

**Position papers rondetafelgesprek Fusietoets zorginstellingen maandag 29 juni 2015,
10.00-13.30 uur**

**Blok 1 10.00-11.30 uur: Aanbieders en patiënten/cliënten en personeel gezamenlijk
Aanbieders**

1. Dhr. W. Bos, VUmc
2. Dhr. J. Maljers, zelfstandig behandelcentrum
3. Dhr. P. de Doelder, huisarts/bestuurslid huisartsenkring Zeeland
4. Dhr. M. Rutgers, ZorgSaam Zeeuws-Vlaanderen

Patiënten/cliënten en personeel

5. Dhr. W. Croes, LOC
6. Dhr. H. Dekker, Netwerk Cliëntenraden Zorg
7. Mw. W. Wind, NPCF
8. Dhr. F. Raemaekers, V&VN
9. Dhr. J. de Wildt, De Eerstelijns

**Blok 2 12.00-13.30 uur: Toezicht(houders) en experts gezamenlijk
Toezicht(houders)**

1. Dhr. M. Mikkers, NZa
2. Dhr. C. Fonteijn, ACM
3. Mw. J. de Vries, IGZ
4. Dhr. E. Dannenberg, NVTZ
5. Dhr. N. Hoogers, ZN
6. Mw. H. Dwarshuis-van de Beek, CFTO

Experts

7. Dhr. M. Varkevisser, Erasmus Universiteit
8. Mw. E. Loozen, Erasmus Universiteit
9. Dhr. M. Visser, RBB Economics
10. Dhr. M. Canoy, Econoom (*geen position paper ingestuurd*)

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 perifeer 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.

Position paper Jaap Maljers (bestuurslid ZKN, Bergman Clinics, ondernemer in de zorg)

Dit document is gebaseerd op een opiniestuk dat op 23 april in de NRC is gepubliceerd. Het is inhoudelijk hetzelfde op onderdelen wat aangepast voor het huidige doel.

De angst voor ziekenhuis fusies zoals de NRC van vrijdag 17 april kopt is onterecht. Niet kostenstijging is het probleem maar gebrek aan innovatie. Het denken over het zorglandschap is gebaseerd op achterhaalde principes.

De afkeer van de NZa en de ACM tegen ziekenhuisfusies legt een groot probleem bloot in de Nederlandse gezondheidszorg. Het pleidooi is dat ziekenhuisfusies onwenselijk zijn omdat deze prijsopdrijvend werken, keuzevrijheid inperken en notabene er zou geen enkel bewijs zijn dan dat een groter volume ook betere kwaliteit oplevert. Behoudens het laatste snijden deze argumenten zeker hout, echter het antwoord moet niet zijn om ziekenhuisfusies te blokkeren. Het grote probleem is dat het hele beleidsdenken over de zorgsector nog geënt is op de klassieke instituties: het 'ziekenhuis', de 'huisarts', de 'medisch specialist'. Deze organisatievormen stammen van ver uit de vorige eeuw. Ziekenhuizen zijn anno nu nog altijd 'alles voor iedereen' die zich niet of nauwelijks van elkaar onderscheiden en zorg in de volle breedte bieden. Allemaal een Spoed Eisende Hulp, allemaal oncologie, allemaal hart en vaat zorg, allemaal chronische zorg. De instellingen zijn de laatste eeuw nauwelijks veranderd, de kennis over diagnostiek en behandeling weldegelijk. Net als overal in onze maatschappij neemt in de zorg de toename in kennis explosief toe. Het aantal wetenschappelijke publicaties per jaar wereldwijd ligt nu ongeveer 15x hoger dan begin jaren 80 en het tempo verdubbelt elke 8-9 jaar. We weten steeds meer en we weten dat steeds gedifferentieerder. Borstkanker was vroeger één enkele ziekte, tegenwoordig onderscheiden we acht subtypes met grote consequenties voor behandeling en prognose. Cardiologie voor vrouwen blijkt echt heel anders te zijn dan cardiologie voor mannen. Steeds meer en steeds sneller weten we wat de impact is van leeftijd, leefstijl, geslacht, genetica en wat nog meer. We verwachten dat in al die ziekenhuizen wondermensen zitten die dit alles 'in de volle breedte' kunnen bijhouden. Ondenikbaar! Het is dan ook de hoogste tijd dat we een visie ontwikkelen op hoe het zorglandschap er uit moet zien om al deze kennis wel te kunnen verwerken. Mijn pleidooi is dat we het zorgaanbod radicaal hervormen. Niet de 'instituties' centraal zetten maar de 'waarde voor de patiënt'. Voor de behandeling van een kind met kanker zijn mensen echt wel bereid te reizen naar een centrale locatie voor de beste zorg (zelfs Europees). Dat is anders voor een liesbreuk of de behandeling van suikerziekte. De nieuwe technologie maakt hele andere organisatievormen mogelijk. Voor veel advies en begeleiding hoef je niet meer 'fysiek' naar een dokter of ziekenhuis. Je kan prima thuis via je pc, tablet of smartphone je eigen ziekte volgen en communiceren met zorgverleners en lotgenoten. Niet voor alle zorg maar wel voor veel. Een prachtig voorbeeld is het veel gelauwerde Parkinson-net dat patiënten met deze ziekte ondersteunt en direct toegang geeft tot de best denkbare kennis. Dit is een nieuwe (virtuele) organisatievorm die de oude vervangt en veel waarde biedt voor de patiënt. Het netwerk geeft de patiënt en zijn behandelaar toegang tot gespecialiseerde kennis (in dit geval uit het Academisch Radboud) zonder dat hij zich fysiek hoeft te melden. Het effect is dat een veel groter deel van de behandeling (zeg maar vrijwel alles) buiten het klassieke ziekenhuis kan plaatsvinden. De patiënt krijgt ultieme 'zorg dichtbij' en toch toegang tot de hoogst denkbare kennis. Het zal duidelijk zijn dat dit soort

ontwikkelingen radicaal andere organisatievormen vragen. Voor de Parkinsonpatiënt ligt er geen waarde in een lokaal ziekenhuis waar hij gemiddeld behandeld wordt. De waarde ligt in de toegang tot de beste kennis.

In Hamburg, Duitsland is de Martini Klinik gevestigd. Op één enkele locatie doen ze daar ruim 2000 prostaatcancer operaties per jaar. Dat is ongeveer even veel als in heel Nederland maar dan in ruim 60 ziekenhuizen. De resultaten? Gemiddeld in Duitsland is 43% van de patiënten na een jaar nog incontinent en 76% lijdt aan impotentie. Voor de Martini Klinik zijn die getallen respectievelijk 7% en 35%. Onwaarschijnlijk grote verschillen met een enorme impact op de levenskwaliteit. Hoe hebben ze dit bereikt in Hamburg? Heel simpel door focus en specialisatie. Omdat je veel ziet krijg je steeds beter oog voor detail, omdat je een team van mensen hebt die met niets anders bezig zijn kun je veranderingen veel sneller en gericht doorvoeren. Je kan je opleiding toespitsen en je registratiesystemen.

Er is geen enkele aanleiding om aan te nemen dat we in Nederland niet een zelfde verbeterpotentieel hebben als in Hamburg. Ook is het zeker dat dit soort 'quantum leap' verbeteringen ook op andere gebieden te bereiken zijn van liesbreuk tot dikkedarmkanker van suikerziekte tot hartfalen. Het lef dat wij als maatschappij moeten tonen is dat we de klassieke zorg-organisaties loslaten. Zorgverzekeraars moeten een visie ontwikkelen op hoe voor elke vorm van zorgvraag de best denkbare 'waarde' ontstaat. Ze moeten bereid zijn om nieuwe en innovatieve aanbieders te laten ontstaan die (zoals Parkinson-net) in niets lijken op het gebouw dat we ziekenhuis noemen. Er moet een veel gedifferentieerder zorglandschap ontstaan met aanbieders die zich voortdurend vernieuwen en op zoek zijn naar de mogelijkheid om hun patiënten op de best denkbare manier te behandelen. Soms zijn dat gespecialiseerde klinieken, soms zijn dat virtuele netwerken maar ook zorgaanbieders waar wij ons nu geen voorstelling van kunnen maken. Waar ik de NZa, de ACM, het Ministerie, de politiek, de zorgverzekeraars maar ook de klassieke ziekenhuizen en dokters toe uitdaag is om uit maatschappelijk belang ruimte te bieden voor deze nieuwe en innovatieve spelers. Stop met al die verkrampte discussies over fusies en mega ziekenhuizen. Verspilde energie! Of deze nu wel of niet worden toegestaan, klein of groot. Innovatie leidend tot de best denkbare zorg voor de patiënt is waar wij allen behoefte aan hebben. Deze komt uit een heel andere hoek. Door het toelaten van nieuwe organisatievormen, door anders op te leiden, anders samen te werken en door nieuwe technologie. Daar moet de echte discussie over gaan!

Jaap Maljers

email: j.maljers@bergmanclinics.com

mob tel 0654248428

Position paper inzake fusies van zorgorganisaties in het bijzonder van ziekenhuizen

Onderstaande notitie is geschreven vanuit mijn ervaring als huisarts in een dunbevolkt gebied.

- **In hoeverre dragen fusies bij aan de maatschappelijke belangen in de zorg: kwaliteit, betaalbaarheid, toegankelijkheid en zorginhoudelijk?**

De zorgmarkt is flink in beweging de laatste 20 jaar, al dan niet onder invloed van tal van maatregelen die zijn getroffen. Opvallend daarbij is de drift van organisaties om 'groter' te worden met als doel om de kostprijs van hun producten zo laag mogelijk te houden door efficiënte 'massaproductie'.

Daarnaast wil men kennelijk het dienstenpakket op peil houden, zo mogelijk uit te breiden.

Men zoekt fusiepartners. Vervolgens wordt uit efficiëntie-overwegingen binnen de muren van de nieuwe ziekenhuisorganisatie gekozen voor concentratie van functies, hetgeen vrijwel altijd betekent dat grote groepen van de bevolking in de regio verder af komen te wonen van het zorgaanbod.

Een veelgehoorde overweging om te concentreren is het vergroten van de kwaliteit van zorg, vaak gebruikt door de 2^e lijn. Dat klopt slechts weinig voorkomende en complexe zorg. Voor de meeste zorg die thans in de tweede lijn wordt geleverd is dat geen steekhoudend argument.

Uitgangspunt moet juist zijn dat zoveel mogelijk zorg zo dicht mogelijk in de buurt van patiënten wordt geleverd. Concentratie is daaraan tegengesteld.

Is concentratie erg?

Niet altijd, omdat het kan zijn dat daardoor een belangrijke voorziening (b.v. de mogelijkheid voor bestralingen, een wat meer complexe ingreep) juist behouden kan blijven in de betreffende regio. Door verdergaande medische ontwikkeling worden de eisen aan kwaliteit en kwantiteit van bepaalde behandelingen steeds hoger. Meestal schroeft men de norm op, men (de zorgverzekeraar) eist meer kwaliteit, (waarbij het uitgangspunt is dat hoe vaker een verrichting wordt gedaan, hoe beter de resultaten), de beroepsgroep acteert en al gauw blijkt dan dat men opschaling nodig acht.

Te voorzien valt dat deze ontwikkeling zich bij vrijwel alle specialismen zal voordoen en voortzetten, met als gevolg dat sommige voorzieningen steeds verder van de patiënt af komen te liggen.

Overigens blijken veel mensen bereid te zijn om voor goede zorg verder te reizen. Logisch bij opschaling is dat de zorg voor meest voorkomende ziekten en afwijkingen zo dicht mogelijk bij huis geleverd wordt; hoe verder de opschaling hoe complexer de zorg. Opschaling volgt epidemiologie.

Veiligheid!

De keerzijde is wel dat mensen zich steeds minder veilig voelen, met name wanneer de spoedeisende hulp afdeling wordt geconcentreerd ("verbetering kwaliteit") Zeker in dunbevolkte regio's betekent dat voor veel mensen dat de afstand met de SEH soms tientallen kilometers toeneemt. Dat geeft een onveilig gevoel, immers iedere minuut kan tellen. Overigens hoor ik ook dergelijke geluiden vanuit de randstad.

In veel gevallen organiseert men (een deel van) de poliklinische hulp op kortere afstand, bijvoorbeeld omdat men ruimte gebrek heeft op de locatie waar wordt geconcentreerd, of uit angst de ad-herentie te verliezen. Echter de meer complexe diagnostische onderzoeken blijken dan ook in veel gevallen te worden geconcentreerd, met grotere reisafstanden, en frequente verplaatsingen voor patiënten tot gevolg.

Dragen fusies bij aan kwaliteit ?

Medisch technisch gezien en voor sommige complexe zorg waarschijnlijk wel. Daarbij moet naar mijn inzien wel worden opgemerkt dat mensen/potentiële patiënten het begrip "kwaliteit" op veel meer aspecten beoordelen (bejegening, korte wachttijden etc.)

Dragen fusies bij aan betere betaalbaarheid?

Uit wat ik heb gezien meen ik te moeten concluderen van NIET

Dragen fusies bij aan betere toegankelijkheid?

Neen, meer kilometers voor de meeste mensen, wachttijden vrijwel ongewijzigd.

Dragen fusies bij aan de verbetering van zorginhoud?

Zie hierboven, helaas moet ik constateren dat de ziekenhuizen alle zeilen moeten bijzetten om de huidige niveau te continueren, dan wel te voldoen aan de nieuwe norm. De zorg ketens tussen 0^{de}-1^e en 2^e lijn worden langer hetgeen de samenwerking en overdracht in het algemeen ook geen goed doet.

- **Wat zijn effecten en hoe kunnen wij de fusietoets inhoudelijk verbeteren, het publieke belang beter dienen?**

Samenwerking en inspraak

Fusietrajecten zijn vaak meerjarig en hebben veel impact op de lokale samenleving. Het maatschappelijk belang is groot, het gaat de om een belangrijke publieke zaak. Des te meer verbazend is het dat de actieve inbreng in de plannen door (potentiële) patiënten, EN overleg met eerstelijns organisaties vaak volkomen ontbreekt.

Een fusie proces speelt zich vaak af binnen de muren van ziekenhuisorganisatie, dat is gezien de complexiteit niet verbazingwekkend maar verkleint het draagvlak in de gemeenschap. Anders gezegd: Bij dit soort processen voelen veel mensen zich vaak niet gehoord terwijl ze wel degelijk goede argumenten hebben. Dat laatste heeft dan vaak een sterk negatieve invloed op de beoordeling van de lokaal geboden gezondheidszorg.

De zo gewenste samenwerking tussen eerste en tweede lijn komt eveneens door de grotere afstanden moeizamer tot stand. Terwijl algemeen erkend wordt dat er in de toekomst in de zorg juist veel meer samengewerkt zal moeten worden verlopen contacten tussen huisartsen en specialisten vrijwel alleen per telefoon, hetgeen de samenwerking niet bevordert. Grootschaligheid vergroot het aantal hulpverleners dat zich rondom de patiënt beweegt hetgeen de samenwerking en overdracht bemoeilijkt. Samenwerkingstrajecten berusten immers vaak op onderling vertrouwen en bekendheid met elkaars werkwijze.

Bij de beoordeling van fusies is het van groot belang dat mede beoordeeld wordt op welke manier organisaties waarmee een ziekenhuisorganisatie moet samenwerken betrokken zijn bij de plannen.

Dat geldt evenzeer voor de lokale bevolking.

En dan niet tijdens de laatste fase, maar gedurende het gehele traject dat plaatsvindt.

Veel voorkomende zorg (chronisch zieken, meer ouderen) moeten we zoveel mogelijk in de buurt van patiënten regelen; de huidige trend van organiseren rondom gefuseerde ziekenhuizen en concentratie van zorg staat daar bijna diametraal tegenover. Concentreren alleen als het werkelijk winst oplevert.

Gezien de toekomst van de zorg waarin ziekenhuisverblijf steeds korter wordt en ketenzorg met allerlei zorgverleners buiten het ziekenhuis de norm wordt, ook met de V en V sector, dringt de vraag zich op of de huidige organisatie en ordening nog wel geëigend zijn.

Peter de Doelder, huisarts te Middelburg

pdoelder@me.com

tel. 0651573545

Position Paper

Aan	Vaste Kamercommissie VWS
Van	Raad van Bestuur ZorgSaam Zeeuws Vlaanderen, Dr. M.J. Rutgers, voorzitter
Auteurs	Dr. M.J. Rutgers, S.G. Wisse MSc. CMC, P.C.T. Elbertsen MBA-H,
Onderwerp	Fusietoets Zorginstellingen t.b.v. rondetafelgesprek 29 juni 2015
Datum	25 juni 2015

In dit paper (waarin we ons voornamelijk richten op ziekenhuissituatie) gaan we in op de vragen:

- 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?

We schetsen eerst wat achtergronden van de verschillende begrippen:

- Bij toegankelijkheid hebben we het in dit verband vooral over openingsdagdelen en de reisafstand voor de patiënt. De 'norm' voor reistijd mag verschillend zijn bij voor-/nazorg en de behandeling zelf en voor 'eenvoudige' en meer complexe zorg. Poliklinische voorzieningen kunnen meer gespreid worden dan klinische.
Hiernaast gaat het ook over toegangstijden en dienen de locaties uiteraard bereikbaar te zijn, bij voorkeur met het openbaar vervoer en ook met een rolstoel;
- Betaalbaarheid is vooral gekoppeld aan het voorzieningenniveau. Hierdoor is er samenhang tussen toegankelijkheid en betaalbaarheid. Poliklinische zorg is goedkoper dan klinische zorg;
- Kwaliteit is gekoppeld aan diverse eisen. Volume, ervaring, kwalificaties van medewerkers en het geheel van voorzieningen. Kwaliteit dient meetbaar en merkbaar te zijn;
- Zorginhoudelijk is er een toenemende differentiatie/(sub)specialisatie. Dit vraagt in minder dichtbevolkte gebieden vanuit het toegankelijkheidsprincipe om de mogelijkheid van samenwerkende teams, die op verschillende locaties hun specialisme verrichten. Dus niet zes gespecialiseerde specialisten verdeeld over drie locaties, maar bijvoorbeeld drie gespecialiseerde specialisten die tussen drie of vier locaties reizen en gezamenlijk de diensten invullen.

Of een fusie bijdraagt aan deze maatschappelijke belangen wordt voornamelijk bepaald door de factoren kwaliteit en zorginhoud. Deze bepalen de minimale omvang van een ziekenhuis. Anders gezegd er is een bepaald aantal patiënten nodig voor een specialist en het type behandeling, maar ook voor de secundair benodigde specialismen. Daarbij moet ook rekening worden gehouden met de continuïteit van zorg (7*24 uur), de toegankelijkheid voor de patiënt en de betaalbaarheid van de voorzieningen.

Bij voldoende zorgvraag kan een ziekenhuis of specialisme daarbinnen 'stand alone' functioneren. Bij onvoldoende zorgvraag is samenwerking tussen verschillende partijen noodzakelijk om de voorziening te blijven exploiteren. Immers, als er te weinig mensen zijn met een zorgvraag bij één ziekenhuis, dan is 'stand alone' al gauw geen optie meer. Bij kostbare voorzieningen waarvan er maar één in de regio hebt komt hiermee de reisafstand in het geding. Het grootste maatschappelijke belang is dan continuïteit van zorg in relatie tot toegankelijkheid.

Het maatschappelijke belang vraagt op veel terreinen samenwerking, geen concurrentie. Fusie is een vormvraag en geen inhoudsvraag, geen kwaliteitsvraag, geen toegankelijkheidsvraag, geen

betaalbaarheidsvraag. Fusie levert wel een meerwaarde op in bestuurbaarheid. In een samenwerkingsconstructie tussen partijen is die een stuk complexer dan intern na een fusie.

Kortweg, hoe verder buiten de randstad, hoe dunbevolkter het gebied, hoe kwetsbaarder de continuïteit, kwaliteit en beschikbaarheid van zorg terwijl zorgaanbieders soms al (bijna) monopolist zijn in het directe verzorgingsgebied. Belangrijker dan een ruime mogelijkheid tot fusie is dus ruimte voor samenwerking in de minder dichtbevolkte delen van Nederland. Ter illustratie twee voorbeelden:

- De platte volumecriteria maken samenwerking van ziekenhuizen met een kleinere adherentie noodzakelijk (bij onvoldoende inwoners om volume te behalen) om te voorkomen dat zorg uit de regio verdwijnt. Een reizend operatieteam met op de verschillende locaties goede faciliteiten is een goede vorm van samenwerken, echter niet voldoende om te voldoen aan de volumenormen. Een alternatief om zorgclusters uit te ruilen raakt mededinging.
- De zorg voor thuiszorgpatiënten op het platteland. Het is onbetaalbaar om drie verpleegkundigen (van verschillende zorgaanbieders) hier bereikbaarheidsdienst te laten draaien. Dit vraagt samenwerking.

Een fusietoets dient vooral het maatschappelijk doel als ze bijdraagt aan continuïteit van zorg in de regio. Vanuit Zeeland denken we dan eerst aan de plattelandscontext. Met het rapport Beers over de Zeeuwse zorg in ons achterhoofd stellen wij dat een hogere intensiteit van samenwerking in de Zeeuwse regio essentieel is voor de continuïteit van zorg. Laat dan vooral samenwerking, eventueel fusie, mogelijk blijven. Samenwerking die het maatschappelijk belang dient door verbetering van continuïteit en beschikbaarheid van zorg moet mogelijk en zelfs aantrekkelijk gemaakt worden voor zorgaanbieders. Een fusie-/samenwerkingstoets moet een proportioneel instrument zijn om het maatschappelijk belang transparant te maken. Dit betekent een regelarme uitvoerbaarheid met als belangrijkste meetpunten de continuïteit en toegankelijkheid van zorg, gevolgd door kwaliteit en zorginhoud.

Moet de zorgspecifieke fusietoets afgeschaft worden? Dat is niet de kern van ons betoog. Als een fusietoets wordt ingezet moet deze hout snijden in de verschillende regionale contexten en daarbij geen blok aan het been, maar een instrument met het doel het maatschappelijk belang in samenwerkingsverbanden zichtbaar te maken.

Kortom: De maatschappelijke meerwaarde van fusies moet niet primair worden beoordeeld vanuit de keuzevrijheid in zorgaanbieder en/of marktwerking, maar primair in continuïteit, toegankelijkheid, bereikbaarheid en betaalbaarheid van lokale basiszorg. In het verlengde hiervan moeten samenwerking en fusie niet zozeer aan mededinging worden getoetst maar vooral ook aan de bijdrage aan continuïteit en (betaalbare) beschikbaarheid van zorg van goede kwaliteit en inhoud in de regio.

ⁱ Dit positionpaper is het standpunt van de Raad van Bestuur.



LOC Zeggenschap in zorg Position paper fusietoets zorginstellingen

ZEGGENSCHAP
I N Z O R G

Vorm volgt inhoud.

Voor LOC staan de beide vragen die ter tafel liggen in het teken van de maatschappelijke ontwikkeling. De decentralisering die nu plaatsvindt en ook de zeggenschap van de burger zijn hierin van evident belang.

Vaak gaat fuseren nog over geld, countervailing power en kritische massa vergroten. De werkelijkheid van alledag is dat deze criteria niet blijken te voldoen. In dat opzicht is LOC van mening dat fusies in het recente verleden meer een doel op zich zijn geworden dan een middel zijn geweest om de kwaliteit te verbeteren. Het fenomeen pigeon holing is hierin van toepassing. Dit wil zoveel zeggen dat we de oplossing (fuseren) kiezen die we kennen en daarin vergeten te verkennen of er ook andere oplossingen zijn om het doel (optimaliseren van de zorg) te bereiken.

Om goed zicht te krijgen op het te bereiken doel, waarin in ieder geval kwaliteit en klantwaarde centraal dienen te staan, is het van belang dat er goed zicht ontstaat op wat de zogenaamde belanghouders er van vinden. LOC is nog niet overtuigd of dit een wettelijke fusietoets moet zijn.

Bij fusietoets dreigt het accent weer te komen te liggen op het toetsen achteraf. Ook is het een wettelijk middel dat het gevaar in zich draagt dat we weer meer over de regels en de systemen gaan praten dan over de werkelijke bedoeling. Uiteraard nemen posities, taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden van de verschillende gremia als ook raden van toezicht hierin een belangrijke plek in en is het ook van belang dat er geen rolvermenging plaatsvindt. Echter, de tijdvolgelijkheid in het proces acht LOC van evident belang.

De huidige maatschappij ontwikkelt zich dusdanig dat organiseren belangrijker wordt dan een organisatie zelf. Ketenvorming, decomposities, lokale aansluiting, menselijke maat zijn kernbegrippen geworden. Vormen als corporaties waarbij ook cliënten/patiënten actief mee participeren zijn inmiddels vaker vertoonde configuraties geworden.

Bij een fusietoets dreigt iets passiefs te ontstaan. Cliënten en ook vertegenwoordigers als cliëntenraden vormen zich langzaam maar zeker om tot actievere en deskundige gremia die een actieve rol kunnen spelen bij het gesprek over welk doel wordt gediend en welke configuratie of 'schaal' hiervoor het meest dienstbaar zou zijn. LOC heeft zich in de afgelopen periode omgevormd tot een organisatie die cliëntenraden ook op dit terrein actief wil ondersteunen. Strategische vraagstukken binnen organisaties dienen integraal vanuit het gezichtspunt van de verschillende belanghouders te worden gezien. Dat zijn nieuwe rollen en vraagt van cliëntenraden zich niet meer alleen toetsend en passief gedragen maar binnen het proces het geluid laten horen dat het belang van de cliënt/bewoner of patiënt dient.

LOC ook van mening dat in het formele proces de daarvoor aangewezen gremia als b.v. ZIN en IGZ hun rol moeten innemen. Schaal en fusie zijn immers aspecten van kwaliteit. Kortom LOC is voorstander voor een procesvorm waarbij op het juiste moment door de juiste belanghouder invloed kan worden uitgeoefend op het proces. Dit op basis van inhoudelijke argumenten die niet zozeer starten bij een gesprek over de vorm maar over de kwaliteit en de klantwaarde. Uiteindelijk zal naar onze overtuiging dan ook gemakkelijker een keuze voor de vorm kunnen worden gemaakt.

Utrecht, 24 juni 2015

Position paper NCZ over Fusietoets zorginstellingen

Openbaar rondetafelgesprek door vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport 29 juni 2015 (10.00-11.30)

26 juni 2015

Inleiding

Op 1 januari 2014 is de zorgspecifieke fusietoets¹ ingevoerd. Dit houdt in dat een zorgaanbieder verplicht is om bij de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) het voornemen van een concentratie (fusie, overname) te melden. Deze toets dient om te borgen dat de zorgaanbieders de fusieplannen zorgvuldig, en in dialoog met stakeholders, voorbereiden. Het moet inzage geven over de verwachte effecten (financieel, bereikbaarheid en kwaliteit) van de beoogde concentratie en de betrokkenheid hierbij van cliënten, personeel en andere stakeholders. Deze toets is procedureel.

Daarnaast toetst de Autoriteit Consument en Markt (ACM) in veel gevallen² vervolgens of de concentratie op (een deel van) de Nederlandse markt de mededinging op significante wijze zou belemmeren door het verkrijgen van een economische machtspositie.

In de brief van Minister Schippers van 6 februari j.l. wordt aangekondigd dat de sectorspecifieke markttoezicht van de NZa over zal gaan naar de ACM (Minister en Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2015).

Los van de vraag bij welke toezichthouder de fusietoets wordt ondergebracht, heeft de vaste kamer commissie van VWS de vraag gesteld op welke wijze "*de positie van de patiënt/ cliënt (het publieke belang) nadrukkelijk (er) een plek krijgen*" in deze fusietoets? Anders gezegd op welke wijze wordt bepaald "*of het publieke belang bij elke (voorgestelde) fusie het best gediend is*"?

Dit position paper beschrijft hoe dit volgens het Netwerk Cliëntenraden in de Zorg (NCZ) gerealiseerd kan worden.

Ontwikkelingen

In 2014 is er een toename geweest in de fusies en overnames (schaalvergroting) in de gezondheidszorg (63 in 2014 vs. 41 in 2013). Deze wordt met name veroorzaakt door beleidsmaatregelen en bezuinigingen in de GGZ, VVT en de ziekenhuissector. Vanwege maatregelen in 2015 (decentralisatie, invoering Wet langdurige zorg (Wlz) en bezuinigingen) is de verwachting dat de "*verhoogde dealactiviteit in de kern van de zorg zal aanhouder*" (Boer&Croon, 2015).

Volgens de website van de NZa zijn in 2015³ inmiddels 45 fusie- en concentratiebesluiten genomen. Dit betekent dat vele honderdduizenden medewerkers en patiënten/ cliënten worden geconfronteerd met de gevolgen van deze fusies en overnames. Deze schaalvergroting in de zorg is regelmatig onderwerp van discussie. In 2008 schreef de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg: "*Er zijn geen harde aanwijzingen gevonden dat*

¹ Indien dit tenminste één zorgaanbieder betreft die met minimaal 50 personen de zorg verleent.

² Alleen meldingsplicht boven bepaalde omzetrempels

³ Stand per 26 juni 2015

grootschaligheid in de zorg ten koste gaat van kwaliteit, betaalbaarheid en bereikbaarheid' (Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, 2008). Echter in 2013 gaf de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg aan dat *"Zorginstellingen verkeren in turbulent vaarwater, ... een strijd om het voortbestaan ... Het risico is groot dat de aandacht voor kwaliteit en veiligheid in het gedrang komt"* (Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, 2013) en recent heeft de NZa gewezen op het risico van prijsstijgingen (Nederlandse Zorgautoriteit, 2015).

Interessant in dit kader is een recente proefschrift 'Schaal in de zorg' waarin onder andere wordt ingegaan op motieven voor fusies tussen zorgaanbieders op basis van antwoorden van zorgbestuurders. Zorginhoudelijke redenen en het verbeteren van de markt-/onderhandelingspositie waren de belangrijkste fusiemotieven (Postma, 2015). De vraag die wellicht prangerder is hoe ervaren patiënten/ cliënten (publieke belang) deze schaalvergrotingen?

Overigens wijst NCZ er wel op dat naast fusies of overnames, ook andere belangrijke wijzigingen plaatsvinden die van invloed zijn op het publieke belang zoals het opheffen van locaties, stopzetten van activiteiten of opsplitsen van instellingen. Veelal zijn deze wijzigingen 'groter' dan menig voorgenomen fusie of overname. Ook hierbij zijn goed functionerende cliëntenraden van groot belang.

Positie van cliënten/ patiënten

Op welke formele wijze wordt de mening van cliënten/ patiënten nu meegenomen bij (voorgenomen) fusies en overnames? De Wet medezeggenschap cliënten zorginstellingen (WMCZ) stelt dat de cliëntenraad⁴ in de gelegenheid moet zijn advies uit te brengen, inzake *"het overdragen van de zeggenschap of fusie of het aangaan of verbreken van een duurzame samenwerking met een andere instelling"*. En *"De zorgaanbieder neemt geen door de cliëntenraad uitgebracht advies afwijkend besluit dan nadat daarover ... ten minste eenmaal met de cliëntenraad overleg is gepleegd"*. Dit proces van betrokkenheid wordt beschreven in de huidige zorgspecifieke fusietoets van de NZa, echter het wordt niet inhoudelijk beoordeeld.

De ACM stelt dat de zorgaanbieders moeten documenteren hoe verzekeraars en patiëntenorganisaties (cliëntenraad) tegenover de samenwerkingsplannen staan en raadt patiënten-verenigingen aan voor-en nadelen voor patiënten af te wegen. In een besluit worden de opvattingen van de patiëntenorganisaties opgenomen. Uiteindelijk moet de ACM bepalen of die concentratie de daadwerkelijke mededinging op de Nederlandse markt of een deel daarvan op significante wijze zou kunnen belemmeren.

In de praktijk blijkt dat veelal de cliëntenraad wordt betrokken bij een voorgenomen fusie of overname. De aard en wijze varieert echter sterk. Dit heeft zowel te maken met de wijze waarop de zorgaanbieder daar mee omgaat maar ook hoe de cliëntenraad zich opstelt en functioneert. Dit wordt overigens vaak mede bepaald door praktische problemen/ onduidelijkheden omtrent de financiering van de cliëntenraden, het

⁴ Hierbij wordt gemakshalve ervan uitgegaan dat elke zorgaanbieder inderdaad een cliëntenraad heeft zoals is voorzien in de WMCZ. In de praktijk blijkt dat sommige zelfstandig behandelcentra of thuiszorgorganisaties dit niet het geval is en dat de IZG de zorginstellingen daar niet of beperkt op aanspreekt.

raadplegen van eigen externe deskundigen, de kosten van rechtsgedingen, de scholing en vorming van de leden van de cliëntenraad, informatievoorziening, enquêterecht e.d. Zoals uit het voorgaande blijkt, ligt het inbrengen van de visie van patiënten/ cliënten bij een belangrijk onderwerp zoals bij een fusie of overname voornamelijk bij de cliëntenraad (daarnaast zijn er voorbeelden waarbij patiënten of cliënten direct of via een klankbordgroep ook in de gelegenheid zijn hun visie te geven. Het is aan de zorginstelling om dat te bepalen). Natuurlijk zullen de zorgaanbieders en andere stakeholders (zorgverzekeraars, gemeenten, ACM) zich ook verdiepen in de mogelijke consequenties voor patiënten/ cliënten maar dit is en blijft dan één van de vele onderwerpen die worden meegenomen in hun eigen, vaak bestuurlijke, afweging.

Aanbevelingen

In de brief van de minister en staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 22 januari j.l. wordt terecht aangegeven dat "*optimaliseren van checks and balances langs de weg van medezeggenschap*" noodzakelijk is. NCZ heeft dat recent onderstreept in de brief aan de minister van 19 april 2015 (Netwerk Cliëntenraden in de Zorg (NCZ), 2015). In deze brief heeft NCZ ook aangedrongen op verzaamd adviesrecht of instemmingsrecht van patiënten- of cliëntenraden bij onder andere fusies.

Hoewel sporadisch dit noodzakelijk blijkt moet de cliëntenraad mogelijkheden hebben om geschillen tussen de cliëntenraad en de zorgaanbieder bij de Landelijke Commissie van Vertrouwenslieden, de kantonrechter én de Ondernemingskamer voor te leggen. Dit is des te meer van belang wanneer er sprake is van ingewikkelde situaties zoals bij een fusie of overname. Overigens is dit in analogie met medezeggenschap van ondernemingsraden.

NCZ pleit er ook voor dat de Raad van Toezicht nog nadrukkelijker wordt gewezen op zijn expliciete verantwoordelijkheid voor 'good governance' (onafhankelijk inzicht te krijgen van de standpunten van de stakeholders, dus ook van patiënten/ cliënten, patiëntenverenigingen en cliëntenraden). Dit geldt uiteraard en juist bij (voorgenomen) fusies. Wellicht kan dit worden meegenomen bij de herziening van de Zorgbrede Governancecode 2010.

De Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) houdt o.a. toezicht op de veiligheid en de kwaliteit van zorg. Daarnaast heeft de inspectie aandacht voor 'goed bestuur in de zorg'⁵. NCZ pleit ervoor dat ook de IGZ een rol krijgt in de beoordeling van een fusie door bijvoorbeeld raden van bestuur en raden van toezicht aan te spreken op hun verantwoordelijkheid voor kwaliteit en veiligheid, juist in tijden van grote organisatorische veranderingen, maar ook op het naleven van het adviesrecht van cliënten en personeel bij fusies.

Ook vraagt NCZ zich af in hoeverre, in bepaalde gevallen, de leden- of verzekerdenraad van zorgverzekeraars zich ook expliciet moet uitspreken over het standpunt dat de verzekeraar namens de verzekerden inneemt richting de toezichthouder (b.v. ACM) over een voorgenomen fusie. Dit kan dan wellicht ook gelden bij WMO-raden van de gemeenten, indien de betreffende gemeente een belangrijke zorginkopersrol vervult.

⁵ Overigens wat is de definitie van 'goed bestuur'?

Conclusie

NCZ is van mening dat de Zorgspecifieke fusietoets een inhoudelijke toets moet worden waarbij wordt toegezien op de publieke belangen, al dan niet (gebundeld) ondergebracht bij één toezichthouder. Dit dient echter te worden ondersteund door een verbetering van de positie van cliëntenraden, waaronder verzaamd adviesrecht of instemmingsrecht bij fusies. De Raad van Toezicht moet nadrukkelijker zich inzetten voor de belangen van alle stakeholders. Ook krijgt IGZ een rol in de beoordeling van een fusie in het kader van 'goed bestuur in de zorg'. In bepaalde gevallen zouden ook leden- of verzekerdenraden van verzekeraars of WMO-raden van gemeenten zich moeten kunnen uitspreken over het standpunt van hun zorginkoper.

Tenslotte

Fusies of overnames in de zorg, oftewel 'schaal'vergroting, hebben vaak een grote impact voor de vele betrokkenen, direct of indirect. Volgens het eerder gemelde proefschrift bestaat een definitie van 'schaal' uit drie dimensies: schaal als structuur, schaal als ruimte voor sociale processen en schaal als symbool. In de huidige manier van besluitvorming bij fusies in de zorg, lijkt het erop dat met name 'schaal als structuur' wordt meegenomen, terwijl de overige dimensies vaak onderbelicht blijven. *"Dit vereist sensitiviteit van alle betrokkenen voor de schaal die nodig is in een bepaalde situatie en voor de consequenties van structurele, sociale en symbolische veranderingen op en rondom een schaal"*. Dit sluit aan bij de bevindingen uit 'een lastig gesprek' (Commissie Behoorlijk Bestuur, 2013): ***"De burger is eigenaar van de semipublieke sector en de bestuurders van de instellingen ontlenen hun gezag aan hun dienstbaarheid aan het publieke belang"***.

Geraadpleegde bronnen

- Boer&Croon. (2015). *Fusies en overnames in de gezondheidszorg, onderzoek 2015*. Amsterdam.
- Brancheorganisaties Zorg (BoZ). (2009). *Zorgbrede Governancecode 2010*.
- Commissie Behoorlijk Bestuur. (2013). *Een lastig gesprek*.
- Minister en Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2013, september 19). *Governance in de zorgsector*. Den Haag.
- Minister en Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2015, februari 6). *Kwaliteit loont*. Den Haag.
- Nederlandse Zorgautoriteit. (2015, april). Position paper 'Werking van het zorgstelsel'. Utrecht.
- Netwerk Cliëntenraden in de Zorg (NCZ). (sd). *Checklist fusie*.
- Netwerk Cliëntenraden in de Zorg (NCZ). (2015, april 19). *20150408 NCZ*. Westervoort.
- Postma, J. (2015). *Scaling Care: An analysis of the structural, social and symbolic dimensions of scale in healthcare*. Rotterdam: Erasmus University Rotterdam.
- Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. (2014). *De stem van verzekerden*. Den Haag.
- Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. (2013). *Garanties voor kwaliteit van zorg*. Den Haag.
- Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. (2008). *Schaal en zorg*. Den Haag.

Over NCZ

Het Netwerk Cliëntenraden in de Zorg (NCZ) streeft naar emancipatie van cliëntenraden zodat zij een positieve bijdrage kunnen leveren aan de kwaliteit van de zorg voor cliënten. NCZ is een laagdrempelige en professionele netwerkorganisatie, waar cliëntenraden hun kennis verdiepen en verbreden en waar uitwisseling met andere cliëntenraden plaatsvindt. NCZ ondersteunt cliëntenraden met raad en daad en neemt initiatief om de informatie over en de kwaliteit en service van de zorg aan cliënten in het algemeen te verbeteren door overleg en advisering. NCZ is een kennis- en leernetwerk voor cliëntenraden van ziekenhuizen, expertisecentra, huisartsenmaatschappen, verpleeg- en verzorgingshuizen, zorghotels en thuiszorgorganisaties (www.ncz.nl). Er zijn op dit moment circa 200 cliëntenraden lid van NCZ.

I-7

Aan : Leden van de Vaste Commissie van de Tweede Kamer voor VWS
Van : Patiëntenfederatie NPCF
Onderwerp : hoorzitting fusietoets
Datum : 25 juni 2015
Kopie :
Kenmerk: : 2015-072

Patiëntenfederatie NPCF is bezorgd over het hoge tempo waarin ziekenhuisfusies worden goedgekeurd, zonder dat duidelijk is wat het voordeel is voor patiënten. Aan de fusietoetsing is inmiddels een zorgspecifieke fusietoets toegevoegd. Maar de fusiegolf lijkt niet te stoppen.

Fusiegolf

Van de 162 ziekenhuisorganisaties in 1985 zijn er eind van dit jaar nog 89 over. Die fusies zijn niet altijd in het belang van de patiënt. Voor een verstandig besluit over fusies wil Patiëntenfederatie NPCF dat er vooraf goed wordt getoetst. Een toets die verder gaat dan bereikbaarheid van een ziekenhuis en de vraag en of de procedures goed zijn gevolgd. Wordt de zorg voor patiënten er echt beter van? Op dit moment is de omgeving van een fusieziekenhuis (inwoners, andere aanbieders) wel van die ziekenhuizen afhankelijk, maar ze heeft geen invloed op de besluitvorming. De gevolgen blijven niet beperkt tot het regionale, maar werken ook door in het landelijke zorglandschap. En als fusies kostenverhogend blijken, dan merken alle premiebetalers dat ook.

Samenwerken

Kwaliteitsverbeteringen en behoud van bepaalde functies voor patiënten in een regio worden veelal aangevoerd als argument voor een fusie. Dat kan als het hoogcomplex en dure zorg betreft. Een patiënt heeft niets aan een zorgverlener die weinig ervaring heeft met een complexe behandeling. Maar te vaak fuseren ziekenhuizen om overeind te blijven, terwijl onduidelijk is wat dit met de kwaliteit doet.

Wij zien meer in samenwerking, meer samenhang in de regio. De patiënt moet inzicht hebben in kwaliteit en mogelijkheden van de verschillende zorgaanbieders. Het schakelen tussen zorgaanbieders daar moet de patiënt geen hinder van ondervinden. Maatschappen moeten meer samenwerken, en ziekenhuizen moeten meer samen doen met

huisartsen, instellingen en voor de patiënt relevante zorgaanbieders.

Samenwerken is niet fuseren. In een goede samenwerking houd je elkaar scherp. Fuseren is onomkeerbaar. Een zorgverzekeraar kan dan niet meer om een contract met een moloch heen want er zijn geen alternatieven. Dat betekent minder keuzevrijheid voor de patiënt en hogere kosten.

Fusietoets

De fusietoets toetst op voldoende concurrentie, en kijkt naar gevolgen van de voorgestelde fusie op kwaliteit en bereikbaarheid van zorg. Maar de toets is nu vooral procedureel. Er wordt geluisterd naar patiënten, maar nog weinig gehandeld naar wat ze zeggen.

Fusies in de zorg hebben niet alleen impact op patiënten, maar op het zorgaanbod voor alle inwoners van een verzorgingsgebied en soms ook daarbuiten. Patiëntenorganisaties en de lokale samenleving moeten daarom meedenken over de meerwaarde van een fusie.

Wat willen wij?

De NZa beoordeelt niet of de fusie nuttig is en gaat niet inhoudelijk in op inbreng van patiënten, personeel of andere betrokkenen. Dus als vanuit de samenleving een argument voor de fusie in twijfel wordt getrokken, dan is dat geen aanleiding voor nader onderzoek.

Dat moet anders. De fusietoets moet ook nagaan of de argumenten kloppen. Daarbij gaat het om onderbouwing van:

- Structurele door de fusie te behalen kwaliteitswinst;
- Veranderingen in bereikbaarheid voor mensen;
- Aantoonbare innovatiemogelijkheden ten behoeve van betere patiëntenzorg;
- Prijseffecten op korte en langere termijn in relatie tot de ontstane marktmacht na fusie;
- Aantoonbare keuzemogelijkheden voor patiënten gedifferentieerd naar doelgroepen en zorgdiensten binnen de regio;
- De te verwachten gevolgen voor het zorglandschap in de regio en daarbuiten.

Daarnaast vinden wij het belangrijk dat toezicht niet stopt na de fusie. Kijk na 2, 5 en 7 jaar of de verwachte effecten zijn behaald. Zijn de compenserende maatregelen voldoende doorgevoerd? Maak de uitkomsten hiervan openbaar.

Tot slot

De fusietoets in zijn huidige vorm schiet tekort. Er zijn maatregelen nodig die samenwerking bevorderen en die fusies tegengaan als die in strijd zijn met het patiënten- en consumentenbelang.

POSITION PAPER**HOORZITTING FUSIETOETS ZORGINSTELLINGEN
TWEDE KAMER
29 JUNI 2015****STEL VAR VERPLICHT**

V&VN, de beroepsvereniging voor verpleegkundigen en verzorgenden, is uitgenodigd om deel te nemen aan de hoorzitting over de Fusietoets Zorginstellingen. V&VN, met ruim 62 duizend leden de grootste beroepsvereniging van Nederland, zorgt er voor dat verpleegkundigen, verzorgenden en verpleegkundig specialisten hun beroep op het hoogste kwaliteitsniveau, met passie en trots professioneel kunnen uitoefenen. In dit *position paper* licht V&VN de rol van beroepsinhoudelijke medezeggenschap binnen zorginstellingen bij fusies nader toe. Ook wordt ingegaan op de huidige praktijk.

Een onderdeel van *good governance* binnen zorginstellingen is de informatieverstrekking aan en raadpleging van belanghebbenden of hun vertegenwoordiging. Wettelijke spelregels zijn opgesteld voor cliëntenraden voor het cliëntenperspectief en voor ondernemingsraden voor het arbeidsrechtelijke beleid binnen zorginstellingen.

Het beroepsinhoudelijk beleid bepaalt de kwaliteit en de patiëntveiligheid binnen zorginstellingen. Op onderdeel is de vertegenwoordiging nog niet wettelijk geregeld. Het gaat hierbij over de wijze waarop wet- en regelgeving, wetenschappelijke inzichten, richtlijnen en standaarden worden geïmplementeerd in de praktijk, zodat deze aansluit bij wat er op de werkvloer gebeurt. Zo kunnen zorgprofessionals de zorgverlening op het hoogste kwaliteitsniveau uitoefenen.

Een vorm van beroepsinhoudelijke medezeggenschap die op dit moment bij zorginstellingen veel voorkomt is de VAR, de Verpleegkundige en/of Verzorgende Adviesraad. Een VAR beïnvloedt het zorgbeleid binnen zorginstellingen door gevraagd en ongevraagd advies uit te brengen over beroepsinhoudelijke zaken aan de directie of de Raad van Bestuur om de kwaliteit van de zorg te waarborgen en te verbeteren. Door deze adviserende rol heeft de VAR een stem in het korte- en langetermijnbeleid van de organisatie. Daarnaast stimuleert de VAR beroepsinhoudelijke ontwikkelingen.

De VAR draagt bij aan:

- Verbetering van de kwaliteit van zorg voor patiënten en cliënten
- Een beleid dat nauw aansluit bij de professionele beroepsuitoefening
- Verbreding van het draagvlak binnen de organisatie bij nieuw en gewijzigd beleid
- Een grotere betrokkenheid van de zorgprofessionals bij de koers van de organisatie

Leden van een VAR zijn verpleegkundigen en verzorgenden van de eigen zorginstelling. Soms nemen paramedici of meer agogische beroepen aan een VAR deel. In enkele ziekenhuizen is een verbinding gelegd met de medische staf.

Rol bij fusie

In toenemende mate wordt de VAR betrokken bij de beleidscyclus van een zorginstelling. In enkele gevallen wordt een VAR gevraagd om advies uit te brengen als een zorginstelling het voornemen heeft om een fusietraject in te gaan, zo blijkt uit een flitspeiling van V&VN ter voorbereiding op deze hoorzitting. Dit aantal is dus nog beperkt. Positief is dat de VAR's die een advies uitbrengen zeggen dat hun advies is meegenomen door de Raad van Bestuur in de besluitvorming van een fusietraject.

Fusies tussen zorginstellingen hebben een grote impact op het zorginhoudelijke beleid. Vraagstukken die bij een fusie aan de orde komen en waar een vakinhoudelijke visie aan gegeven moet worden zijn:

- Professionaliteit, de inzet en de samenstelling van de zorgprofessionals
- Borgen van continuïteit van zorg, de overdracht tussen gefuseerde instellingen
- Eenduidigheid van verslaglegging
- Eenduidigheid van interventies
- Eenduidigheid van voorlichting en educatie
- Inrichting van de ICT-infrastructuur

Mate van invloed

De wijze waarop beroepsinhoudelijke medezeggenschap is georganiseerd, de organisatie-dichtheid en de mate van invloed op het instellingsbeleid verschilt per zorginstelling en per zorgveld. Uit recent onderzoek van V&VN blijkt dat van alle 596 zorgorganisaties - ziekenhuizen, instellingen in de geestelijke gezondheidszorg, de verzorgingshuizen en de thuiszorg - er slechts 146 (24 procent) een VAR hebben. In de ziekenhuizen zijn de meeste VAR's (85 procent).

Dit in tegenstelling tot een ruime minderheid van de ggz-instellingen (15 procent) en de verpleeg- en verzorgingshuizen (12 procent), terwijl hier de rol van verpleegkundigen en verzorgenden juist in deze sectoren zeer groot zou moeten zijn om langdurige zorg aan bewoners en cliënten op de juiste wijze te kunnen organiseren en nieuwe ontwikkelingen accuraat in de zorginstellingen door te voeren.

Tevens verschilt de mate van invloed op het beleid per instelling. Zo worden VAR's door de directie actief betrokken bij de ontwikkeling van het lange- en korte termijn beleid van de instelling en praten ze mee in de fase van agendavorming of beleidsformulering. Maar er zijn ook VAR's die hier geen invloed hebben.

Verplicht stellen

Op dit moment is het niet verplicht om een VAR te installeren in een zorginstelling, een wettelijke basis ontbreekt. En bestaande VAR's worden wisselend gefaciliteerd. Dat is jammer. De VAR heeft namelijk een grote meerwaarde omdat hij de stem van verpleegkundigen en verzorgenden laat doorklinken in de Raad van Bestuur. Bovendien kan de VAR draagvlak creëren bij het personeel voor zorginhoudelijke- en strategische keuzes. V&VN pleit er dan ook voor om de beroepsinhoudelijke medezeggenschap verplicht te stellen in het aanstaande wetsvoorstel.

Jan Erik de Wildt - De Eerstelijns

Fusies in de zorg

De vaste kamer commissie buigt zich over fusies in de zorg en heeft hierbij twee kernvragen:

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?

De Eerstelijns is verzocht om te reageren en een bijdrage te leveren aan het debat. Hierbij is vanuit het perspectief van de eerstelijnszorg naar fusies in de zorg gekeken. Niet zozeer naar de fusietoets, maar meer het effect dat de fusies hebben op de eerstelijnszorg.

Algemeen

Fusies worden over het algemeen ingegeven door 3 drijfveren:

- economy of scale: schaalvoordeel wat efficiency voordelen met zich mee kan brengen (offensieve overwegingen).
- economy of quality: kwaliteitsvoordeel doordat bepaalde interventies vaker voorkomen en hiermee de routine, deskundigheidsbevordering en innovatie kan worden versterkt (offensieve overwegingen)
- economy of power: vergroten van de machtspositie en invloed ten opzicht van andere stakeholders (defensieve overwegingen).

Eerstelijnszorg

Het is logisch om eerst naar de eigen deelsector te kijken. Fusies zijn hierin in bescheiden mate aan de orde. De eerstelijnszorg is zich juist aan het ontwikkelen van kleinschalige organisaties en individuele praktijken en is zich aan het hergroeperen tot monodisciplinaire en in toenemende mate ook multidisciplinaire organisatievormen van huisartsen, fysiotherapeuten, apothekers, verloskundigen en eerstelijns psychologen. Hoewel dit proces binnen de contractering

van specifieke delen van de zorg, bijvoorbeeld chronische zorgprogramma's, bij zorgverzekeraars tot gefronste wenkbrauwen leidt als het gaat om de machtspositie, betreft dit slechts een klein deel van de zorg (maximaal 15%) en blijft het overgrote deel van de huisartsenzorg individueel of zeer kleinschalig op enkele grote koepels van gezondheidscentra na. Daar is zelfs door de wijziging in de bekostiging een tegengestelde beweging naar ontvlechting van multidisciplinaire centra aan de orde. De schaalvergroting in de eerste lijn biedt als gemandateerde aanspreekbare organisatie vaak juist voordelen. Dat geldt voor alle disciplines. De kwaliteit wordt vanuit de eigen beroepsgroep bewaakt. Hoewel dit nog kan verbeteren, is dit voor professionals een belangrijk voordeel, ten opzichte van opgelegde kwaliteit van buitenaf. Binnen de huisartsenzorg is er een tendens dat regionale kringen, zorggroepen en huisartsenposten fuseren. Dat is in 10 - 15% van de ca 100 regionale huisartsenorganisaties afgelopen jaren het geval geweest. De redenen hiervoor zijn de gedeeltelijke overlap in de diverse huisartsenfuncties, het gebrek aan deskundige bestuurders voor meerdere gelijksoortige organisaties, het verbeteren van de afstemming en het verkleinen van de machtspositie ten opzichte van zorgverzekeraars en stakeholders. Echter vanwege de regionale oriëntatie en werkgebied ontstaat al vrij snel een monopoliepositie die beperkingen geeft op gebied van marktwerking¹. Op basis van bovenstaande kan worden gesteld dat de fusies in de eerstelijnszorg niet tot substantiële marktverstoring leiden en vanuit aanspreekbaarheid, herkenbaarheid en kwaliteit tot voordelen strekken. De over het algemeen jonge eerstelijns organisaties hebben problemen met de steeds meer scheef groeiende verhouding werkdruk, zorgvraag enerzijds en beschikbare middelen anderzijds. De governance van eerstelijns organisaties kan echter nog verder verbeteren.

¹ Overschrijding marktaandeel > 55% NZA criterium Richtsnoeren zorggroepen

Ziekenhuizen, GGZ, V&V

Vanuit het perspectief van de eerstelijnszorg is ook gekeken naar ziekenhuizen, GGZ en V&V organisaties. Bij de laatste is concurrentie een meer voorkomende strategische keuze dan fusie en wordt daarom buiten beschouwing gelaten. In een enkel geval is er sprake van een gezamenlijk initiatief van zelfstandige organisaties om bijvoorbeeld de 24 uur bereikbaarheid gezamenlijk te gaan organiseren en heeft dit een positief effect op de afstemming en efficiency in de regio.

De eerstelijnszorg heeft vanwege de feitelijke en gewenste substitutie vanuit de ziekenhuizen en GGZ naar de eerstelijnszorg vooral vraagtekens bij de drijfveren voor fusie van ziekenhuizen en GGZ. Binnen deze beweging zijn er in ziekenhuizen ook een aantal fusies tussen maatschappen van medisch specialisten geweest.

De conclusie op basis van onze waarnemingen: fusies zijn vaak defensief. In een analyse over de effecten van de invoering van het medisch specialistisch bedrijf in De Eerstelijns nr 1-2015, is reeds aangegeven dat er een afbouw van ziekenhuizen en intramurale GGZ plaats moet vinden². Daarbij zullen organisaties verdwijnen of in ieder geval aanzienlijk krimpen. Dat betekent dat er pijnlijke maatregelen moeten worden genomen. Die worden bestuurders vaak niet in dank afgenomen en door de WNT die van toepassing is geworden ontstaat een *locked in*: dappere bestuurders verliezen wellicht hun functie en salaris en mogen als het meevalt tegen een lager salaris elders aan de slag, als dat al lukt. In 2015 spelen de nieuwe verhoudingen tussen ziekenhuis en MSB een grote rol bij de strategische keuzes, besluitvorming en implementatie.

Echter de grootste problemen die aan een fusie kleven zijn de interne gerichtheid die vaak gedurende een aantal jaren speelt. De energie wordt besteedt aan interne verdelingsvraagstukken tussen de fuserende organisaties en binnen deze organisaties. Daarbij

² In de GGZ lijkt hier overeenstemming over en gaat het vooral over de fasering en randvoorwaarden

neemt door de schaalvergroting de afstand tot de eerstelijnszorg toe in plaats van af. Ook is het traditionele adherentiegebied van een ziekenhuis, meestal ordenend voor de samenwerkingsrelaties met regionale partijen, zoals huisartsen en zorggroepen. Door schaalvergroting worden bestaande routines herzien. Ook transmurale zorginhoudelijke projecten krijgen minder prioriteit dan de fusie activiteiten en werken belemmerend op de maatschappelijke ontwikkelingen van "langer thuis".

Sommige fusies zijn feitelijk een overname. Vooral als de verschillen tussen de organisaties groot zijn qua omzet, specialisaties en profiel van de organisatie. In dat geval is de route voorspelbaar. De overname wordt aangekondigd als fusie, maar in de jaren na de fusie wordt de kleinere locatie afgebouwd en wordt hoog specialistische zorg en infrastructuur geconcentreerd. Dat is echter bij de start van de fusie onbespreekbaar. Toch is dit een manier om binnen afzienbare termijn de overtollige capaciteit af te bouwen en efficiency voordeel te behalen. Hier zou bij de toetsing sterker op gestuurd kunnen worden. Dat werkt dan beter dan de huidige koude sanering die plaatsvindt als de giftige cocktail van financiële, bestuurlijke en zorginhoudelijke problemen plaatsvindt. Die is onbestuurbaar, leidt tot meer maatschappelijke onrust en waarschijnlijk ook meer schade. De fusie/overname die tot een geleidelijke afbouw leidt, is een verdedigbare weg. Al blijven de bezwaren van interne gerichtheid en energie van toepassing.

Tot slot

De marktordening met slechts enkele grote verzekeraars heeft effect op de andere partijen. Vanaf 2006 is er een schaalvergroting aan de kant van zorgaanbieders. Als kleinere partijen zich groeperen kan dit een positief effect hebben op de machtsbalans. Als grote partijen samenvoegen ontstaat het risico op "to big tot fail". Dit is ook door minister Schippers erkent in de bijeenkomst van Het Roer moet om.

POSITION PAPER bij rondetafelgesprek Fusietoets zorginstellingen



In dit position paper schetst de Nederlandse Zorgautoriteit (NZA) de achtergronden van haar voorstel het instrumentarium van de Zorgspecifieke Fusietoets (ZFT) uit te breiden met een inhoudelijke toets. Dat voorstel deed de NZa in het position paper 'Werking van het Zorgstelsel'¹ van april 2015.

Zorgen over de marktstructuur

Bepaalde zorgmarkten in Nederland zijn sterk geconcentreerd. Het gaat dan vooral om ziekenhuizen, zorgverzekeraars, ggz-instellingen en sommige sectoren binnen de langdurige zorg.² De bedoeling van het zorgstelsel is dat premiebetalers en patiënten iets te kiezen hebben en dat er voor onderhandelende partijen voldoende alternatieve partijen beschikbaar zijn.

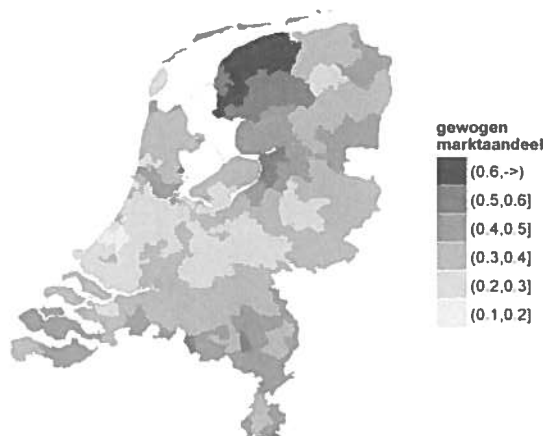
Marktmacht kan op termijn leiden tot hogere prijzen, minder goede kwaliteit en minder goede toegankelijkheid.

Zorgverzekeringsmarkt

Op dit moment wordt de zorgverzekeringsmarkt gedomineerd door grote verzekeraars. Maar zelfs kleine verzekeraars zoals Zorg & Zekerheid, DSW en Eno hebben lokaal grote marktaandeelen.

Figuur 1 geeft op lokaal niveau het gemiddeld marktaandeel van zorgverzekeraars weer. Hierbij is het marktaandeel van de grootste verzekeraar per gemeente aangegeven. In een aantal gemeenten is dit meer dan 50%. Dit kan in de toekomst mogelijk zijn weerslag hebben op het onderhandelingsproces tussen verzekeraars en lokale zorgaanbieders.

Figuur 1. Concentratie zorgverzekeringsmarkten



Ziekenhuiszorg

De ziekenhuiszorg is de grootste zorgmarkt onder de Zorgverzekeringwet en omvat meer dan de helft van de Zvw-zorgkosten (22 miljard). De ziekenhuismarkt is sterk geconcentreerd. Door fusies zijn er de laatste jaren steeds minder, en steeds grotere

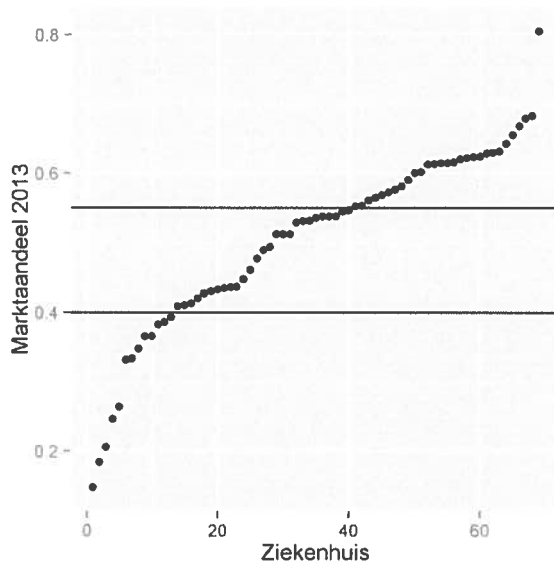
¹ <http://www.nza.nl/104107/662649/position-paper-werking-van-het-zorgstelsel.pdf>. Dit paper is op 17 april 2015 behandeld in de Tweede Kamer bij een hoorzitting over de brief 'Kwaliteit Loont' van de minister van VWS.

² In dit position paper gebruiken we de zorgverzekeringsmarkt en de ziekenhuiszorg als voorbeeld omdat daarin het meeste geld omgaat en de meeste informatie beschikbaar is.

ziekenhuizen ontstaan. De Nederlandse ziekenhuizen zijn in internationaal opzicht groot te noemen. Veel ziekenhuizen in Nederland hebben een marktaandeel groter dan 55%.³ Dit is te zien in figuur 2.

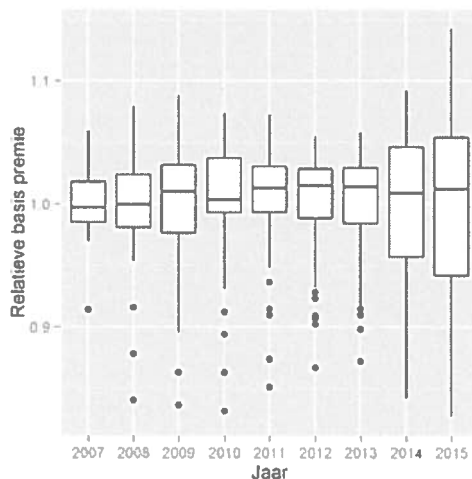
Pagina
2 van 3

Figuur 2. Marktaandeel ziekenhuizen



De NZa monitort de zorgverzekeringsmarkt en ziekenhuiszorg continu. Tot nu toe was er geen aanleiding tot ingrijpen bij ziekenhuizen en verzekeraars, omdat de markt redelijk leek te werken. Door allerlei overgangsmaatregelen zijn de potentiële gevolgen van eventuele marktmacht voor zowel verzekeraar als zorgaanbieders gedempt, door bijvoorbeeld de ex post verevening, het nog kleine vrije segment bij ziekenhuizen en het transitie-model bij ziekenhuizen.

Figuur 3. Ontwikkeling relatieve premieverschillen

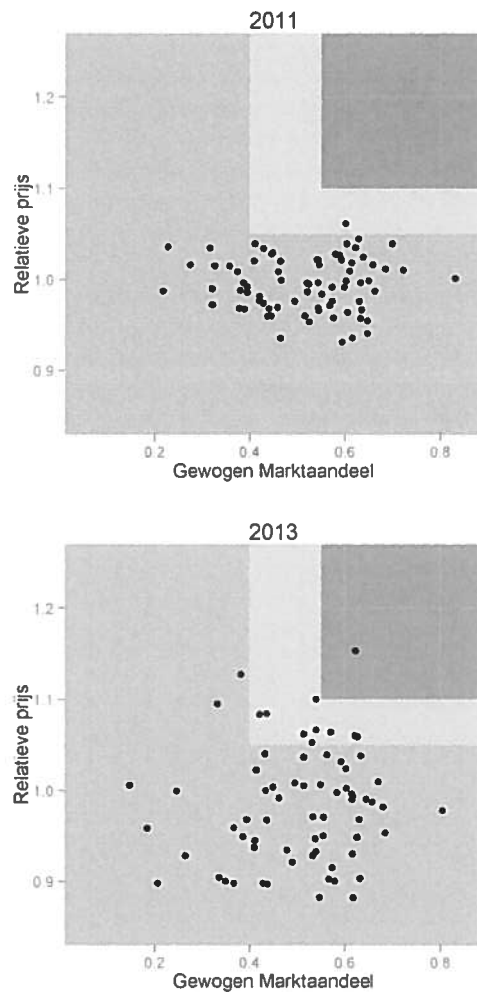


Vanaf 2012 zijn deze overgangsmaatregelen afgebouwd. We zien ook langzaam een trend ontstaan, waarin de spreiding in premies (figuur 3) en ziekenhuisprijzen (figuur 4) toenemen. Waar in 2011 de relatieve ziekenhuisprijzen nog niet zoveel van elkaar verschilden, zien we grotere verschillen in 2013. Daarnaast valt op dat er voor het eerst ook een aantal ziekenhuizen is met grote marktaandelen en hoge prijzen. De NZa doet daar onderzoek naar de duiding van die prijzen en het onderhandelingsgedrag tussen ziekenhuis en verzekeraars.

³ Marktmacht wordt vastgesteld op basis van een aantal indicatoren. Bij de analyse van het bestaan van marktmacht wordt de (relatieve) positie van concurrenten op de markt betrokken, evenals het bestaan van tegenwerkende vragersmacht, overstapdrempels voor afnemers en de mogelijkheden voor nieuwe partijen om tot de markt toe te treden. Volgens de Memorie van Toelichting bij de Wet marktordening gezondheidszorg is er bij een marktaandeel van 55% en hoger sprake van marktmacht en is dat bij 40% en hoger aannemelijk.

Figuur 4: Ontwikkeling relatieve ziekenhuisprijzen, 2011 versus 2013

Pagina
3 van 3



Strengere toetsing fusies

Vanwege de zorgen over de concentratiegraad van verzekeraars, ziekenhuizen, ggz-instellingen en in de langdurige zorg en de onzekerheid over de ontwikkeling in de zorgmarkten bepleit de NZa een aanscherping van de ZFT. Op dit moment is de ZFT vooral een procedurele toets. Dit zou moeten worden aangevuld met een inhoudelijke beoordeling. Op dit moment geldt de ZFT alleen voor zorgaanbieders. De NZa maakt zich echter ook zorgen over de zorgverzekeringsmarkt. Wij adviseren om te kijken of het mogelijk is om een soortgelijke inhoudelijke toets voor de zorgverzekeringsmarkt kan worden ingesteld.

Marktmacht kan gedurende zeer lange periode effect hebben op de marktstructuur en potentieel schadelijke effecten op de publieke belangen. Zolang het stelsel nog in ontwikkeling is, vindt de NZa dat voorzichtigheid in het fusiebeleid belangrijk is. Deze voorzichtigheid kan worden bereikt door een inhoudelijke component aan de ZFT toe te voegen.



Position paper Autoriteit Consument en Markt Rondetafelgesprek fusietoets zorginstellingen

Inleiding

In dit *position paper* schetst ACM hoe zij op basis van de Mededingingswet (Mw) fusies¹ in de zorg toetst en op welke wijze publieke belangen als kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid daar onderdeel van uitmaken. Vervolgens gaat ACM, vooruitlopend op de voorgenomen overheveling van de zorgspecifieke fusietoets van de NZa naar ACM, in op elementen die bij een mogelijke aanscherping van een toets op publieke belangen betrokken kunnen worden, mocht hiertoe aanleiding worden gezien.

Achtergrond

ACM heeft rond de tweehonderd fusiemeldingen in de zorg getoetst. In ongeveer twintig zaken heeft dat tot optreden van ACM geleid. Eénmaal heeft ACM een fusie verboden tussen zorgaanbieders.² In een aantal andere zaken zijn zogenaamde remedies³ opgelegd aan de te fuseren partijen. Daarnaast is een aantal fusies ingetrokken nadat ACM bezwaren tegen de fusie bekend had gemaakt.

ACM (NMa) heeft in haar bestaan in totaliteit voor de *hele* Nederlandse economie slechts een handvol fusies verboden. In andere landen is het beeld gelijksoortig. Veel fusievoornemens die op gespannen voet staan met de mededingingswet, worden al voor melding bij de autoriteiten afgeblazen na weging van juridisch/economische adviezen.

Fusies/overnames tussen zorgaanbieders op basis van de Mw

ACM toetst bij fusies en overnames of als gevolg van de fusie de mededinging op (een deel van) de Nederlandse zorgmarkt op significante wijze wordt belemmerd. ACM beoordeelt of ná de fusie voor de betrokken zorgtypen nog voldoende betaalbare keuze beschikbaar blijft binnen het relevante geografische verzorgingsgebied. Bij een fusie is altijd sprake van een afname van de keuzemogelijkheden tussen zorgaanbieders - immers één of meer partijen houden op te bestaan als afzonderlijke onderneming. De aanwezigheid en intensiteit van de 'resterende concurrentie' is dus belangrijk. Dat bepaalt de mate waarin ontevreden patiënten van de gefuseerde zorgaanbieder een keuze hebben voor alternatieve aanbieder(s). Ook de mate waarin afnemers (zorgverzekeraars) tegenwicht kunnen bieden aan de marktpositie van de zorgaanbieder, bijvoorbeeld bij de tariefstelling voor het zorgaanbod, vormt een

¹ Omdat het onderscheid tussen fusies en overnames voor het doel van deze paper niet relevant is, wordt verder alleen de term fusies gehanteerd.

² Dit betreft de fusie tussen Zorggroep Noordwest-Veluwe en Het Baken.

³ Een remedie is een voorwaarde die aan een fusie kan worden gesteld om mogelijke mededingingsbezwaren, die ontstaan als gevolg van de fusie, weg te nemen.



belangrijke factor in de beoordeling. ACM maakt bij haar analyse gebruik van gegevens over patiëntenstromen, reistijden, zienswijzen van toezichthouders (Nederlandse Zorgautoriteit, Inspectie voor de Gezondheidszorg), patiëntenverenigingen en zorgverzekeraars. Indien uit haar analyse blijkt dat de mededinging door de fusie significant wordt belemmerd, verleent ACM geen goedkeuring aan de fusie.

Bij ernstige mededingingsbezwaren kunnen partijen aanbieden om hun fusieplannen aan te passen (remedies). Bijvoorbeeld door bepaalde dienstverlening af te stoten aan een andere zorgaanbieder, toegang te verlenen aan derde zorgaanbieders tot hun faciliteiten, door garanties te geven over het beschikbare zorgaanbod of door afspraken te maken over maximale stijgingen (prijsplafonds) na de fusie. Acceptatie van remedies ligt meer voor de hand naarmate de continuïteit van het aanbod een belangrijk element vormt bij de fusievoornemens. Op deze wijze worden, ondanks de mededingingsbezwaren, de belangen van concurrenten en eindgebruikers beschermd. Uitgangspunt is echter dat waar ernstige mededingingsbezwaren bestaan, een fusie geen doorgang kan vinden.

Toets aan publieke belangen

De betaalbaarheid en toegankelijkheid van de zorg vormen in onderlinge samenhang onderdeel van de concurrentie analyse van ACM. ACM analyseert of de gefuseerde zorgaanbieder in staat moet worden geacht om na de fusie *prijsverhogingen* door te kunnen voeren, waarbij een relatie wordt gelegd met de mate van *beschikbaarheid* van alternatieve aanbieders. ACM doet geen inhoudelijke beoordeling van de effecten op de *kwaliteit* van het zorgaanbod. Indien het concurrentieproces door de fusie niet in ernstige mate wordt belemmerd, wordt verondersteld dat het concurrentieproces zelf zorgt voor een prikkel voor partijen om op *kwaliteit* en *prijs* te concurreren.

Waar de mededingingstoets bij fusies zich richt op de gevolgen voor het *concurrentieproces* (waar de effecten op publieke belangen in belangrijke mate van worden afgeleid) constateert ACM dat de nadruk in het maatschappelijk debat zich richt op de directe meerwaarde van fusies zélf. Fusies zouden aantoonbaar meerwaarde moeten hebben voor de kwaliteit, toegankelijkheid of betaalbaarheid, of daar tenminste geen afbreuk aan mogen doen. Een scherpere toetsing van deze effecten van een fusie vereist echter een andere invulling van deze belangen dan volgt uit de Mededingingswet. Zonder zich over de wenselijkheid van een dergelijke aanpassing uit te spreken, worden hierna elementen benoemd die hierbij een rol kunnen spelen.

Elementen voor een zorgspecifieke fusietoets

In de zorgsector is vanuit mededingingsoptiek maar in een beperkt aantal gevallen een aantoonbare noodzaak is geweest tot ingrijpen. Wanneer de nu gehanteerde normen



uit de Mededingingswet niet worden aangevuld, is het aannemelijk dat de uitkomsten van het fusietoezicht niet veranderen. De wetgever zou er voor kunnen kiezen in zorgspecifieke regelgeving⁴ nadere invulling te geven aan de publieke belangen die het zorgstelsel beoogt te beschermen. Onderzocht zou kunnen worden welke normstelling passend is waarbij rekening wordt gehouden met de balans tussen toegankelijkheid, betaalbaarheid en kwaliteit.

Er zijn verschillende varianten denkbaar. Een belangrijk onderscheid is daarbij of normen beogen te voorkomen dat door een fusie onder een minimumniveau van zorgaanbod wordt gezakt, of dat moet worden aangetoond dat een fusie daadwerkelijk tot *meerwaarde* leidt. Voor de minimumvariant bestaan op dit moment binnen de ziekenhuiszorg al minimumeisen voor spoedeisende hulp en acute verloskunde. Deze normen zouden kunnen worden uitgebreid voor andere typen behandelingen waarbij per type gekeken wordt wat de vereiste standaard is.

In een meerwaarde variant zou het uitgangspunt kunnen zijn dat zorgaanbieders niet mogen fuseren, tenzij zij kunnen aantonen dat de fusie leidt tot een verbetering van de kwaliteit, toegankelijkheid en/of betaalbaarheid van het zorgaanbod.

ACM zou bij een zorgspecifieke invulling van de fusietoets aanspraken of garanties van de fuserende partijen moeten toetsen. Voor kwaliteitsnormen ligt het daarbij voor de hand dat gebruik wordt gemaakt van het Zorginstituut, de Inspectie voor de Gezondheidszorg of een deskundigenpanel. Teneinde te voorzien in de vereiste legitimiteit, zouden deze instanties hun oordeel moeten kunnen baseren op een vastgesteld normenkader. De toets zou verder kunnen vereisen dat vermeende voordelen verifieerbaar zijn, ten goede komen aan de consument en alleen op basis van een fusie kunnen worden gerealiseerd.

Conclusie

De fusietoets in de Mw biedt via toetsing aan de intensiteit van overgebleven concurrentie waarborgen voor de toegankelijkheid, betaalbaarheid en kwaliteit van de zorg. Om deze publieke belangen indringender onderdeel van een fusietoets te kunnen laten zijn, zijn gerichte normen nodig in zorgspecifieke regelgeving. Een inhoudelijke toets kan bijvoorbeeld bestaan uit een toets op meerwaarde — een fusie is verboden, tenzij meerwaarde op (een of meer) publieke belangen is aangetoond — of een toets op minimumnormen — een fusie mag doorgaan, mits bepaalde minimumnormen als gevolg van de fusie worden gehaald.

Een inhoudelijke toets is alleen een optie als de wetgever ervoor kiest de normen voor kwaliteit, toegankelijkheid en/of betaalbaarheid nader in te vullen.

⁴ Gedacht kan worden aan de zorgspecifieke fusietoets in de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg).

Rondetafelgesprek 29 juni 2015 over Fusietoets Zorginstellingen (Vaste Commissie VWS)

'Position paper' Joke de Vries, hoofdinspecteur Maatschappelijke zorg, Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ)

Huidig kader

1. Fusiepartners dienen een fusie-effectrapportage (FER) in bij de NZa. De NZa informeert de IGZ over de voorgenomen fusie;
2. Indien de NZa akkoord is met de FER, dan melden fusiepartijen zich bij de ACM voor een toets op mededingingsaspecten;
3. Als de ACM nader onderzoek nodig acht, dan vraagt de ACM de NZa om een zienswijze af te geven over betaalbaarheid, toegankelijkheid en kwaliteit. Ten aanzien van de kwaliteit vraagt de NZa op haar beurt de IGZ om advies. De IGZ geeft de NZa haar zienswijze over de kwaliteit en veiligheid van de zorg van de fusiepartners.

Wijziging van de Wmg

Na de voorgenomen wijziging van de Wet marktordening gezondheidszorg (WVG) gaat het sectorspecifieke markttoezicht (de zorgfusietoets en het instrument van de Aanmerkelijke marktmacht, AMM) over van de NZa naar de ACM. In die situatie werkt de IGZ ten aanzien van fusies direct samen met de ACM.

Insteek IGZ

- De IGZ beschouwt een fusie wel als **mogelijke risicofactor** voor de kwaliteit en veiligheid van zorg. De IGZ volgt de kwaliteit en veiligheid van zorg van de fusieorganisatie daarom met haar **risicogestuurde toezicht**.
- De IGZ kan voorafgaand aan de fusie namelijk **niet voorspellen** welk effect de fusie op de kwaliteit en veiligheid van zorg gaat hebben. Dat is casusspecifiek en van teveel verschillende factoren afhankelijk.
- Toezicht op fusies vanuit kwaliteitsperspectief is pas echt mogelijk **na effectuering van de fusie**.
- Daar waar (een risico op) onverantwoorde zorg ontstaat grijpt de IGZ met haar **gebruikelijke instrumentarium** in.

Ter toelichting

Voor het vooraf meten van de effecten van een fusie op de kwaliteit van zorg zijn geen normen. Enige harde norm vanuit kwaliteitsoptiek is in feite de 45-minutennorm voor ambulances. Bij voorgenomen fusies let de IGZ extra op bestuurlijke aandacht voor kwaliteit en veiligheid.

NVTZ Position Paper Fusietoets zorginstellingen

Voor de NVTZ vertalen wij het begrip governance in een zorgvuldige 'verantwoordelijkheidstoebedeling'. Binnen deze verantwoordelijkheidstoebedeling hecht de vereniging eraan dat de besluitvorming ordentelijk verloopt. De belangrijkste onderdelen daarbij zijn een evenwichtige verdeling van de verantwoordelijkheid en een juiste volgtijdelijkheid van besluitvorming.

Ook bij een fusietoets in de zorg, waarvan wordt gesteld dat hierin het publieke belang moet worden meegewogen, is dit aan de orde. Bij fusies van zorginstellingen is goedkeuring van de Raad van Toezicht nodig ten aanzien van het voornemen om te gaan fuseren. Volgens recente uitlatingen van dit kabinet dient de Raad van Toezicht in de zorg primair het publieke belang en de dienstverlening aan de burger. Een goede koppeling van het interne en het externe toezicht is daarom gewenst om enerzijds het publieke belang te dienen en anderzijds om de governance niet te laten verrommelen. Bij beoordeling van een mogelijke fusie door een externe toezichthouder zal wat de NVTZ betreft het oordeel van de Raad van Toezicht moeten worden meegenomen. Volgtijdelijkheid van de juiste stappen in het proces zijn daarbij van belang. Vanuit dit oogpunt zijn er enkele aandachtspunten waar de NVTZ op wil wijzen.

Waardecreatie voor patiënt, cliënt en burger

In het verleden kwamen fusies (in de regel tussen gelijksoortige zorginstellingen) vaak voort uit de vermeende voordelen van schaalvergroting, verbeterde concurrentiepositie of inkoopmacht. In het huidige tijdsgewricht moeten we kritisch kijken naar de geldigheid van deze argumenten. Deze tijd wordt vooral gekenmerkt door decentralisaties, nieuwe kleinschalige toetreders in de markt en de behoefte aan ketenintegratie om de patiënt en cliënt beter te ondersteunen.

Het is de taak van de Raad van Toezicht om deze ontwikkelingen vanuit de bedoeling -waardecreatie voor de samenleving en kwaliteit van zorg voor de patiënt en cliënt in het bijzonder- te beoordelen. Daarbij gaat het erom dat in de organisatieontwikkeling wordt aangesloten bij de behoeften van de huidige én toekomstige patiënten en cliënten. De mogelijkheid om te fuseren is slechts één van de vele mogelijkheden die zorginstellingen hebben om beter in te kunnen spelen op de behoeften van de samenleving. Wel is het zo dat de huidige regelgeving weinig ruimte biedt om andere mogelijkheden, zoals samenwerking, te kiezen.

Fusies leiden vaak tot meer centralisatie, terwijl de huidige samenleving juist vraagt om decentralisatie. Sterk doorgefuseerde instellingen ondervinden ook meer hinder van de decentralisatie dan kleinschalige instellingen. Zie de recente oproep om meer tot uniforme verantwoordingskaders te komen. Maar zou de volgorde niet veeleer zo moeten zijn, dat de zorg zou moeten aansluiten bij de behoefte in de lokale samenleving die nu eenmaal van wijk tot wijk, van dorp tot dorp en van streek tot streek kan verschillen. Gefuseerd of niet, zorg- en welzijnsinstellingen zouden moeten kunnen inspelen op die gewenste variëteit.

Volgtijdelijkheid en rol van de Raad van Toezicht

De verschillen tussen én binnen de verschillende zorgsectoren zijn zo groot dat het ondenkbaar is dat er één gestandaardiseerde fusietoets voldoet om te kunnen oordelen of het publieke belang is gediend bij een fusie. Dit behoeft op de eerste plaats een waardendebat over de kwaliteit en toegankelijkheid van de zorg en niet slechts een kosten-batenanalyse. Iedere fusie is uniek en voor de beoordeling zou dit ook moeten gelden. Hierbij moet vooral worden ingezet op een zorgvuldig

proces voorafgaand aan een daadwerkelijk besluit om het fusieproces in te gaan. Dit proces is volgens de NVTZ als volgt vorm te geven, waarbij eerst wordt gekeken naar de inhoud en daarna pas naar de vorm:

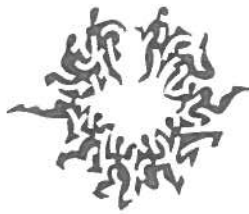
- Er moet in de periode voorafgaand aan enig besluit tot organisatiewijziging (periodiek) contact worden gezocht met de relevante belanghouders van de zorginstelling, zodat er een breed gedragen visie kan worden ontwikkeld op de behoefte aan zorg die leeft in de (lokale) samenleving. De NVTZ kan stimuleren dat Raden van Toezicht deze omgevingsanalyse als voorwaarde stellen bij de besluitvorming rondom organisatieverandering.
- Vervolgens wordt gekeken naar welke manier van organiseren/samenwerken het best aansluit bij de geformuleerde behoefte. Een fusie is daarbij slechts één van de strategische opties die kan worden gekozen. Samenwerking (bijvoorbeeld door integratie in de zorgketen), allianties, decomposities (splitsing in meerdere eenheden om beter aan te sluiten bij de lokale eisen) en transformatie zijn keuzes die ook dienen te worden overwogen. Een Raad van Toezicht zou bijvoorbeeld pas mogen instemmen met een voornemen om te gaan fuseren indien een duidelijke afweging is gemaakt op basis van de breed gedragen visie. Ontbreekt de breed gedragen visie, dan mag er geen instemming worden verleend.
- Indien een fusie als samenwerkingsvorm wordt gekozen, is het de taak van de externe toezichthouder die de fusie beoordeelt om te kijken of er inderdaad een breed gedragen visie ligt die de keuze voor fusie in perspectief van de overige strategische mogelijkheden rechtvaardigt. Indien dit niet het geval is kan de externe toezichthouder de voorgenomen fusie zondermeer afwijzen. Aangezien het om de kwaliteit van de zorg gaat, zou het Zorginstituut de taak kunnen krijgen de kwaliteitsnormen te formuleren die een rol spelen bij samenwerking in de zorg.

Inhoud steeds voorafgaand aan vorm

Steeds vaker speelt de vraag in de samenleving over de geschiktheid van de configuratie ten aanzien van de klus die moet worden geklaard. Daarbij is het van belang om steeds eerst te kijken naar de inhoud en daar dan vervolgens een vorm bij te zoeken die passend is. In de zorg zien we de laatste tijd dat initiatieven die op deze wijze zijn vormgegeven en zeer succesvol zijn. Voorbeelden zijn de Thomashuizen, Buurtzorg en ParkinsonNet. Initiatieven die qua omvang inmiddels allesbehalve kleinschalig kunnen worden genoemd, maar wel als dat passend is kleinschalig worden georganiseerd. Zij blijken aan te sluiten bij de bestaande behoefte van de samenleving en die een goede balans aanbrengen tussen toegankelijkheid, betaalbaarheid en kwaliteit van de zorg.

Ondanks deze goede voorbeelden leent het huidige stelsel van wet- en regelgeving zich echter slecht voor andere vormen van samenwerking dan fusie. Huisartsen die zich uit mededingingsoogpunt niet mogen verenigen, functieverdeling tussen ziekenhuizen die de kwaliteit en toegankelijkheid van specialismen in regio's kunnen borgen worden moeilijk of onmogelijk gemaakt, wederzijdse onderlinge dienstverlening leidt tot hogere kosten omdat beide partijen dan ineens btw-plichtig zijn.

Het nadeel van het leggen van de nadruk op het fusietraject middels wet- en regelgeving brengt met zich mee dat daarmee de primaire reactie bij de wenselijkheid van het anders organiseren 'fusie' wordt. Deze manier van denken zet een rem op innovatieve vormen zoals hierboven beschreven, innovatieve vormen die duidelijk zorgen voor meer kwaliteit voor de patiënt, cliënt en burger. **De NVTZ pleit er dan ook voor om de mogelijkheden tot samenwerking te vereenvoudigen om daadwerkelijk vanuit de gewenste inhoud de kwaliteit van de zorg te verbeteren.**



Aan Vaste Commissie VWS, Tweede Kamer der Staten Generaal
Van Zorgverzekeraars Nederland
Doorkiesnummer (030) 698 82 25
Datum 25 juni 2015
Onderwerp Schriftelijke inbreng ZN t.b.v. het rondetafelgesprek Fusietoets Zorginstellingen

Heeft u vragen of wilt u meer informatie dan kunt u contact opnemen met Zorgverzekeraars Nederland:

- Wouter Kniest, adviseur communicatie en public affairs, 06-310 48 760

Geachte leden van de Vaste Commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport,

Door de invoering van het nieuwe zorgstelsel zien we in Nederland een gestage ontwikkeling naar een nieuwe zorginfrastructuur die wordt gekenmerkt door meer variatie in het aanbod van zorg. Vooraan in de zorgketen ontstaat een multidisciplinaire eerstelijnszorg die eenvoudige medisch specialistische behandelingen en chronische zorg overneemt. In de medisch specialistische zorg is er voor de niet-spoedeisende planbare zorg een groot aantal nieuwe aanbieders bijgekomen. Daarnaast is er in ziekenhuizen een trend naar specialisatie en concentratie van vooral complexe zorg.

Fusies van zorgaanbieders kunnen binnen deze nieuwe verhoudingen in het zorglandschap zowel een positief als een negatief effect hebben op de prijs en kwaliteit van zorg. Fusies kunnen door schaal- en synergievoordelen leiden tot meer doelmatigheid. Bijvoorbeeld door processen doelmatiger in te richten, goedkoper in te kopen, of door behandelingen te concentreren op één locatie als volume een grote invloed heeft op de kwaliteit. Een fusie kan ook noodzakelijk blijken om de continuïteit van een ziekenhuis te waarborgen, of om noodzakelijke investeringen mogelijk te maken. Maar fusies kunnen ook - zoals het CPB recent nog stelde - via verminderde concurrentie, leiden tot meer marktmacht en minder doelmatigheid. Meer marktmacht kan leiden tot hogere prijzen en dus hogere verzekeringspremies. Ook blijkt fuseren vaak een moeilijk proces voor de betrokken organisaties. De beoogde fusievoordelen komen in een aantal gevallen niet verder dan het papier.

Verschuiving in beoordeling fusies

In de afgelopen jaren is er een verschuiving te zien in de beoordeling van fusies door zorgverzekeraars. In het algemeen is het optimisme onder zorgverzekeraars over de onderhandelingsmogelijkheden met gefuseerde ziekenhuizen afgenomen. Hierbij geldt dat de beoordeling sterk afhankelijk is

van de casuïstiek. De verschuiving is ingegeven door de ervaring van zorgverzekeraars met:

1. de voordelen die na een fusie daadwerkelijk worden gerealiseerd;
2. de onderhandelingen met ziekenhuizen na een fusie;
3. de mogelijkheden om alternatieven te creëren voor verzekerden en patiënten, of andere inkoopinstrumenten effectief in te kunnen zetten na een fusie.

1. Integrale afweging van voor- en nadelen

In het verleden waren zorgverzekeraars vaak positief over fusies tussen ziekenhuizen vanuit de gedachte dat de potentiële voordelen van een fusie zwaarder wogen dan de nadelen. Zorgverzekeraars kijken bij het oordeel over een fusie integraal naar een fusie, vanuit doelmatigheid, kwaliteit en betaalbaarheid voor de verzekerden en de patiënt en de mogelijkheid om hier als zorgverzekeraar invloed op uit te oefenen. Met andere woorden: is er na een fusie sprake van evenwichtige verhoudingen in (markt)macht tussen zorgverzekeraar, zorgaanbieder en patiënt/verzekerde?

Zorgverzekeraars zijn over het algemeen kritischer geworden over de voordelen die een fusie oplevert omdat bij voltrokken fusies de beoogde voordelen zoals schaal- en synergievoordelen in een substantieel aantal gevallen achter zijn gebleven bij de verwachtingen. Daarom wordt nu explicieter bekeken of een fusie risico's oplevert, ten aanzien van:

- De inkooppositie;
- De invloed op de profielkeuzen van de ziekenhuizen;
- Prijsstijgingen;
- De grootte van de fusieorganisatie en de daarmee samenhangende (in)transparantie van de organisatie (onder andere voor wat betreft de kostenopbouw).

2. Onderhandelingspositie

Bij een aantal gefuseerde ziekenhuizen merken zorgverzekeraars dat hun onderhandelingspositie is verslechterd. Dit doet zich vooral voor in regio's waar na de fusie geen sprake meer is van reële alternatieven voor verzekerden en patiënten. De verslechterde onderhandelingspositie kan onder andere tot uitdrukking komen in een prijsstijging voor specifieke behandelingen waar landelijk juist sprake was van een prijsdaling. Of de prijzen van twee gefuseerde ziekenhuizen bewegen zich naar het niveau van de duurste fusiepartner.

Zorgverzekeraars worden tijdens onderhandelingen meer dan in het verleden geconfronteerd met een 'alles of niets' bod van gefuseerde ziekenhuizen. Als een zorgverzekeraar via de inkoop resultaat wil boeken op een onderdeel van het ziekenhuisaanbod, kan een ziekenhuis daar het hele contract aan verbinden. Vooral in gevallen waarin zorgverzekeraars na een fusie in grotere mate afhankelijk zijn van het fusieziekenhuis, zullen zij vanwege de zorgplicht een grote druk ervaren om mee te gaan met de eisen van ziekenhuizen.

3. Effectiviteit inkoopinstrumentarium

Zorgverzekeraars hebben verschillende instrumenten die zij in de onderhandelingen kunnen inzetten. Hierbij kan onderscheid worden gemaakt tussen het instrument van selectieve zorginkoop, dat alleen inzetbaar is

wanneer er meerdere zorgaanbieders zijn, en overige instrumenten zoals benchmarks, het faciliteren van nieuwe aanbieders (bijvoorbeeld ZBC's) en de inzet van positieve prikkels door het (wel of niet) honoreren van de ambities van een ziekenhuis (bijvoorbeeld met een meerjarencontract).

Selectieve zorginkoop

Het instrument van selectieve zorginkoop kan effectief zijn in situaties waarin er sprake is van reële alternatieven. Het heeft echter wel beperkingen die te maken hebben met de negatieve emoties die selectieve zorginkoop kan oproepen bij verzekerden en patiënten en andere stakeholders. In de brief *Kwaliteit loont* van de minister van VWS aan de Tweede kamer geeft de minister aan dat ziekenhuizen als gevolg van hun omvang en de beschikbaarheid van alternatieven een veel sterkere positie hebben dan de zorgverzekeraars waardoor het risico bestaat dat kwaliteit van zorg en doelmatigheid achter blijven. Zij presenteert dan ook een breed pakket aan maatregelen om de onderhandelingspositie van zorgverzekeraars te verstevigen. Dit kan de mogelijkheden van zorgverzekeraars om selectief te contracteren versterken.

Faciliteren van nieuwe aanbieders

Het faciliteren van (de toetreding van) een ZBC is een instrument dat zorgverzekeraars kunnen gebruiken om de onderhandelingspositie ten opzichte van een ziekenhuis weer in balans te brengen. Dit is niet in alle situaties haalbaar. Een zorgverzekeraar moet de extra omzet bij een ZBC kunnen compenseren door een evenredige afname bij het ziekenhuis. Een ziekenhuis kan een omzetsdaling compenseren door dit op te vangen met andere behandelingen. Daarnaast is het voor een zorgverzekeraar lastig patiëntenstromen te verleggen naar ZBC's omdat dit schuurt met de keuzevrijheid van verzekerden. Het bestaande zorggebruik en de ingesloten doorverwijspatronen worden niet snel doorbroken, ook niet in het geval een ZBC pal naast het ziekenhuis staat.

Benchmarks

Zorgverzekeraars beschikken over veel informatie van andere ziekenhuizen op het gebied van prijs, kwaliteit en volume. Deze informatie kunnen zij in de onderhandelingen met een specifiek ziekenhuis inzetten om te laten zien dat het ziekenhuis bijvoorbeeld een (onevenredig) hogere prijs vraagt. Het is volgens zorgverzekeraars echter de vraag hoe succesvol de inzet van benchmarks is als ziekenhuizen hier niet ontvankelijk voor zijn. Ook hierbij speelt de mate waarin de zorgverzekeraar afhankelijk is van het ziekenhuis om te kunnen voldoen aan zijn zorgplicht een grote rol.

Positieve prikkels

Zorgverzekeraars zijn in het algemeen dus terughoudender dan voorheen over de effectiviteit van de beschikbare inkoopinstrumenten na fusies als het ontbreekt aan uitwijkmogelijkheden. Dit betekent echter niet dat zorgverzekeraars hun inkoopinstrumenten niet kunnen inzetten om ook na een fusie tot goede onderhandelingsresultaten te kunnen blijven komen met een ziekenhuis. Dit is afhankelijk van de specifieke situatie. Zorgverzekeraars geven aan dat ze hun inkoopinstrumenten succesvol kunnen inzetten, vooral in

regio's waar zij over voldoende alternatieven beschikken. Zorgverzekeraars zien ook mogelijkheden om zorgaanbieders op een positieve manier te prikkelen, bijvoorbeeld door het honoreren van de ambities van ziekenhuizen via meerjarige contracten.

Toekomstbestendige fusietoets

Bij de beoordeling van een fusie staat de vraag centraal of de concurrentiedruk die ziekenhuizen op elkaar uitoefenen wegvalt als gevolg van de fusie. En of er na de fusie mogelijkheden overblijven om via de zorginkoop of het keuzegedrag van verzekerden invloed uit te oefenen op de prijs en kwaliteit van het ziekenhuis. Naar het oordeel van zorgverzekeraars is in bepaalde regio's een 'kritische' ondergrens in zicht als het gaat om hoeveel ziekenhuizen minimaal gewenst zijn om gezonde competitie tussen ziekenhuizen te laten bestaan.

Zorgverzekeraars vinden dat het bij fusies primair moeten gaan om schaal- en synergievoordelen die leiden tot een betere kwaliteit en prijs voor de verzekerde en patiënt. Op de achtergrond blijken bij fusiepartners vaak ook andere motieven een rol te spelen zoals het realiseren van meer onderhandelingsmacht en consolidatie waardoor de beoogde voordelen voor verzekerden en patiënten niet gerealiseerd worden.

In de beoordeling van fusies zou de business case – waarin kwaliteits- en doelmatigheidswinst centraal staan - een meer prominente rol moeten spelen. Ook na de fusie zou monitoring moeten plaatsvinden of deze voordelen daadwerkelijk optreden en uiteindelijk ten gunste komen van verzekerden (via de premie) en patiënten (via kwaliteitsverbetering).

Op basis van de ervaringen en inzichten van zorgverzekeraars met fusies in de zorg zou er bij nieuwe fusieplannen ook kunnen worden gekeken naar alternatieven om de beoogde doelen te realiseren. Zorgverzekeraars pleiten er dan ook voor om andersoortige samenwerkingsvormen te verkennen, waarbij er wel samenwerkingsvoordelen ontstaan, maar de nadelen van een fusie worden uitgeschakeld. De ACM zou ziekenhuizen en andere zorgaanbieders meer zekerheid kunnen bieden door een helder kader aan te reiken of en waarbinnen samenwerking is toegestaan. Nu zijn ziekenhuizen vaak gevangen in het 'systeem' van dreigende interventies door de ACM. Zorgverzekeraars vinden dat de ACM het toezicht op samenwerkingsverbanden en fusies meer in lijn met elkaar moet brengen.

Verder is het toetsingskader nu beperkt tot juridische en economische overwegingen. Zorgverzekeraars kijken meer met een integrale blik en betrekken ook inhoudelijke argumenten als de mogelijke voor- en nadelen van een fusie voor verzekerden en patiënten als het gaat om de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van zorg. Zorgverzekeraars vinden dat ook deze factoren in de beoordeling van fusies een prominente plek zouden moeten krijgen. Dat geldt ook voor toekomstverwachtingen over de rol van het ziekenhuis en de gewijzigde verhoudingen in een veranderend zorglandschap en de vraag of het ziekenhuis in zijn huidige vorm en omvang kan blijven bestaan.

Position-paper “fusietoets zorg en onderwijs”

1. Aanleiding en vraagstelling

De Vaste Kamer Commissie Zorg van de Tweede Kamer heeft onder meer de Commissie Fusietoets Onderwijs (CFTO) verzocht om met een zogeheten “position paper” in te gaan op vragen die leven ten aanzien van fusies en de fusietoets in de zorg. In welke mate is het publieke belang in de zorg gediend met fusies en de fusietoets? Er zijn twee deelvragen:

- a) Welke effecten hebben fusies op het publieke belang van de kwaliteit en de inhoud van de zorg voor mensen en de toegankelijkheid en betaalbaarheid van de zorg?
- b) Welke effecten heeft de fusietoets door de rijksoverheid en is deze toets nu voldoende krachtig? Welke inhoudelijke criteria worden toegepast en zijn dat de juiste? Welke procescriteria worden toegepast en is er voldoende aandacht voor de patiënten? En welke organisatie zou de fusietoets het beste kunnen uitvoeren?

De Commissie Fusietoets Onderwijs (CFTO) benut bij de beantwoording haar praktijkervaringen met fusies en het maatschappelijk debat over fusies en de fusietoets. Daarbij heeft de commissie zich verdiept in hoe fusietoetsen in de zorg en de sociale huursector zijn vormgegeven (zie de CFTO-rapporten Tussentijdse evaluatie 2012 en Praktijkervaringen 2011-2015 van CFTO en voorstellen voor verbetering van maart 2015). Zie voor meer informatie: www.cfto.nl).

2. Effecten van fusies en de relatie met het publieke belang

- Feit is dat zowel de sociale huursector, het onderwijs en de zorgsector sinds tientallen jaren te maken hebben met forse schaalvergroting. Het aantal besturen neemt al lange tijd af, terwijl de schaalgrootte van de resterende besturen gemiddeld genomen steeds groter wordt. Ter illustratie: medio jaren 70 van de 20^e eeuw telde het basisonderwijs circa 8000 (kleine) besturen en tegenwoordig resteren er circa 930, ofwel 12% van het oorspronkelijke aantal hetgeen neerkomt op een enorme afname met circa 90%. Hierdoor heeft ook het basisonderwijs te maken met onderwijsbesturen met meer dan 10.000 leerlingen die soms opereren in een groot geografisch gebied en met een bestuur op afstand van de leslocaties en werkvloer. Ook in andere sectoren in het onderwijs, zoals het voorgezet onderwijs, middelbaar beroepsonderwijs en hoger beroepsonderwijs is het aantal besturen in de afgelopen decennia fors afgenomen en zijn de resterende besturen in omvang hiermee samenhangend fors in omvang gegroeid. In het voortgezet onderwijs is het aantal besturen in deze periode afgenomen van circa 1000 tot iets meer dan 250. Voor de mbo-sector gaat het om een afname van 1000 besturen naar circa 70 en in de hbo-sector om een afname van 450 naar circa 40 besturen. Deze bestuurlijke schaalvergroting vindt plaats via fusies en overnames, waarbij kleine besturen worden overgenomen door grote besturen. Veelal ontstaat er een domino-effect. De omvang van de scholen waar les gegeven wordt, is in dezelfde periode fors gestegen. Het begrip van wat “klein” is erodeert gestaag en er is weinig waardering voor ouders die op vrijwillige basis een school besturen.
- De rijksoverheid heeft bestuurlijke en institutionele schaalvergroting positief bekeken in de afgelopen decennia; in ieder geval in het onderwijs. Schoolbesturen werden daartoe vanaf begin van de jaren 80 tot eind van de 20^e eeuw gestimuleerd via stelselherformingen en daarmee gepaard gaande inzet van juridische middelen, bekostigingsmaatregelen of oproepen tot schaalvergroting (ofwel de bekende trits aan sturingsinstrumenten van de stok, de wortel en de preek). Dat geldt vermoedelijk ook in andere sectoren, zoals de zorg en de sociale huursector.
- Besturen hebben ook “eigen motieven” voor schaalvergroting, deels gelegen in de wens het eigen marktaandeel te vergroten, veronderstelde belangen van stakeholders of persoonlijke belangen bij salariëring en status (CPB, 2013). Er spelen dus bij fusies veelal andere belangen dan het publieke belang. De minister van OCW heeft gewaarschuwd voor het motief van “groeien om te groeien”. Marktwerking en te scherpe concurrentie kunnen stimuleren, dat besturen hun aanbod uitbreiden door het overnemen van concurrerende instellingen in een regio. Fusies kunnen ondoordacht zijn en uitgaan van “worst case”-scenario's. Fusies kunnen worden aangegaan om

zwakke organisaties te redden, daar waar een faillissement mogelijk meer louterend zou werken. Deze discussie speelde bijvoorbeeld in het onderwijs zeer recent rond ROC Leiden.

- Er gaat in de wetenschap veel aandacht uit naar de vraag hoe een fusie getoetst moet worden vanuit het concept van de "optimale schaalgrootte". De optimale schaal valt echter moeilijk wetenschappelijk te bepalen: het omslagpunt waarop schaalvoordelen omslaan in schaalnadelen is niet eenduidig vastgesteld en het ziet er niet naar uit dat de wetenschap snel een verlossend antwoord zal geven. Daarbij is er nog verschil tussen de optimale schaal van één aanbieder of instelling – in het onderwijs of de zorgsector - en dat wat een goede verhouding is in een regio of binnen het bestel tussen een groep van aanbieders en instellingen.
- Recent onderzoek door Jos Blank, hoogleraar Productiviteit van de Publieke Sector, wijst uit dat schaalvergroting in het onderwijs is doorgeschoten en dat schaalvoordelen zijn uitgewerkt. Verdere opschaling zal tot verslechtering van de productiviteit leiden en de onderzoekers stellen: *"Fusieverboden en mogelijke opsplitsingen liggen nu dan ook meer voor de hand"*.
- SCP-directeur Paul Schnabel (2009) wijst erop dat de economische benadering ("economy of scale") maar beperkt past bij wat hij noemt de "psychology of scale" en dat juist in de sectoren onderwijs en zorg niet vergeten moet worden, dat geen sprake is van een neutraal product. Ten aanzien van de zorgsector wijst hij erop, dat in vergelijking met vroeger de fysieke en sociale afstand tussen de Raad van Bestuur en de centrale diensten enerzijds en de hulpverleners en patiënten anderzijds op vaak tientallen verspreide locaties anderzijds al gauw als een kloof wordt beleefd, die nauwelijks meer overbrugbaar is. Er kan een "mismatch" ontstaan met de aard van de activiteiten, de belangen van de betrokkenen of de span of control. Prof.dr. Van Lieshout (2009) stelt de vraag wat er in het 'fusiegeweld' overblijft van de identiteit van de zorgvoorzieningen en stelt dat in de praktijk van de hulpverlening bijna iedere voorziening een algemene signatuur heeft.
- Het Centraal Planbureau pleit in 2013 ervoor om niet te streven naar een optimale schaal, maar wel om te streven naar een prudente omgang met schaal. Het CPB stelt de vraag of de toezichthouders die bestaande fusietoetsen moeten uitvoeren hiervoor goed zijn toegerust.

3. Opzet en uitvoering van een fusietoets in de zorg

- De CFTO past in het onderwijs vier criteria toe: (a) de effecten van een fusie op de menselijke maat, (b) de zorgvuldigheid van het besluitvormingsproces en het draagvlak bij belanghebbenden binnen de instellingen en bij lokale en regionale stakeholders, (c) de gevolgen voor de keuzevrijheid en het ontstaan van te dominante machtsposities, (d) een beoordeling van de aangedragen redenen voor een fusie op basis van onafhankelijk verzamelde gegevens. De CFTO maakt een (belangen)afweging en past maatwerk toe. Kleine fusiebewegingen worden soepeler bekeken dan grote, maar bijvoorbeeld niet op het punt van draagvlak bij ouders en leerlingen. De instemming van de medezeggenschap is immers onmisbaar. Als er in een regio een dominante positie ontstaat, kan de fusie toch doorgaan als er een aannemelijke continuïteitsdreiging is.
- Deze criteria en weging kunnen op hoofdlijnen in de zorgsector worden toegepast, bij de operationalisering rekening houdend met karakteristieken van de "subsectoren" in de zorg. Elementen hiervan zitten nu reeds in de toets door de ACM (op keuzevrijheid en marktposities) en de toets door de NZa (op legitimiteit en zorgvuldigheid). Twee criteria lijken echter te ontbreken: een toets op de effecten op de menselijke maat en schaalgrootte en langere lijnen van besluitvorming en communicatie door neiging tot extra managementlagen en complexiteit van de organisatie als zodanig of een toets op de onderbouwing en rationaliteit van de aangedragen fusie-redenen. En omdat de fusietoets in de zorg gesplitst is over twee uitvoerders, wordt er geen integrale weging gemaakt van belangen. De recente NZa-brief van 12 april 2015 aan de Tweede Kamer over de toetsing door de ACM van fusies van ziekenhuizen in de afgelopen jaren, duidt ook op de wenselijkheid van een integrale toets door één uitvoerder.
- Ook in de zorg zijn er twijfels of samenwerking wel voldoende aandacht krijgt als alternatief voor fusie en of fusies niet te snel zijn goedgekeurd. De efficiency-voordelen die besturen hopen te halen, kunnen in veel gevallen ook behaald worden door doelgerichte vormen van vormen van samenwerking, eventueel van tijdelijke aard. Fusies zijn in dat opzicht onomkeerbaar. In de Wet

fusietoets ligt daarbij de kerngedachte besloten, dat fusies een "ultimum remedium" zijn waartoe niet te licht moet worden overgegaan. Zeker in het licht van het feitelijk uitblijven en ontbreken van defusies.

- Er kan verder wat betreft de CFTO ook beter geleerd worden van fusies uit het verleden. Een gedegen en objectieve evaluatie naar de mate waarin door bestuurders gestelde fusiedoelen zijn bereikt binnen een van te voren vastgestelde termijn, is gewenst: zowel op het niveau van instellingen als op sectorniveau. Het ongedaan maken van een mislukte fusie moet tot de mogelijkheden behoren. Zo beveelt de commissie voor het onderwijs aan om besturen die zijn gefuseerd te laten evalueren of de gestelde doelen gehaald zijn en dit te rapporteren aan de uitvoerder van de fusietoets. Deze informatie kan gebruikt worden om ook op landelijk niveau een beter zicht te krijgen op fusies en hun gevolgen.
- Overigens vormt de fusietoets in de zorg wat betreft de CFTO een op onderdelen een voorbeeld voor de onderwijssector. Een sterk punt is bijvoorbeeld dat de besluitvorming is belegd bij een onafhankelijke autoriteit op enige afstand van de politiek. Sterk is ook de mogelijkheid om niet alleen "ja" of "nee" te kunnen zeggen tegen een fusie, maar voorwaarden te kunnen stellen. Er is de mogelijkheid van de ACM om *na* goedkeuring van een fusie in te grijpen als een te dominante macht aantoonbaar wordt misbruikt. Ook kleinere fusies van zorginstellingen worden door de NZa *vooraf* getoetst op instemming en draagvlak – daar waar in het basisonderwijs alleen grotere fusies worden getoetst op instemming. Besturen die een fusie niet vooraf melden, kunnen een passende sanctie opgelegd krijgen. Niet alleen juridische fusies, maar ook bestuurlijke concentraties in de vorm van personele unies en holdings vallen onder de werking van de fusietoets in de zorg. In het onderwijs is dat tot nu toe niet het geval. Dit zijn voorbeelden van sterke elementen in de fusietoets in de zorg, waar de onderwijssector naar het oordeel van de CFTO nog van kan leren.

4. Resumerend

- Besturen dienen verantwoording af te leggen en ook voor buitenstaanders vooraf ten tijde inzicht te bieden bij het nemen van de beslissing om te fuseren. Voorkomen moet worden dat besturen anoniem worden en onzichtbaar opereren op te grote afstand van de leerlingen, ouders en patiënten waar het om draait en de medewerkers op de werkvloer en andere belanghebbenden. Als het gaat om fusies en reorganisaties is daadwerkelijke instemming gewenst van de vertegenwoordigers van bijvoorbeeld patiënten in de zorg of ouders, leerlingen en studenten in het onderwijs en van het personeel.
- Het is verstandig om fusies te laten toetsen door een onafhankelijke autoriteit, op enige afstand van de politiek, met een mandaat. Hierbij dient de mogelijkheid van maatwerk aanwezig te zijn.
- Ook in de zorg moet het mogelijk zijn voor patiënten of andere gebruikers om te kiezen uit meerdere aanbieders in een samenhangende regio of stad.
- Ten aanzien van de vraag of de fusietoets in de zorg nu voldoende krachtig is, lijkt het de CFTO van belang om helder antwoord te hebben op politieke vragen en duidelijke doelen te formuleren. Is het politieke uitgangspunt "nee-tenzij" of "ja-mits"? Moet de trend van bestuurlijke en institutionele schaalvergroting fors worden afgeremd, of moet het leeuwendeel van de fusies in de sector gewoon door kunnen gaan mits getoetst? Is stapsgewijze schaalvergroting van reeds grootschalige besturen gewenst of niet? Is een sector met besturen waarvan een groot aantal bezig is met fuseren gebaat bij meer bestuurlijke rust en stabiliteit? Hoeveel fusies kan één bestuur goed aan in een beperkt aantal jaren? Dit zijn vragen die een politiek antwoord behoeven.

Position paper t.b.v. rondetafelgesprek over de fusietoets voor zorginstellingen d.d. 29 juni 2015

Marco Varkevisser (iBMG/EUR)

26 juni 2015

“Het behoud van voldoende keuzemogelijkheden is essentieel voor het functioneren van ons zorgstelsel. De mededingingseffecten van ziekenhuisfusies worden door de NMa tot op heden echter onvoldoende kritisch getoetst.” (Varkevisser & Schut, 2008)

Bovenstaande conclusie is afkomstig uit het eerste artikel dat ik, samen met mijn collega Erik Schut, in april 2008 heb gepubliceerd over het te weinig kritische toezicht op ziekenhuisfusies.¹ Ook in latere jaren is de effectiviteit van het fusietoezicht in de ziekenhuissector veelvuldig ter discussie gesteld.² Het is inmiddels 2015 en helaas moet worden vastgesteld dat niets is veranderd. Na eerst de NMa legt nu ook ACM de sterke concentratietendens in de ziekenhuissector tot op heden geen strobreed in de weg. Deze toegeeflijke houding heeft het Nederlandse ziekenhuislandschap drastisch veranderd. Het aantal ziekenhuisorganisaties, en daarmee het aantal potentiële concurrenten, is dusdanig sterk afgenomen dat inmiddels sprake is van een sterk geconcentreerde markt. Uit berekeningen van de NZa (2014) blijkt dat een gemiddeld ziekenhuis in de postcodegebieden waar de patiënten vandaan komen een marktaandeel heeft van iets meer dan 50%. In het merendeel van de ziekenhuismarkten is dus inmiddels een dominante aanbieder aanwezig. De sterke concentratie van ziekenhuismarkten vormt, zo waarschuwt inmiddels ook de NZa (2015), een bedreiging voor het Nederlandse zorgstelsel omdat de beoogde concurrentie op zowel prijs als kwaliteit erdoor wordt verstoord. Recent heeft ook het CPB (2015) geconcludeerd dat een strenge beoordeling van fusieverzoeken op de ziekenhuismarkt nodig is om marktmacht bij ziekenhuizen te voorkomen en zodoende een betere zorginkoop gericht op meer doelmatigheid mogelijk te maken.

De “maximale aanscherping” van het markttoezicht zoals aangekondigd in de beleidsbrief ‘Kwaliteit loont’ is dan ook broodnodig. Om ook echt tot een krachtiger toezicht op ziekenhuisfusies te komen, is echter meer nodig dan de overheveling van sectorspecifieke bevoegdheden van de NZa naar ACM. Sterker nog, gezien het op dit terrein verontrustende ‘track record’ van laatstgenoemde toezichthouder is het risico groot dat zonder flankerende maatregelen geen stap vooruit wordt gezet maar juist een stap achteruit. Ook ACM (2014) zelf heeft aangegeven dat wanneer het de bedoeling is om zorgfusies strenger te beoordelen “de wetgever, naast het toetsingskader uit de mededingingswet, [dient] te voorzien in een specifiekere normstelling.”

¹ Ik focus mijn bijdrage weliswaar op de fusies van ziekenhuizen, maar de hierin opgenomen gedachten en suggesties zijn uiteraard ook relevant voor zorgfusies in het algemeen.

² Loozen, Schut & Varkevisser (2014a, 2014b); Schut, Loozen & Varkevisser (2014); Varkevisser, Loozen & Schut (2012), Varkevisser & Schut (2010a, 2010b); Varkevisser (2010); Schut & Varkevisser (2008).

Het wetsvoorstel 'Herpositionering taken NZa en deregulering' creëert de mogelijkheid om op dit punt inderdaad belangrijke stappen te zetten. Het voorstel voorziet er immers in dat bij ministeriële regeling bepaalde voorwaarden kunnen worden gesteld aan de wijze waarop een voorgenomen ziekenhuisfusie door ACM dient te worden getoetst. De belangrijke vervolgvraag is natuurlijk welke voorwaarden nodig zijn om de huidige fusiegolf daadwerkelijk te kunnen stoppen. Immers, "the proof of the pudding is in the eating". Kortom, welke bepalingen zou zo'n nog op te stellen ministeriële regeling moeten bevatten?

De voorbeelden die in de memorie van toelichting bij het wetsvoorstel worden genoemd (een maximale reistijd of -afstand en een maximale prijsstijging) zullen mijns inziens niet het gewenste effect hebben. Om het mededingingstoezicht op ziekenhuisfusies te versterken acht ik het cruciaal om te voorkomen dat ACM op basis van hoopvolle, maar louter speculatieve, verwachtingen omtrent de toekomstige reisbereidheid van patiënten fusies goedkeurt die in het hier & nu tot machtsposities leiden. Om dit te bewerkstelligen is, mede op basis van praktijkervaringen en jurisprudentie uit het buitenland, mijn voorstel om bij ministeriële regeling in ieder geval vast te leggen dat:

- a. de waargenomen ziekenhuiskeuzen van patiënten uit het verleden doorslaggevend dienen te zijn voor de vaststelling van de relevante geografische markt;
- b. andere ziekenhuizen alleen als concurrent van het fusieziekenhuis mogen worden beschouwd wanneer tussen de betreffende werkgebieden nu reeds substantiële wederzijdse patiëntenstromen waarneembaar zijn; en
- c. de prijsstijgingen zoals voorspeld door fusiesimulatiemodellen als aanvullende evidentie bij de fusietoets dienen te worden betrokken.

Referenties

- ACM (2015), *Position paper Autoriteit Consument en Markt – Rondetafelgesprek "Kwaliteit loont"*
- CPB (2015), *Vijf aanknopingspunten voor doelmatigheid in de curatieve zorg, CPB Policy Brief, 2015/12*
- Loozen, Varkevisser & Schut (2014a), *Beoordeling ziekenhuisfusies door ACM: staat de consument wel echt centraal?*, *Markt & Mededinging*, 17(1): 5-14
- Loozen, Varkevisser & Schut (2014b), *Dutch Authority for Consumers and Markets fails to meet the standard of proof in recent hospital merger decisions*, *European Competition Law Review*, 35(1): 17-23
- NZa (2014), *Marktscan medisch specialistische zorg*
- NZa (2015), *Position paper 'Werking van het zorgstelsel'*
- Schut & Varkevisser (2008), *Garanties voor mededinging: fusiedrang bedreigt ontluikende marktwerking*, *Zorgvisie Magazine*, nummer 11 / november
- Schut, Loozen & Varkevisser (2014), *Consumentenwelvaart en ziekenhuisfusies*, *ESB*, 4682S: 56-62
- Varkevisser & Schut (2008), *NMa moet strenger zijn bij toetsen ziekenhuisfusies*, *ESB*, nr. 4532: 196-199
- Varkevisser & Schut (2010a), *Fusietoetsing in de zorg*, *ESB*, nr. 4576: 22-25
- Varkevisser & Schut (2010b), *Ziekenhuisfusies en concurrentie in het Nederlandse zorgstelsel*, Stichting Maatschappij en Onderneming (SMO), Den Haag, ISBN 978-90-6962-258-3
- Varkevisser (2010), *Ziekenhuisfusies? Bij twijfel geen groen licht!*, *Me Judice*, jaargang 3, 2 februari
- Varkevisser, Loozen & Schut (2012), *Falend toezicht op ziekenhuisfusies brengt zorgstelsel in gevaar*, *Me Judice*, 3 december

Position paper t.b.v. Rondetafelgesprek Fusietoets Zorginstellingen 29 juni 2015

Mr. dr. E.M.H. Loozen

Universitair docent Mededingingstoezicht in de zorg, iBMG/EUR, loozen@bmg.eur.nl

Inleiding

De aanhoudende fusiegolf in de zorg bedreigt de kwaliteit, bereikbaarheid en betaalbaarheid van de zorg (de zorgbelangen). Desondanks is pas één fusie tegengehouden sinds de invoering van het zorgstelsel in 2006. Dat heeft de vraag opgeroepen of de fusietoets uit de Mededingingswet (Mw) wel geschikt is om de zorgbelangen te waarborgen. In dit position paper zet ik uiteen dat niet de toets het probleem is, maar de wijze waarop die toets (niet) wordt toegepast. Dit gebeurt aan de hand van de vragen die de vaste commissie voor VWS de deelnemers aan het rondetafelgesprek heeft voorgelegd.

In hoeverre dragen fusies bij aan de maatschappelijke belangen in de zorg: kwaliteit, betaalbaarheid, toegankelijkheid en zorginhoudelijk?

Het huidige zorgstelsel gebruikt marktwerking om de zorg, binnen door de overheid gestelde randvoorwaarden, op een hoger plan te tillen. Marktwerking betekent dat zorgaanbieders (en zorgverzekeraars) commerciële handelingsvrijheid hebben om dat 'hogere plan' te realiseren. Bijvoorbeeld door fusies.

Fusies pakken echter alleen goed uit voor de zorg zolang sprake is van effectieve concurrentie. Dat komt omdat zorgaanbieders die marktmacht hebben (niet aan voldoende concurrentiedruk bloot staan) in staat zijn om het private belang (het maken van meer winst) boven het publieke belang (het realiseren van goede zorg tegen een betaalbare prijs) te laten prevaleren.

Dat betekent dat er drie soorten fusies zijn als het gaat om het realiseren van betere zorg:

- 'goede fusies' die niet tot marktmacht leiden en daarmee niet tot negatieve gevolgen voor de zorg;
- 'goede fusies' die weliswaar tot marktmacht leiden, maar de zorg ook aantoonbaar verbeteren;
- 'slechte fusies' die tot marktmacht leiden zonder dat daar zorgverbeteringen tegenover staan.

Wat zijn effecten en hoe kunnen wij de fusietoets inhoudelijk verbeteren, het publieke belang beter dienen?

Fusies die tot marktmacht leiden veroorzaken drieërlei nadelige effecten voor de zorg. Minder innovatie waardoor kwaliteitsverbeteringen uitblijven. Minder keuzevrijheid tenzij patiënten bereid zijn verder te reizen wat echter betekent dat de bereikbaarheid verslechtert. En hogere prijzen waardoor de betaalbaarheid van de zorg afneemt.

Doordat zorgfusies geen halt wordt toegeroepen heeft de idee postgevat dat dit aan de huidige fusietoets ligt. Die conclusie is onterecht. De mededingingstoets is wel degelijk geschikt om de patiënt tegen slechte fusies te beschermen. Het probleem is dat die toets niet goed wordt toegepast. De voorgestelde zorgspecifieke fusietoets gaat toets noch toezicht verbeteren.

De fusietoets uit de Mw is niet het probleem

Het huidige zorgstelsel biedt twee wegen om de zorgbelangen te waarborgen. Via overheidsregulering die (minimum-)normen definieert. En via handhaving van de Mw die verzekert dat de markt onder druk van concurrentie de zorg verbetert. De Mw voorziet precies daarin waar maatschappelijk behoefte aan is: een toetsingskader op grond waarvan fusies die goed zijn voor de zorg onderscheiden worden van fusies die slecht zijn voor de zorg. Dit kader is niets anders dan een voorgeschreven

onderzoeksmethode die inhoudelijk betrouwbare besluitvorming waarborgt en arbitraire besluitvorming voorkomt. Het belang van de patiënt staat of valt dus met een deugdelijke toepassing van de voorgeschreven onderzoeksmethode.

Het probleem is dat het voorgeschreven toetsingskader wordt losgelaten. Een voorbeeld

Bij de fusie tussen twee Tilburgse ziekenhuizen wordt vastgesteld dat het marktaandeel van het fusieziekenhuis 70-80% zal bedragen en de verzekeraars inkoopmacht ontberen die de marktmacht die daaruit volgt te compenseren.¹ Toch wordt de fusie goedgekeurd. Ten eerste omdat ACM aanneemt dat de inkoopmacht zal toenemen omdat het financieel risico dat verzekeraars bij de inkoop van ziekenhuiscare dragen, is toegenomen. Hierdoor zullen zij geprikkeld worden om selectief zorg in te kopen bij verder weg gelegen ziekenhuizen waardoor de concurrentiedruk weer zal worden hersteld. Ten tweede omdat de fusierende ziekenhuizen hebben aangeboden om zich tijdelijk aan een prijsplafond te houden.

Hier gaat het twee keer mis. De eerste keer omdat een verdere toename van de risicodragendheid verzekeraars weliswaar *in zijn algemeenheid* tot meer selectieve inkoop zal aanzetten, maar daarmee niet gezegd is dat verzekeraars *in dit specifieke geval* tot selectieve inkoop zullen (kunnen) overgaan. Het springende punt van marktmacht is immers dat de mogelijkheden voor selectieve inkoop worden beperkt. In dit geval is het maar zeer de vraag of een verzekeraar het zich gegeven de gebleken voorkeuren van patiënten zal kunnen veroorloven om het fusieziekenhuis niet te contracteren. De veronderstelling dat de marktmacht van het fusieziekenhuis zal afnemen doordat verzekeraars zorg zullen inkopen bij verder weg gelegen ziekenhuizen strookt niet met de uitgangspunten van de Mw. Die is immers niet bedoeld om de patiënt verder te laten reizen om de concurrentie te herstellen, maar om hem te beschermen tegen de nadelige gevolgen van vermindering van concurrentie.

De tweede keer gaat het mis omdat het prijsplafond niet voldoet aan de basisvoorwaarde die de wet aan remedies stelt. Te weten, dat een remedie – de naam zegt het al – het mededingingsprobleem wegneemt. Het plafond is door tal van uitzonderingen gemakkelijk te omzeilen, van tijdelijke aard en bovendien rechtens niet afdwingbaar.

Normen voor betaalbaarheid en bereikbaarheid maken toets en toezicht niet beter

Minister Schippers heeft voorgesteld om fusies (dan maar, EL) direct aan de zorgbelangen te toetsen. Zij denkt aan een betaalbaarheidsnorm die bepaalt welke prijsstijging maximaal toelaatbaar is. En aan een bereikbaarheidsnorm die bepaalt welke reistijd/reisafstand maximaal toelaatbaar is. Fusies die tot een hogere prijsstijging of een langere reistijd/reisafstand leiden worden verboden. Fusies die binnen de norm blijven moeten alsnog aan de fusietoets uit de Mw voldoen.

Behalve dat dergelijke regulering haaks staat op de inrichting van het huidige zorgstelsel, zijn beide normen problematisch. De betaalbaarheidsnorm biedt geen ruimte om de mogelijke voordelen voor de zorg mee te nemen. Terwijl de simulatiemodellen aan de hand waarvan de prijsgevolgen van de fusie worden gemeten vooralsnog onvoldoende onderbouwd zijn voor een harde knip. Voorts zal een bereikbaarheidsnorm alle regionale verschillen op adequate wijze in een algemene regel moeten vatten. Het is de vraag of dat kan. Tegelijkertijd zullen deze zorgspecifieke normen de toepassing van de fusietoets uit de Mw niet verbeteren. De mededinging wordt immers gehandhaafd om de zorgbelangen veilig te stellen. Waarom zou de mededinging, die niet wordt gehandhaafd wanneer de zorgbelangen niet door specifieke normen zijn veiliggesteld, wel worden gehandhaafd wanneer dat wel het geval is?

¹ Besluit van 2 november 2012 in zaak 7295 *TweeSteden ziekenhuis/St. Elisabeth Ziekenhuis*.

Position Paper Fusietoets Zorginstellingen

Rondetafelgesprek Tweede Kamer, vaste commissie VWS, 29 juni 2015

Matthijs Visser¹

- Het is een open deur dat kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de zorg nastrevenswaardige publieke belangen zijn. Dit zijn echter ook open normen en potentieel tegenstrijdige publieke belangen, waarin (politieke) afwegingen worden gemaakt.
- Fusies van zorginstellingen kunnen effecten hebben die raken aan deze publieke belangen. Die effecten kunnen zowel positief, negatief als neutraal zijn. Vermindering van de concurrentie kan leiden tot hogere prijzen, lagere kwaliteit en verminderde toegankelijkheid. Tegelijkertijd kunnen fusies ook leiden tot lagere kosten, een hogere kwaliteit en behoud van toegankelijkheid. En de effecten kunnen ook neutraal zijn: een fusie van twee ziekenhuizen hoeft bijvoorbeeld niet te leiden tot een kleiner aantal locaties. De effecten van fusies zijn, per definitie, fusie-specifiek.
- Er is daarbij geen bewijs voor de stelling dat fusies vooral een prijsopdrijvend effect zouden hebben. De simulatiemodellen van NZa zijn nuttig, maar vooral een maatstaf voor de mate van overlap van de activiteiten van fuserende partijen. Meer overlap betekent niet automatisch hogere prijzen en de gebruikte modellen hebben dan ook geen bewezen voorspellende waarde voor de prijseffecten van fusies.
- De huidige inhoudelijke fusietoets ligt bij ACM. De norm waaraan wordt getoetst is de vraag of een voorliggende fusie leidt tot een significante belemmering van de effectieve concurrentie, die tot gevolg kan hebben dat prijzen stijgen en de kwaliteit en toegankelijkheid van de aangeboden zorg daalt. NZa toetst ook, maar die toets is vooral procedureel van aard.
- In beginsel komen publieke belangen dus aan bod bij toetsing door ACM, die daarbij ook standpunten van belanghebbenden, zoals zorgverzekeraars en NPCF, weegt.
Maar:
 - ACM kan fusies alleen verbieden indien er sprake is van significante belemmering van de effectieve concurrentie. Dat is iets anders dan toetsen aan (ingevulde) normen voor kwaliteit en toegankelijkheid. Fusies die geen invloed hebben op de concurrentie, maar anderszins leiden tot een mogelijke verslechtering van kwaliteit en toegankelijkheid kunnen niet door ACM worden tegengehouden: toetsing door ACM aan deze belangen is altijd als afgeleide van gevolgen voor concurrentie.

¹ Matthijs Visser is Partner bij RBB Economics. RBB Economics is een economisch adviesbureau gespecialiseerd in concurrentie- en reguleringvraagstukken, waaronder fusies en overnames en reguleringvraagstukken in de zorgsector. Dit position paper is geschreven op persoonlijke titel

- Binnen het toetsingskader van ACM bestaat in beginsel de mogelijkheid om een afweging te maken tussen de verschillende publieke belangen: de betrokken instellingen kunnen beroep doen op “efficiency verweer”: verbetering kwaliteit of toegankelijkheid kan afname concurrentie ‘compenseren.

In de praktijk wordt hier niet of nauwelijks gebruik van gemaakt. De lat ligt hoog: als zelfde voordelen door samenwerking kunnen worden bereikt in plaats van door fusie, dan zijn die voordelen niet fusie-specifiek en houdt ACM hier geen rekening mee. (Dit raakt overigens aan gerelateerde discussie over de vraag hoe ACM aankijkt tegen samenwerking in de zorg, en of terughoudendheid van ACM met het geven van informele zienswijzen zorginstellingen niet onnodig aanzet tot fusies²). Bij een efficiency-verweer gaat het (alleen) om weging van publieke belangen in het kader van een concurrentietoets.

- Mogelijk is dus inderdaad sprake van lacunes in het toezichtmodel omdat huidige fusietoets (alleen) is gericht op het bewaken van effectieve concurrentie, niet op het expliciet toezicht houden op de gevolgen van een fusie op kwaliteit en toegankelijkheid.
- Vanwege de brede publieke belangen en de relatief beperkte scope van fusietoetsen ACM en NZa lijkt er ruimte voor aanvulling van de fusietoets, met name ten aanzien van de effecten op kwaliteit en toegankelijkheid . Betaalbaarheid ligt overigens wél duidelijk binnen het blikveld van ACM.
- Daarbij kan nog opgemerkt worden dat fusietoets door ACM niet eenvoudig en verbetering mogelijk is:
 - Het zorgstelsel blijft in ontwikkeling, dit maakt terugkijken en vooruitkijken lastig voor fuserende partijen, belanghebbenden en voor de toezichthouder. Bijvoorbeeld ten aanzien van de mate waarin en wijze waarop zorgverzekeraars inkoopmacht kunnen uitoefenen en kunnen sturen op prijs en kwaliteit.
 - Daarbij valt op dat de inhoudelijke bijdrage van zorgverzekeraars als belanghebbende bij fusietoetsing door ACM vaak weinig substantieel en weinig fusiespecifiek is.
 - Op (verbetering van) kwaliteit toetsen van fusies is lastig omdat goede informatie over kwaliteit, en effecten van fusies op kwaliteit, ontbreekt. Meer algemeen is er nauwelijks empirisch (ex post) onderzoek gedaan naar prijs- en andere effecten van fusies in de zorgsector in Nederland.
- Aanvullende toets zorgfusies op (normen voor) kwaliteit en toegankelijkheid lijkt nader onderzocht te verdienen. Paar aandachtpunten hierbij :
 - Belang fusietoets door ACM niet onderschatten: gaat ook om mogelijkheden voor verzekeraars om te kunnen sturen op prijs en kwaliteit.

² Overigens is de soms gewekte indruk dat samenwerking per definitie verboden is op grond van de Mededingingswet onjuist.

- Vooralsnog geen duidelijke aanwijzingen dat fusies kwaliteit en toegankelijkheid wezenlijk hebben aangetast (eerder 'gevoel van onbehagen'), dus eerste vraag is of er werkelijk een belangrijk 'gat' in het toezicht zit dat gevuld zou moeten worden.
- Alternatieven voor meer uitgebreide fusietoets zouden ook kunnen worden onderzocht als alternatief: bijvoorbeeld aanscherpen algemene normen ten aanzien van bereikbaarheid zorg.
- Onafhankelijkheid toezicht (blijft) van groot belang. Als minimum (kwaliteits-)normen zouden worden opgeschroefd dan wellicht bij IGZ, indien meer (zorg)inhoudelijke fusietoets dan uitbreiding huidige NZa-toets (maar dan wellicht onder vlag van ACM).
- Belangrijk om in discussie nuance te behouden:
 - Niet alle fusies zijn goed en niet alle fusies zijn slecht: zou moeten gaan om inrichting van toetsing van individuele gevallen.
 - Er zijn relevante en principiële discussies mogelijk over de (meer subjectieve) wenselijkheid van marktwerking in de zorg. Dat zou los moeten staan van (meer objectieve) inrichting fusietoets aan breed gedragen publieke belangen binnen de kaders van het huidige zorgstelsel.