

Ziekenhuisfusies en publieke doelen gezondheidszorg

*Position paper voor rondetafelgesprek inzake Zorgfusies, vaste commissie voor VWS,
29 januari 2018, Xander Koolman*

In deze position paper gaan wij in op de economische theorie en internationale empirie ten aanzien van de effecten van ziekenhuisfusies. We maken daarbij onderscheid tussen de effecten op de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van zorg, en de mate waarin eventuele baten bij de aanbieder, verzekeraar en/of burger neerslaan. We gaan uit van een situatie waarbij fusiepartners ook zonder fusie kunnen voortbestaan.

Effecten van fusies op kwaliteit van zorg: overwegend negatief

Ziekenhuisfusies worden vaak gemotiveerd vanuit kwaliteitsvoordelen. De empirie is echter verdeeld. Enerzijds is een gefuseerd ziekenhuis in staat specifieke zorg op grotere schaal efficiënter te organiseren en daarmee betere uitkomsten (bv. minder complicaties) te bereiken. Anderzijds is een groter ziekenhuis een complexer ziekenhuis met verdergaande specialisatie en meer afstemmingsmomenten en daarmee fouten. Zo voert de Martini-Kliniek in Hamburg op zeer grote schaal prostaatoperaties uit met bijzonder goede uitkomsten. Deze kliniek is echter een gespecialiseerd behandelcentrum en geen complex ziekenhuis. Kijken we in Nederland naar het verband tussen schaalgrootte en ziekenhuissterfte, dan blijkt die sterfte, na correctie voor de gezondheidstoestand van patiënten, wezenlijk hoger bij grote ziekenhuizen (Heijink, Koolman *et al.*, 2008).

Er bestaat een grote hoeveelheid literatuur waaruit blijkt dat schaalgrootte per behandeling positief gecorreleerd is met kwaliteit. Deze relatie is bij een laag volume sterk en wordt steeds zwakker naarmate het aantal behandelingen stijgt. Ziekenhuis kwaliteit is echter veel meer dan de optelsom van de prestaties op veel voorkomende - maar op zichzelf staande - behandelingen. Grondige studies naar de totale kwaliteitseffecten van fusies ontbreken. Onderzoekers richten zich daarom vaak op specifieke uitkomsten van patiënten, in de praktijk gaat het veelal om hartaandoeningen en ziekenhuissterfte. Uit een literatuurstudie blijkt dat ziekenhuisfusies een overwegend negatief effect hebben op deze indicatoren (Vogt en Town, 2006). Een bekende recente studie naar fusies in Engeland laat geen effect zien op kwaliteit (Gaynor, Laudicella en Propper, 2012). Meer in het algemeen kan worden gesteld dat regio's met hogere ziekenhuisuitgaven veelal geen betere gezondheid kennen (Skinner, 2011).

Effecten van fusies op toegankelijkheid van zorg: onbekend

Er is relatief weinig onderzoek gedaan naar de effecten van ziekenhuisfusies op de geografische en financiële toegankelijkheid en wachttijden van ziekenhuiszorg. Deze effecten zullen sterk samenhangen met de lokale situatie. Naar alle verwachting zullen fusies gepaard gaan met een afname van het aantal locaties waar bepaalde behandelingen plaatsvinden, waardoor de gemiddelde reistijd en -kosten voor patiënten toeneemt. Het is niet te verwachten dat de financiële toegankelijkheid voor patiënten in Nederland, in de vorm van hogere eigen betalingen, zal worden beïnvloed door ziekenhuisfusies. Ook het effect van fusies op wachttijden is niet voldoende onderzocht om daar uitspraken over te doen.

Effecten van fusies op kosten en prijzen van zorg: zorguitgaven gaan omhoog

We onderscheiden de gevolgen van een fusie op de productiekosten van de gevolgen op prijzen en intensiteit van de behandeling. Gaynor laat zien dat de verwachte schaalvoordelen van 112 ziekenhuisfusies in Engeland niet leiden tot een verhoogde productiviteit en daarmee een daling van de productiekosten. Hayford (2011) bestudeerde 40 fusies in de VS, en laat zien dat de behandelintensiteit toeneemt na een fusie. Deze toename van de behandelintensiteit leidt tot een toename van de uitgaven per patiënt. Er is geen bewijs dat deze uitgaven gepaard gaan met verbeterde uitkomsten, laat staan dat de verhouding tussen uitgaven en effecten maatschappelijk gezien gunstig is. In empirische studies blijkt het vaak lastig te zijn om onderscheid te maken tussen prijsverhogingen en een toename van de gemiddelde behandelintensiteit. Ongeacht de oorzaak blijkt dat ziekenhuisfusies in verschillende tijden en uiteenlopende stelsels leiden tot een verhoging van de uitgaven per patiënt (zie bijv. Krishan en Krishan 2003, en Mariuzzo *et al.* 2016).

Verdeling baten

Op basis van bovenstaande verwachten wij geen kwaliteitswinst, geen toegankelijkheidswinst, maar wel een stijging van de zorguitgaven, mogelijk vanwege een toename van de behandelintensiteit. Waar komen die extra zorguitgaven terecht?

Eventuele baten slaan mogelijk niet op gewenste plek neer

Vanuit de welvaartseconomie worden eventuele inkomsten van producenten en consumenten aan elkaar gelijk gesteld. Hierbij wordt verondersteld dat (1) extra baten efficiënt ingezet worden *en* (2) de politiek in staat is eventuele onrechtvaardige verdelingen te verdelen zodat de uiteindelijke verdeling overeenkomt met de voorkeuren van de burger. Beide aannamen zijn echter niet aannemelijk.

Indien een ziekenhuis de baten naar zich toe weet te trekken, dan is het waarschijnlijk dat de extra middelen niet als winst zullen worden uitgekeerd. Het is waarschijnlijker dat de extra middelen worden ingezet om zorg te produceren en artsen/medisch specialistische bedrijven mee te betalen.

De kans is klein dat politiek, overheid en zorgverzekeraars in staat zijn de extra baten af te romen en toe te wijzen aan maatschappelijk meer renderende goederen en diensten. Als we kijken naar de huidige verdeling van de baten in de zorg, dan zien we vele vaak terugkerende voorstellen in opeenvolgende regeerakkoorden. Wij maken hieruit op dat de politiek zelf ook ontevreden is over de mate waarin zij in staat is beleid te maken in de zorg.

De baten blijven in het ziekenhuis

In het algemeen geldt dat naarmate een marktpartij meer marktmacht heeft, deze in staat is om een groter deel van de baten van de markt naar zich toe te trekken. Dat gaat ten koste van andere marktpartijen. Dit volgt direct uit de economische theorie en is overtuigend aangetoond met empirisch onderzoek. Het maakt daarbij niet uit of de onderhandelingsmacht met name aan de kant van de verkopende of de inkopende partij geconcentreerd is. Minder duidelijk is of een groter lokaal marktaandeel, leidt tot meer marktmacht. Voor zorgverzekeraars lijkt dit bijvoorbeeld niet het geval omdat zij op de polismarkt met elkaar moeten concurreren en een zorgplicht hebben. Een grotere zorgverzekeraar heeft daarom mogelijk minder inkoopmacht dan een kleine zorgverzekeraar. In de evaluatie van de Zvw werd geconcludeerd dat ziekenhuizen de bovenliggende partij zijn (KPMG 2015).

Geld blijft in het ziekenhuis

Voor ziekenhuizen is het redelijk om aan te nemen dat een toename van het marktaandeel gepaard gaat met een stijging van de marktmacht. Het wordt immers voor zowel zorgverzekeraar als patiënt lastiger om het ziekenhuis te mijden. Een gefuseerd ziekenhuis is daarom beter in staat om de eventuele baten voor zichzelf te houden. In Nederland heeft vrijwel geen van de ziekenhuizen een winsttoegmerk, en het is daardoor waarschijnlijk dat een toename van de marge binnen het ziekenhuis besteed zal worden.

Medisch specialisten delen mee

Medisch specialisten zijn veelal niet in dienst van het ziekenhuis, maar van een Medisch Specialistisch Bedrijf (MSB). Het dominante deel van de medisch specialisten ontvangt een salaris op basis van de geleverde bijdrage aan de ziekenhuisomzet. Zij delen daarom mee in de baten.

Zorgverzekeraars betalen de extra uitgaven

De onderhandelingspositie van de zorgverzekeraar is waarschijnlijk sterk tijdens de fusieaanvraag omdat het ziekenhuis steun zal zoeken voor de fusie, maar direct na de fusie zal deze verzwakken. Overeenkomstig het internationale onderzoek verwachten wij een stijging van de ziekenhuiskosten die vooral zal neerslaan bij de verzekeraar die dominant is in de regio van de fusie.

Conclusie: kritische houding wenselijk

Wetenschappelijk onderzoek is kritisch over de effecten van ziekenhuisfusies op de publieke doelen van kwaliteit en betaalbaarheid. Een kritische grondhouding en omgekeerde bewijslast gericht op elk van de publieke doelen passen hierbij. Bovenstaande bevindingen zijn gebaseerd op gemiddelden en uitzonderingen zijn mogelijk.