vonden hetzelfde (Gaynor et al., 2015). Studies naar het verband tussen marktconcentratie en kwaliteit laten daarnaast vrij consistent zien dat een hogere concentratiegraad (en dus minder concurrentie) leidt tot een lagere kwaliteit van zorg (Cooper et al., 2011; Gaynor et al., 2013). Kortom, op basis van het beschikbare onderzoek moet sterk worden betwijfeld of ziekenhuisfusies over het algemeen positief uitpakken.

BELEIDSIMPLICATIES

Terugkijken op een halve eeuw ziekenhuisfusies levert twee belangrijke beleidsimplicaties op. Ten eerste is het cruciaal dat de overheid nadrukkelijker rekening houdt met het feit dat haar beleid invloed heeft op de marktstructuur en dat de structuur van ziekenhuismarkten vervolgens weer invloed heeft op de slagingskans van het gekozen ordeningsmodel. Thans vormt de door de overheid bevorderde concentratie van bepaalde hoog complexe zorg een belangrijke reden voor ziekenhuisfusies, met als argument dat het behandelen van een bepaald minimumaantal patiënten belangrijk is uit het oogpunt van kwaliteit. Vanuit ordeningsperspectief

is het echter de vraag of het wenselijk is om deze concentratie te laten plaatsvinden via ziekenhuisfusies of door concentratie van uitsluitend de betreffende vormen van hoog-complexe zorg in een beperkt aantal ziekenhuizen (en dus het afstoten van deze vormen van zorg door andere ziekenhuizen). Indien nut en noodzaak hiervan afdoende worden aangetoond, lijkt het faciliteren en toestaan van marktverdelingsafspraken ten aanzien van dergelijke hoog-complexe zorg verstandiger dan het toestaan van fusies.

Ten tweede is strikter fusietoezicht door de mededingingsautoriteit noodzakelijk. Retrospectieve fusieanalyses kunnen aanwijzen waar het huidige fusietoezicht nog tekortschiet. Zo blijkt uit een recente retrospectieve analyse bijvoorbeeld dat bij het fusietoezicht meer aandacht nodig is voor het definiëren van productmarkten, potentiële verschillen tussen ziekenhuislocaties en de onderhandelingen

tussen verzekeraars en aanbieders (Roos et al., 2017). Ook de verdere verbetering van fusiesimulatiemodellen kan hieraan een bijdrage leveren. Vanzelfsprekend dient de aandacht vooral uit te gaan naar regio's die al sterk geconcentreerd zijn geraakt. Als gevolg van het grote aantal ziekenhuisfusies is de concentratiegraad in de Nederlandse ziekenhuismarkt de afgelopen halve eeuw echter zo sterk toegenomen dat de vraag zich opdringt of een streng fusietoezicht nog veel zoden aan de dijk zal zetten, of dat het kalf in veel regio's inmiddels al verdrongen is. Naast beter prospectief fusietoezicht, zal het daarom in de toekomst steeds belangrijker worden om retrospectief scherper toezicht te houden op misbruik van marktmacht door reeds gefuseerde ziekenhuizen, en om – indien nodig – hiertegen op te treden.

LITERATUUR

ACM (2017a) *Toelichting: verscherpte aandacht voor concurrentierisico's ziekenhuisfusies*. Den Haag: Autoriteit Consument & Markt.

ACM (2017b) *Prijs- en volume-effecten van ziekenhuisfusies: onderzoek naar effecten van ziekenhuisfusies 2007–2014*. Den Haag: Autoriteit Consument & Markt.

CBZ (2002) *Spreading ziekenhuiszorg*. Utrecht: College Bouw Ziekenhuisvoorzieningen. Artikel te vinden op ecitydoc.com.

Cooper, Z., S. Gibbons, S. Jones en A. McGuire (2011) Does hospital competition save lives? Evidence from the English NHS patient choice reforms. *The Economic Journal*, 121(554), F228–F260.

Gaynor, M., K. Ho en R.J. Town (2015) The industrial organization of healthcare markets. *Journal of Economic Literature*, 53(2), 235–284.

Gaynor, M., R. Moreno-Serra en C. Propper (2013) Death by market power: reform, competition and patient outcomes in the National Health Service. *American Economic Journal: Economic Policy*, 5(4), 134–166.

Hartog, M. den, R. Janssen, B.J. Haselbekke et al. (2013) Factors associated with hospital closure and merger: a survival analysis of Dutch hospitals from 1978 to 2010. *Health Services Management Research*, 26(1), 1–8.

Juffermans, P. (1982) *Staat en gezondheidszorg in Nederland*. Nijmegen: Socialistische Uitgeverij Nijmegen.

Können, E.E. (1984) *Ziekenhuissamenwerking, fusie en regionalisatie: co-operation, merger and regionalization of hospitals*. Proefschrift. Erasmus Universiteit Rotterdam.

Lugt, P.G. van der, en R. Huijsman (1999) *Fusie management in de gezondheidszorg*. Utrecht: De Tijdstroom.

Maarse, J.A.M., A. van der Horst en E.J.E. Molin (1992) Budgettering in algemene ziekenhuizen: effecten op zorgverlening. *Medisch Contact*, 47(43), 1247–1251.

MinVWS (2001) *Vraag aan bod*. Kamerstuk 27855(2).

MinVWS (2002) *Positionering algemene ziekenhuizen: brief van de Minister aan de Tweede Kamer der Staten-Generaal*. Kamerstuk 27295(30).

MinWVC (1992) *Positionering ziekenhuiszorg: brief van de Minister aan de Tweede Kamer der Staten-Generaal, met als bijlage de Nota Fusie en bouw*. Kamerstuk 22847(1).

NZa (2017) *Marktscan medisch-specialistische zorg 2016*. Utrecht: Nederlandse Zorgautoriteit.

NZi (1982) *Centraal geleide ziekenhuissluiting: consequenties van een ministerieel voorname*. Utrecht: Nationaal ziekenhuisinstituut.

Postma, J.P. en A.F. Roos (2016) Why healthcare providers merge. *Health Economics, Policy & Law*, 11(2), 121–140.

Roos, A.F. (2018) *Mergers and competition in the Dutch healthcare sector*. Proefschrift. Erasmus University Rotterdam.

Roos, A.F., R.R. Croes, V. Shestalova et al. (2017) *Price effects of a hospital merger: heterogeneity across health insurers, hospital products and hospital locations*. Working paper, februari. ESHPM/Erasmus Universiteit Rotterdam.

Schut, F.T. (1989) *Mededingingsbeleid in de gezondheidszorg*. Reeks Beleid en Management Gezondheidszorg. Den Haag: Vuga De Tijdstroom.

Schut, F.T. en M. Varkevisser (2013) Tackling hospital waiting times: the impact of past and current policies in the Netherlands. *Health Policy*, 113(1–2), 127–133.

Schut, F.T. en W.P.M.M. van de Ven (2005) Rationing and competition in the Dutch health-care system. *Health Economics*, 14(5), S59–S74.

Schut, F.T., E.M.H. Loozen en M. Varkevisser (2014) Consumentenwelvaart en ziekenhuisfusies. *ESB*, 99(46825), 56–62.

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

Tweede Kamer (2009) *Positionering algemene ziekenhuizen: verslag van een algemeen overleg, 2 maart 2009*. Kamerstuk 27295(132).

Varkevisser, M. en F.T. Schut (2017) Hospital merger control in The Netherlands: was the barn closed in time or has the horse already bolted? *CPI Antitrust Chronicle*, 56–59.

In het kort

- ▶ Opgeteld vonden er tussen 1970 en 2017 maar liefst 133 ziekenhuisfusies plaats.
- ▶ Als een fusie een effect heeft op de prijzen, is dit meestal een prijsverhoging.
- ▶ De concentratie van hoog-complexe zorg is geen reden om nieuwe ziekenhuisfusies toe te staan.