

Position paper ten behoeve van het rondetafelgesprek fusietoets zorginstellingen

Tweede Kamer der Staten Generaal; Maandag 29 juni, 10u

Auteur: Wouter Bos wj.bos@vumc.nl

Voor onderstaande tekst heb ik geput uit mijn ervaringen als voorzitter van KPMG Healthcare in Nederland (2010-2013), als voorzitter van de raad van bestuur van het VU Medisch Centrum (2013- nu) en als bestuurslid van de NFU (2013- nu).

De volgende vragen staan centraal bi het rondetafelgesprek:

- In hoeverre dragen fusies bij aan de maatschappelijke belangen in de zorg: kwaliteit, betaalbaarheid, toegankelijkheid en zorginhoudelijk?
 - Wat zijn effecten en hoe kunnen wij de fusietoets inhoudelijk verbeteren, het publieke belang beter dienen?
1. Fusies zijn in Nederland ziekenhuisland geen recent fenomeen. De meeste ziekenhuizen zijn zelf al fusieproducten. Wel valt er van tijd tot tijd een 'opleving' te constateren waarbij het aantal intensieve samenwerkingsverbanden in korte tijd lijkt toe te nemen. Van zo'n opleving lijkt de laatste paar jaar sprake. Zie ook de KPMG rapporten "Wie doet het met wie in de zorg?" terzake.
 2. Redenen voor deze recente golf van samenwerking en fusie zijn bijna altijd terug te voeren op acute of dreigende financiële nood van instellingen of in het gedrang komende kwaliteit omdat zogeheten volumennormen niet gehaald dreigen te worden. In het specifieke geval van umc's komen daar ook afwegingen m.b.t. met name de sterk internationaliserende onderzoeksmarkt bij.
 3. Redenen waarom financiële problemen juist de laatste jaren prominenter aan de orde komen, zijn bijvoorbeeld:
 - a. Risico's zijn voor zorgaanbieders sinds de invoering van de zorgverzekeringswet toegenomen (NB bouw!)
 - b. Verzekeraars dreigen selectiever in te kopen of kopen selectiever in
 - c. Banken zijn na de financiële crisis kritischer op hun leningenportefeuille en dientengevolge ook op hun 'exposure' in de zorgsector
 - d. Kwaliteits- en beschikbaarheidseisen gaan steeds verder omhoog en maken het steeds duurder om bepaalde voorzieningen (met name op 7/24-basis) in de lucht te houden
 - e. Nieuwe aanbieders ontwikkelen aantrekkelijke proposities
 - f. Regionaal kunnen specifieke ontwikkelingen aan de orde zijn (bijvoorbeeld krimp)
 4. Volumennormen worden internationaal steeds vaker gebruikt om een minimaal kwaliteitsniveau af te dwingen. Deze ontwikkeling begon bij electieve laag volume / hoog complexe chirurgie maar vindt nu plaats op meer terreinen, zoals bijvoorbeeld ook bij acute zorg. Verzekeraars nemen deze normen over in hun inkoopbeleid of ontwikkelen eigen normen. Het is niet onlogisch om te verwachten dat op enigerlei moment de normstelling zich niet slechts richt op het vaststellen van minimumnormen maar ook op het vaststellen van (hogere) optimumnormen.

5. Er zijn hiernaast nog tenminste twee redenen waarom er vaak gekozen wordt voor fuseren in plaats van “alleen maar” samenwerken. Een eerste reden is gelegen in het mededingingsrecht. Bij samenwerking moeten partijen steeds weer hun samenwerking aan het mededingingsrecht toetsen; in de praktijk is dat ondoenlijk. Bij een fusie vindt er één algemene toets plaats. Een tweede reden heeft te maken met het feit dat samenwerking pas echt leidt tot baten voor patiënt en samenleving als de desbetreffende instellingen bereid zijn hun profiel en portfolio aan te passen door bijvoorbeeld bepaalde zaken niet meer dubbel te doen maar nog slechts op één plek. In een samenwerkingsverband zal dit al snel gezien worden als winst voor de één en verlies voor de ander en dus niet tot stand komen. In een fusie is sprake van geconsolideerde winst en verliesrekeningen en is de winst van de één dus ook de winst van de ander.
6. Betekent dit nu dat fusies altijd bijdragen aan de genoemde maatschappelijke belangen in de zorg, te weten kwaliteit, betaalbaarheid, toegankelijkheid en zorginhoudelijk? Nee, dat valt zo in zijn algemeenheid niet te zeggen vanwege de volgende redenen:
 - a. Het feit dat er potentieel bestaat voor hogere kwaliteit en lagere kosten bij fusie/samenwerking betekent nog niet automatisch dat dit in de praktijk ook wordt waargemaakt
 - b. Er zijn ook diseconomies of scale: schaalvergroting kan voorbij een zeker punt ook tot nieuwe inefficiëncies leiden
 - c. Het verband tussen volume en kwaliteit is niet in elke medische discipline even sterk
 - d. De uitgangspositie van de fuserende instellingen (afstand tot elkaar, portfolio, kwaliteit en financiën voor de fusie, aanwezigheid van alternatieven in de regio) maakt nogal uit.
7. Tenslotte nog een aantal specifieke observaties, mede betrekking hebbend op “mijn eigen” situatie bij VUmc
 - a. Het ziekenhuis bestaat niet. Het maakt nogal uit of het gaat om een perifere ziekenhuis, een topklinisch ziekenhuis of een universitair medisch centrum. In het laatste geval gaat het niet alleen om patiëntenzorg maar ook om onderzoek, onderwijs en opleiding. Zo loopt in de wereld van umc's al langer de discussie of Nederland met 8 umc's te veel umc's heeft en worden samenwerkingsbewegingen zoals die zich thans voordoen, tussen VUmc en AMC en tussen EMC en LUMC, van overheidswege positief gewaardeerd; mede omdat het hier maar in beperkte mate gaat om te bereiken baten voor de zorg maar minstens zozeer vanwege de belangen voor onderzoek en wetenschap.
 - b. Naarmate een instelling een portfolio heeft met een hogere complexiteit aan medische interventies of met een steviger graad van specialisatie, zijn patiënten bereid verder en langer te reizen en is bereikbaarheid daarmee van een andere orde dan in de gangbare opvatting van aanrijtijden van maximaal 45 minuten bij acute zorgverlening.
 - c. Fusies van twee kleinere ziekenhuizen kunnen daarom grotere gevolgen hebben voor patiënten dan fusies van twee grote instellingen. Het hangt bijvoorbeeld zeer af van de hoeveelheid en de aard van de zorg die in het geding is (zie punten a en b hierboven).
8. Autoriteiten zijn geneigd bij een fusietoets gedetailleerde uitvraag te doen naar hoe de samenwerking er precies op elke vorm van zorg de komende jaren uit gaat zien. Die vraag is vantevoren niet te beantwoorden. Fusieprocessen zijn vaak incrementeel van aard, al is het maar om tijdens het proces rekening te kunnen houden met veranderingen in omgeving en omstandigheden. Veel beter dan een eenmalige toets op schijnzekerheden is dan ook een toets waarbij vastgesteld wordt of of belangrijke belanghebbenden (stakeholders) op een zorgvuldige manier bij het langjarige proces worden betrokken.