



# INHOUD

- 3** STRENG TOEZICHT OP ZIEKENHUISFUSIES IS ÉN BLIJFT GEWENST!  
**Anne-Fleur Roos en Marco Varkevisser**
  
- 6** GEEN PANIEK, ZIEKENHUISFUSIES ZIJN NIET ALTIJD SLECHT VOOR DE PATIËNT!  
**Gabriëlle ten Broeke en Ariëne Gommers**
  
- 10** MEDEDINGING EN SAMENWERKING IN DE MEDISCH SPECIALISTISCHE ZORG: IS HET HUIDIGE CONCURRENTIEMODEL TOEREIKEND?  
**Ron Kemp**
  
- 13** BIJNA GELIJKE BASISPOLISSEN OP DE ZORGVERZEKERINGSMARKT,  
**Ramsis Croes, Misja Mikkers, Rob van der Noll, Annemieke Tuinstra**
  
- 17** **Samenvatting proefschrift**  
MERGERS AND COMPETITION IN THE DUTCH HEALTHCARE SECTOR,  
**Anne-Fleur Roos**
  
- 19** PROMOVENDI IN DISCUSSIE MET BELEIDSMAKERS,  
**Richard van Kleef**
  
- 20** TERUGBLIK OP EEN INSPIREREND EUHEA2018,  
**Conference Host Organising Committee Maastricht**
  
- 22** AANKONDIGING VGE-CONGRES 2018, "HERVORMING OUDERENZORG: NAAR KWALITEIT EN DOELMATIGHEID"
  
- 23** SPONSOREN, COLOFON

Het voorjaarsnummer van 2019 heeft als thema: Zorg voor hoog-risicogroepen: identificeren en interveniëren. Wilt u een bijdrage leveren aan dit nummer, neem dan vooral contact met ons op of stuur uw bijdrage naar [bulletin@gezondheidseconomie.org](mailto:bulletin@gezondheidseconomie.org). De kopijdatum is 15 maart 2019.

## VOORWOORD

Met de invoering van gereguleerde marktwerking in de gezondheidszorg zijn de mededingingsregels onverkort van toepassing op zorgaanbieders en zorgverzekeraars. De mededingingswet bestaat uit 3 onderdelen: het kartelverbod, concentratietoezicht en het verbod op misbruik van een economisch machtspositie. De Autoriteit Consument en Markt, is toezichthouder op de mededingingsregels. Concurrentie heeft doorgaans positieve effecten voor de kwaliteit en doelmatigheid, en beperken van concurrentie mag alleen bij uitzondering als het evident leidt tot meerwaarde voor burgers. Toepassing van deze mededingingsregels in de zorg, blijkt echter niet altijd vanzelfsprekend. In dit bulletin komen verschillende visies en aspecten van mededinging binnen de zorg aan bod. Graag horen we als redactie ook de visies en reacties van onze lezers! Stuur uw reactie (max 150 woorden) voor 15 maart 2019 naar: [bulletin@gezondheidseconomie.org](mailto:bulletin@gezondheidseconomie.org). We kijken uit naar een vruchtbare discussie!

# STRENG TOEZICHT OP ZIEKENHUISFUSIES IS ÉN BLIJFT GEWENST!

Anne-Fleur Roos en Marco Varkevisser

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

## **TWIJFELACHTIGE GOEDKEURINGEN IN HET VERLEDEN**

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

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

## **WEINIG ONDERZOEK NAAR EFFECTEN**

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

# STRENG TOEZICHT OP ZIEKENHUISFUSIES IS ÉN BLIJFT GEWENST!

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

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

## SCHERPER TOEZICHT

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

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

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

## HET WETTELIJK INSTRUMENTARIUM EN INDIRECTE PUBLIEKE BELANGEN

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

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

## HOE NU VERDER?

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

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

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

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

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

# GEEN PANIEK, ZIEKENHUISFUSIES ZIJN NIET ALTIJD SLECHT VOOR DE PATIËNT!

Gabriëlle ten Broeke en Ariëne Gommers

Vanaf de jaren zeventig tot nu zijn er in Nederland ongeveer 110 ziekenhuisfusies geweest. Deze fusies waren vaak een logische stap om erfenissen uit verzuild Nederland op te schonen. Deze ziekenhuisfusies hebben nooit voor veel ophef gezorgd.

De laatste tijd neemt de negatieve aandacht voor ziekenhuisfusies toe. Zo hebben economen van de Erasmus School of Health Policy & Management te Rotterdam zich uitgesproken tegen ziekenhuisfusies. Volgens hen keurde de Autoriteit Consument & Markt (ACM) fusies tussen ziekenhuizen te gemakkelijk goed en zou de ACM "minder toegeeflijk moeten optreden".<sup>1</sup> Eind 2017 publiceerde de ACM het rapport "Prijs- en volume-effecten van ziekenhuisfusies"<sup>2</sup> en ook zij trok daaruit een aantal ferme conclusies. Op basis van dat rapport zei de ACM de aandacht voor concurrentierisico's van

ziekenhuisfusies te gaan verscherpen. Prijzen lijken als gevolg van ziekenhuisfusies te stijgen, aldus de ACM. Eerder was volgens de ACM al gebleken dat de kwaliteit van de zorg niet aantoonbaar verbetert na een fusie.

Ook de politiek heeft aandacht voor de gevolgen van zorgfusies en worstelt met de vraag of grote ondernemingen in de zorg wel wenselijk zijn. Op 29 januari 2018 hield de Vaste Kamercommissie voor VWS een rondetafelgesprek over zorgfusies. Aanleiding hiervoor was de goedkeuring van de fusie van het VUmc en het AMC.

In dit artikel staan wij stil bij het wettelijk kader van de fusietoets van de ACM. Wij bespreken de redenen voor ziekenhuisfusies en de recente praktijk van de ACM. We behandelen de vraag of fusies tussen ziekenhuizen anders zouden moeten

worden beoordeeld dan fusies in andere sectoren van de economie. We sluiten af met een conclusie en oproep aan de ACM.

## WETTELIJK KADER FUSIETOETS

Sinds 1998 kent Nederland de Mededingingswet die van toepassing is op alle sectoren van de Nederlandse economie. Onderdeel van de Mededingingswet is het toezicht op concentraties. Fusies, overnames en bepaalde soorten joint-ventures moeten vooraf worden gemeld bij de ACM. De ACM is onze nationale toezichthouder voor de mededinging en is onpartijdig en onafhankelijk van de politiek. Toezichthouders dienen volgens de Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid (WRR) gepaste afstand te houden tot bestuur en politiek.<sup>3</sup> Alleen met een onpartijdige opstelling kan het toezicht maatschappelijke legitimiteit en publiek vertrouwen verwerven en behou-

den en gezaghebbend 'terugpraten' naar de instituties die verantwoordelijk zijn voor de inrichting van de sector, aldus de WRR.

De toets volgens artikel 37 van de Mededingingswet luidt of, als gevolg van een concentratie, de daadwerkelijke mededinging op de Nederlandse markt of een deel daarvan op significante wijze zou worden belemmerd, met name als het resultaat van het in het leven roepen of het versterken van een economische machtspositie. Heeft de ACM redenen om aan te nemen dat dit het geval kan zijn, dan volgt een tweede onderzoeksfase. In deze tweede onderzoeksfase wordt partijen de vergunning om te fuseren ingevolge artikel 41 van de Mededingingswet geweigerd indien als gevolg van de voorgenomen concentratie de daadwerkelijke mededinging op de Nederlandse markt of een deel daarvan op significante wijze

zou worden belemmerd, met name als het resultaat van het in het leven roepen of het versterken van een economische machtspositie. De ACM moet ingevolge deze wettelijke toets aantonen dat er significante mededingingsproblemen zullen optreden met name als resultaat van het ontstaan of versterken van een economische machtspositie. Het is dus niet zo dat de ACM moet bewijzen dat er geen significante mededingingsproblemen zullen optreden om een goedkeuring te kunnen verlenen. Deze tekst sluit aan bij de Europese concentratieverordening. In de Memorie van Toelichting bij de Mededingingswet is aangegeven dat de Mededingingswet niet strenger of soepeler zal zijn dan de Europese mededingingsregels.<sup>4</sup> Sinds 2004 is de fusietoets ook van toepassing op fusies tussen ziekenhuizen.

## REDENEN VÓÓR ZIEKENHUISFUSIES

In de meeste sectoren van de economie vinden fusies vooral plaats om de aandeelhouderswaarde te vergroten. Dat



# GEEN PANIEK, ZIEKENHUISFUSIES ZIJN NIET ALTIJD SLECHT VOOR DE PATIËNT!

motief ontbreekt in de ziekenhuissector omdat de ziekenhuissector veelal geen aandeelhouders kent.

Ziekenhuisfusies hebben primair als doel om de kwaliteit en toegankelijkheid van zorg te waarborgen. Zo biedt een fusie ziekenhuizen de mogelijkheid gezamenlijk wel aan volumenormenten voor medische behandelingen te voldoen waar het individueel niet (meer) lukt. Voor complexe operaties gelden vaak volumenormenten waar ziekenhuizen aan moeten voldoen. Deze normen worden opgesteld door wetenschappelijke verenigingen voor het minimale aantal operaties dat een instelling jaarlijks moet uitvoeren om voldoende ervaren te blijven. Ook internationaal worden volumenormenten opgesteld. Mede gelet op de toegenomen internationale specialisatie, de internationale eisen en de toegenomen technologie is het aannemelijk dat de volumenormenten in de toekomst steeds hoger komen te liggen.

Voor veel medische ingrepen worden volumenormenten opgesteld om goede zorg voor de patiënten te borgen. Daar staat tegenover dat het voor een individueel ziekenhuis steeds lastiger is om de steeds hogere normen te kunnen halen. Door hun krachten te bundelen in een fusie kunnen ziekenhuizen aan deze normen blijven voldoen. Hierdoor wordt een ziekenhuis weliswaar groter, maar kan in een regio ook specialistische zorg aangeboden blijven worden.

Het alternatief, samenwerken op gebieden waar ziekenhuizen volumenormenten niet dreigen te halen, is slechts op beperkte schaal mogelijk. Samenwerkingsverbanden vragen veel managementaandacht van een ziekenhuis en de betrokken zorgprofessionals. Verschillende culturen van de ziekenhuizen, maar ook meer overdrachtsmomenten vragen de nodige energie van betrokken zorgprofessionals, met alle risico's van dien. Daar waar volumenormenten toeneemen, zouden sommige ziekenhuizen tien

tot twintig samenwerkingsverbanden moeten afsluiten om aan alle normen te kunnen blijven voldoen. Bezien vanuit de publieke belangen kwaliteit, bereikbaarheid en betaalbaarheid is dat zeker niet te prefereren boven een fusie. Daar komt bij dat patiënten vaak aan meerdere aandoeeningen tegelijk lijden. Zij zijn bij meerdere specialisten tegelijk onder behandeling die bij voorkeur allemaal in hetzelfde ziekenhuis beschikbaar zijn. Een groter fusieziekenhuis, met alle benodigde specialismen onder één dak, draagt in die zin ook bij aan een betere bereikbaarheid en kwaliteit voor de patiënt.

Nieuwe medische technologie en ICT worden steeds belangrijker, maar zijn ook zeer kostbaar. Dat brengt investeringen met zich mee die door sommige ziekenhuizen niet altijd individueel gedragen kunnen worden. Uit recent onderzoek van KPMG<sup>5</sup> blijkt dat het voor veel kleine ziekenhuizen lastig is om het hoofd boven water te houden. De marges waren voor topklinische en algemene zieken-

huizen volgens KPMG dun. Dit is niet alleen zorgelijk voor het hier en nu, maar vormt ook een risico voor de toekomstbestendigheid en transformatiekracht van de Nederlandse zorg, aldus KPMG.

## PRAKTIJK ACM

De ACM kan de Mededingingswet niet strenger toepassen in de zorg dan in andere sectoren. Desalniettemin lijkt de ACM gevoelig voor het Rotterdamse offensief en voor gevoelens vanuit de politiek. De ACM zegt prijsstijgingen na ziekenhuisfusies te hebben vastgesteld en kondigde in december 2017 aan "de aandacht voor concurrentierisico's bij ziekenhuisfusies te verscherpen". Wil dat zeggen dat de ACM ziekenhuisfusies anders of strenger gaat beoordelen? Een prijsstijging zoals onderzocht, zegt in het geval van de ziekenhuissector niet zo veel. De onderzochte prijzen betroffen de gedeclareerde contractprijzen en die hebben een beperkte betekenis in de ziekenhuiszorg. Dat vindt zijn oorsprong in de sterk veranderde wet- en regelgeving



in de periode 2007-2014. De onderhandelingen waren in de periode 2007-2012 vooral gericht op het overeenkomen van een totaalbudget voor het ziekenhuis. Vanaf 2012 worden er vaak afspraken gemaakt over een aanneemsom of omzetplafond. Onderhandelingen over prijs en volume vinden pas daarna plaats. In een dergelijke setting heeft de hoogte van de te declareren contractprijzen en volumes niet zoveel betekenis. De geleverde en gedeclareerde zorg boven het budget of omzetplafond wordt immers niet vergoed, hetgeen de facto leidt tot veel lagere nettoprijzen, dat wil zeggen lager dan de onderzochte, gedeclareerde prijzen.

In de periode van 2007-2014 had de ziekenhuissector dus te maken met prijzen die nauwelijks door de werking van de markt tot stand zijn gekomen. De prijs- en volume-effecten die de ACM heeft onderzocht, zijn gebaseerd op de gedeclareerde en vaak kunstmatig tot stand gekomen contractprijzen en -volumes

en niet op de prijzen die de zorgverzekeraars daadwerkelijk hebben betaald en volumes die daadwerkelijk zijn geleverd. Daarmee zeggen deze helaas weinig over de werkelijke ontwikkelingen in de sector en kunnen er niet de conclusies aan verbonden worden zoals de ACM dat lijkt te willen doen.

### CONCLUSIE

De fusietoets is neergelegd in de Mededingingswet en geldt gelijk voor alle sectoren van de economie. Ingevolge de fusietoets van de Mededingingswet, die aansluit bij de toets van de Europese concentratieverordening, kan er enkel een fusie worden tegengehouden als de mededingingsautoriteit kan aantonen dat er significante problemen voor de mededinging zullen ontstaan. Waar de ACM op basis van een beperkt onderzoek zegt dat verscherpte aandacht ertoe kan leiden dat zij mogelijk vaker mededingingsproblemen constateert en hierdoor mogelijk eerder ziekenhuisfusies gaat verbieden, wordt ze vaag. Vindt de ACM

dat ze eerder te weinig onderzoek heeft gedaan naar mededingingsproblemen bij ziekenhuisfusies? Of gaat de ACM anders toetsen omdat ze ziekenhuisfusies eerder wil gaan verbieden?

Een dergelijk statement past in onze ogen niet bij een onpartijdige en onafhankelijke toezichthouder die zich aan het toetsingskader van de Mededingingswet moet houden. Het toetsingskader van de Mededingingswet vraagt dat elke casus op zijn eigen merites wordt beoordeeld en dat de ACM casusspecifiek moet onderzoeken of een fusie daadwerkelijk zal leiden tot significante mededingingsproblemen. Niet omdat de ACM dat wil, maar omdat de ACM de feiten en omstandigheden voor die beslissing door middel van objectief en degelijk onderzoek heeft aangetoond.

De ACM is onze nationale toezichthouder voor de mededinging en is zoals gezegd onpartijdig en onafhankelijk van de politiek. Zoals de WRR al aangaf, kan

alleen met een onpartijdige opstelling het toezicht maatschappelijke legitimiteit en publiek vertrouwen verwerven en behouden en gezaghebbend 'terugpraten' naar de instituties die verantwoordelijk zijn voor de inrichting van de sector.

**Gabriëlle ten Broeke is senior beleidsadviseur bij de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ). Deze bijdrage is geschreven op persoonlijke titel. Ariëne Gommers is juridisch en strategisch adviseur bij AGLegal.**

1. Varkevisser en Schut (2010). 'Fusietoetsing in de zorg'. ESB 95 (4576).
2. Autoriteit Consument & Markt (2017). Prijs- en volume-effecten van ziekenhuisfusies. Den Haag: ACM.
3. Wetenschappelijke Raad voor het Regeeringsbeleid (2013). Toezien op publieke belangen. Den Haag/Amsterdam, p. 151.
4. Tweede Kamer(1996). Kamerstuk 24707, nr. 3, p. 10 e.v.
5. KPMG (2018). Healthcheck, Ontwikkelingen binnen de ziekenhuiszorg. Amsterdam: KPMG Health.

# IS HET HUIDIGE CONCURRENTIEMODEL TOEREIKEND?

Ron Kemp

*Het ziekenhuislandschap is volop in beweging. Diverse stakeholders presenteren hun toekomstvisie op hoe de zorg georganiseerd zou moeten worden. Sluit het huidige concurrentiemodel 'concurrentie op de markt' wel bij deze vergezichten aan?*

Mededinging in de zorg. Een onderwerp dat veel meningen en emoties oproept. Voorstanders van mededinging benadrukken het belang van prijs als signaal om te komen tot een goede decentrale keuze van consumptie en productie. Marktwerking stelt patiënten in staat om te kiezen voor goede zorgaanbieders, kwaliteitsverbeteringen en innovaties worden gestimuleerd en tot slot zal de markt bijdragen aan een efficiënte organisatie van de zorg en lagere kosten. Tegenstanders van mededinging dragen aan dat mededinging zal leiden tot onwenselijke uitkomsten zoals de afname van kwaliteit van zorg; de laagste prijs en niet de beste kwaliteit zal regeren. Juist door samenwerking in plaats van concurrentie zal de kwaliteit verbeteren en de zorg efficiënt worden geproduceerd. Een actieve bemoeienis van de overheid en de zorgprofessionals is daarom te verkiezen boven de markt en managers. De spanning tussen mededinging en sa-

menwerking bestaat al sinds de invoering van gereguleerde marktwerking in de zorg in 2006. In dit artikel wil ik de diverse toekomstvisies voor de medisch specialistische zorg (MSZ) nader bekijken en bezien of 'concurrentie op de markt' nog volstaat op delen van de MSZ.

### ONTWIKKELINGEN IN DE MSZ

De markt voor MSZ is volop in beweging. Al meerdere decennia vindt er in de MSZ een verdergaande concentratie plaats door middel van fusies<sup>1</sup>. Deze concentratie is na 2006 doorgegaan. Veelal worden medisch inhoudelijke argumenten aangevoerd als noodzaak om te fuseren, zoals het realiseren van betere kwaliteit door het halen van volumennormen of subspecialisatie die mogelijk is in grotere organisaties. Daarnaast spelen ook strategische motieven een rol zoals het versterken van de onderhandelingsmacht ten opzicht van de zorgverzekeraars en financiers. De concentratie in de ziekenhuissec-

tor wordt versterkt door het groeiend aantal samenwerkingsverbanden tussen (onderdelen van) ziekenhuizen. De samenwerkingsverbanden kunnen veel vormen aannemen, van afspraken over doorverwijzingen, value-based health-care initiatieven, tot het (her)verdelen van behandelingen.

Tegenover deze fusies en samenwerkingen staat de toetreding van vele zelfstandige behandelcentra (ZBC's). Het aantal is gegroeid van zo'n 60 ZBC's in 2006 tot ruim 200 in 2016, nu goed voor ongeveer 4% van de MSZ<sup>2</sup>.

Al met al veel dynamiek in de markt voor MSZ. Toch lijken bepaalde vormen van dynamiek meer gewenst dan anderen: fusie is uit, samenwerken is in. Zo was in het rondetafelgesprek over zorgfusies van de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport de teneur dat concentratie in de vorm van fusies is doorgeslagen<sup>3</sup>. Ook in de academische wereld wordt regelmatig aangegeven dat

de vele fusies een risico vormen voor de werking van het zorgstelsel<sup>4</sup>. Via minder vergaande vormen van samenwerking zouden dezelfde doelen gerealiseerd kunnen worden.

De laatste tijd delen diverse stakeholders hun visie over de gewenste organisatie van de MSZ. De Taskforce Zorg op de Juiste Plek<sup>5</sup> geeft aan dat bij complexe zorg een verdere concentratie nodig is om nieuwe zorgvoorzieningen en schaalvoordelen te kunnen realiseren. Ze ziet daar een rol weggelegd voor de zorgverzekeraars.

KPMG<sup>6</sup> schetst een scenario met lokale zorgcentra voor laagcomplexere specialistische zorg, gespecialiseerde klinieken voor laagcomplexere electieve ingrepen en zo'n dertig interventiecentra waar hoogcomplexere zorg, acute zorg en geboortezorg wordt uitgevoerd. Om dit te bereiken is volgens KPMG 'stevige centrale regie' nodig. De STZ-ziekenhuizen willen graag deze regierol spelen. Door het verschui-

ven van behandelingen tussen ziekenhuizen kan de juiste schaal behaald worden, zogenaamde 'mini-concentraties'<sup>7</sup>. Dit betreft met name complexe behandelingen waarbij de operatie uitgevoerd wordt in een gespecialiseerd centrum en de voor- en nabehandeling in het ziekenhuis dicht bij de patiënt.

Deze verschillende visies hebben met elkaar gemeen dat een deel van de zorg, de hoogcomplexere zorg, verder geconcentreerd wordt: door fusie, samenwerking of uitruil en herverdeling van activiteiten. Maar past dit wel in het huidige zorgstelsel?

### **VERSCHILLENDE MANIEREN OM CONCURRENTIE TE ORGANISEREN**

Er zijn verschillende manieren om mededinging in een sector te organiseren: concurrentie op de markt, concurrentie om de markt en maatstafconcurrentie<sup>8</sup>. Bij concurrentie op de markt zijn meerdere aanbieders op de markt actief die de

meeste behandelingen kunnen uitvoeren. Daarbij kunnen zij een schaal realiseren waarbij ze dat, zowel economisch als qua kwaliteitstandaarden, efficiënt kunnen doen. Het huidige stelsel is hierop gebaseerd.

Concurrentie om de markt is geschikt voor situaties waarbij er minder aanbieders aanwezig zijn. Door de benodigde schaal en schaalvoordelen kan er maar een beperkt aantal aanbieders op de markt actief zijn. Een of enkele aanbieders zullen worden geselecteerd om bepaalde behandelingen te mogen aanbieden. De selectie van de aanbieders kan plaatsvinden door middel van een veiling, offertes of een beauty contest. (Samenwerkende) ziekenhuizen gebruiken deze vorm van concurrentie bijvoorbeeld voor de inkoop van geneesmiddelen.

Tot slot maatstafconcurrentie, dit is met name geschikt als de aanbieders actief zijn op (bijna) gescheiden geografische markten met vergelijkbare producten; ze

zijn vergelijkbaar maar concurreren niet direct met elkaar. De prestaties van de verschillende aanbieders worden tegen elkaar afgezet waarbij prikkels worden ingebouwd om de kwaliteit te verbeteren en efficiënt te produceren. Het is belangrijk dat de verrichte behandelingen redelijk homogeen zijn en de prestaties goed zijn vast te leggen.

### **PASSEN DE VERGEZICHTEN IN HET HUIDIGE 'CONCURRENTIE OP DE MARKT' MODEL?**

Voor laagcomplexere specialistische en electieve zorg past het huidige concurrentie model. Meerdere aanbieders zullen deze diensten aanbieden in dezelfde of overlappende geografische markten. Voor deze zorg kan het huidige zorgsysteem blijven bestaan.

Hoogcomplexere zorg is een ander verhaal. Hier zal het aantal aanbieders fors kleiner zijn waarbij er nauwelijks geografische overlap zal zijn in verzorgingsgebied.

# IS HET HUIDIGE CONCURRENTIEMODEL TOEREIKEND?

Concurrentie op en om de markt lijkt, gezien de huidige ontwikkelingen in de concentratie van hoogcomplexiteit zorg, niet echt mogelijk. Er zijn weinig spelers op de markt, die door de samenwerkingen en fusies zelf al een verdeling van de markt hebben gemaakt. Een veiling of beauty contest is daardoor eigenlijk niet meer mogelijk. De kaarten zijn deels al geschud.

Blijft over maatstafconcurrentie. Door de beperkte geografische overlap concurreren de aanbieders van hoogcomplexiteit zorg niet met elkaar, maar lijken wel steeds meer op elkaar. Het aanbod wordt homogener onder andere door een vergelijkbare schaal en uitwisseling van ervaringen en best practices tussen de aanbieders. Een voorbeeld hiervan is de Santeon samenwerking. Daarnaast worden er meer prestatie indicatoren ontwikkeld die het beter mogelijk maken om te vergelijken.

De exacte vormgeving van maatstafcon-

currentie vraagt de nodige aandacht. Er zal een systematiek ontwikkeld moeten worden waarbij het streven naar beter kwaliteit voldoende aandacht krijgt en het leveren van goede kwaliteit op een efficiënte manier op een juiste manier wordt beloond. Wie moet deze maatstafconcurrentie organiseren? Hebben verzekeraars voldoende mogelijkheden om zo'n maatstafconcurrentie af te dwingen of moet dit door de overheid en toezichthouders worden georganiseerd? Hoe wordt voorkomen dat een sterke positie bij hoogcomplexiteit zorg wordt overgeheveld naar de markt voor laagcomplexiteit zorg? Volstaat een gescheiden boekhouding tussen de hoogcomplexiteit en laagcomplexiteit en electieve zorg om te voorkomen dat er geen kruissubsidiëring kan plaatsvinden? Moet er apart onderhandeld worden over volumes? Allemaal relevante vragen. De vergezichten zouden aan zeggingskracht winnen als ook aan dit soort complexe aspecten aandacht zou worden besteed.

**Dr. Ron Kemp is senior econoom bij Directie Zorg van de Autoriteit Consument en Markt (ACM) en universitair hoofddocent bij Erasmus School of Health Policy & Management, Erasmus Universiteit Rotterdam. Dit artikel is geschreven op persoonlijke titel en kan de ACM op geen enkele wijze binden. De auteur bedankt diverse medewerkers van de ACM voor hun opmerkingen bij eerdere versies van dit artikel.**

1. Roos, A-F. (2018). Mergers and Competition in the Dutch Healthcare Sector. Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam
2. Vektis (2018). Aandeel zelfstandige behandelcentra blijft toenemen. Zeist: Vektis.
3. Tweede Kamer (2018). Rondetafelgesprek over Zorgfusies. [https://www.tweedekamer.nl/debat\\_en\\_vergadering/commissie-vergaderingen/details?id=2017A04279](https://www.tweedekamer.nl/debat_en_vergadering/commissie-vergaderingen/details?id=2017A04279)
4. Varkevisser, M., E. Loozen en F.T. Schut (2012). Falend toezicht op ziekenhuisfusies brengt zorgstelsel in gevaar. Me Judice, 3 december

5. Taskforce Zorg op de Juiste Plek (2018). De juiste zorg op de juiste plek Wie durft?. Den Haag: VWS.
6. KPMG (2018). Wie doet het met wie: Tijd voor serieuze relaties in de regio. Amsterdam: KPMG Health.
7. STZ ziekenhuizen (2018), Too big to fail, too small to survive. Utrecht: STZ.
8. Barros, P.P., W.B.F. Brouwer, S. Thomson en M. Varkevisser (2016). 'Competition among health care providers: helpful or harmful'. European Journal of Health Economics, vol 17, pp. 229-233.

# BIJNA GELIJKE BASISPOLISSEN OP DE ZORGVERZEKERINGSMARKT

Ramsis Croes, Misja Mikkers, Rob van der Noll, Annemieke Tuinstra

*Elk individu in Nederland van 18 jaar of ouder is verplicht om een zorgverzekering af te sluiten. Verzekeraars bieden verschillende basispolissen (officieel: modelovereenkomsten) aan en elke basispolis vergoedt de kosten van zorg die in het basispakket zijn opgenomen. Zorgverzekeraars zijn verplicht om elk individu te accepteren voor de basispolis.*

Elk jaar vanaf november tot 1 januari kan een verzekerde overstappen naar een andere basispolis. Het vergelijken van basispolissen is voor de verzekerde een complexe taak. De basispolissen verschillen op verschillende dimensies van elkaar. De belangrijkste productverschillen zijn: type polis (natura/restitutie/combinatie), netwerk van gecontracteerde zorgaanbieders (per zorgsoort, bijv. medisch specialistische zorg of apotheken), vergoedingspercentage niet-gecontracteerde zorg (per zorgsoort), service (zoals mogelijkheid of verplichting tot online declareren), verplicht gebruik van internetapotheek en contact met de klantenservice.

Het kiezen van de basispolis gaat gepaard met het kiezen voor een vrijwillig eigen risico en aanvullende verzekeringen voor bijvoorbeeld tandzorg of fysiotherapie. Veel van deze dimensies vragen een inschatting van de toekomstige zorgvraag



# BIJNA GELIJKE BASISPOLISSEN OP DE ZORGVERZEKERINGSMARKT

en zorgkosten. Aan de andere kant moet de verzekerde de aangeboden keuzes begrijpen. Dit is geen makkelijke taak. Uit verschillende onderzoeken blijkt dat individuen moeite hebben met verschillende aspecten van dit keuzeproces, zie bijvoorbeeld Ericson & Sydnor<sup>1</sup>. En wanneer mensen niet makkelijk kunnen vergelijken en kiezen, oefenen ze minder concurrentiedruk uit op zorgverzekeraars. In dat geval werkt de markt niet goed.

Een belangrijk aspect van het keuzeproces in de Nederlandse markt is het aantal basispolissen waaruit een individu kan kiezen. Recent hebben de auteurs van dit artikel onderzoek gedaan naar verschillen tussen basispolissen en de keuzes van consumenten<sup>2</sup>. De aanleiding is de veelgehoorde klacht dat consumenten 'door de bomen het bos niet meer zien'. Vinden mensen hun weg naar de best passende polis? Zo niet, wat kunnen we daar aan doen? Deze vragen zijn beantwoord met een clusteranalyse en een literatuurstudie naar beleidsmaatregelen.

## METHODE

In 2018 zijn er 23 zorgverzekeraars actief, die onderdeel zijn van 10 concerns. Samen brengen ze 55 basispolissen op de markt. Deze polissen worden niet alleen door zorgverzekeraars, maar ook door collectiviteiten (ongeveer 64.000), volmachten, tussenpersonen en vergelijkingssites aan verzekerden aangeboden. Het aantal opties voor verzekerden is dus op eerste gezicht enorm. Echter, een deel van de polissen verschilt in werkelijkheid maar weinig. Om dit te onderzoeken hebben we een clusteranalyse uitgevoerd om de verschillen te kwantificeren en in kaart te brengen wat er te kiezen valt. Elke polis is ingedeeld in een cluster van polissen die relatief veel op elkaar lijken. Vervolgens hebben we bekeken in welke mate mensen binnen een cluster van gelijke polissen voor de polis met de laagste premie hebben gekozen.

Voor de clusteranalyse hebben we eerst een dataset samengesteld met daarin relevante productkenmerken van de

basispolis, zoals type polis, de contractering en vergoeding van de belangrijkste zorgsoorten en servicekenmerken. Een clusteranalyse biedt inzicht in welke polissen meer en minder op elkaar lijken. Het gebruikte algoritme meet namelijk de 'afstand' tussen de polissen op al deze kenmerken en groepeerde de polissen vervolgens. Aan de hand daarvan kunnen we zien welke basispolissen qua productkenmerken dicht bij elkaar zitten. In een clusteranalyse kun je verschillende afstandsmaten gebruiken. In dit onderzoek hebben we gebruik gemaakt van de Gower Distance om alle afstanden tussen de kenmerken te bundelen tot één afstandsmaat.<sup>3</sup>

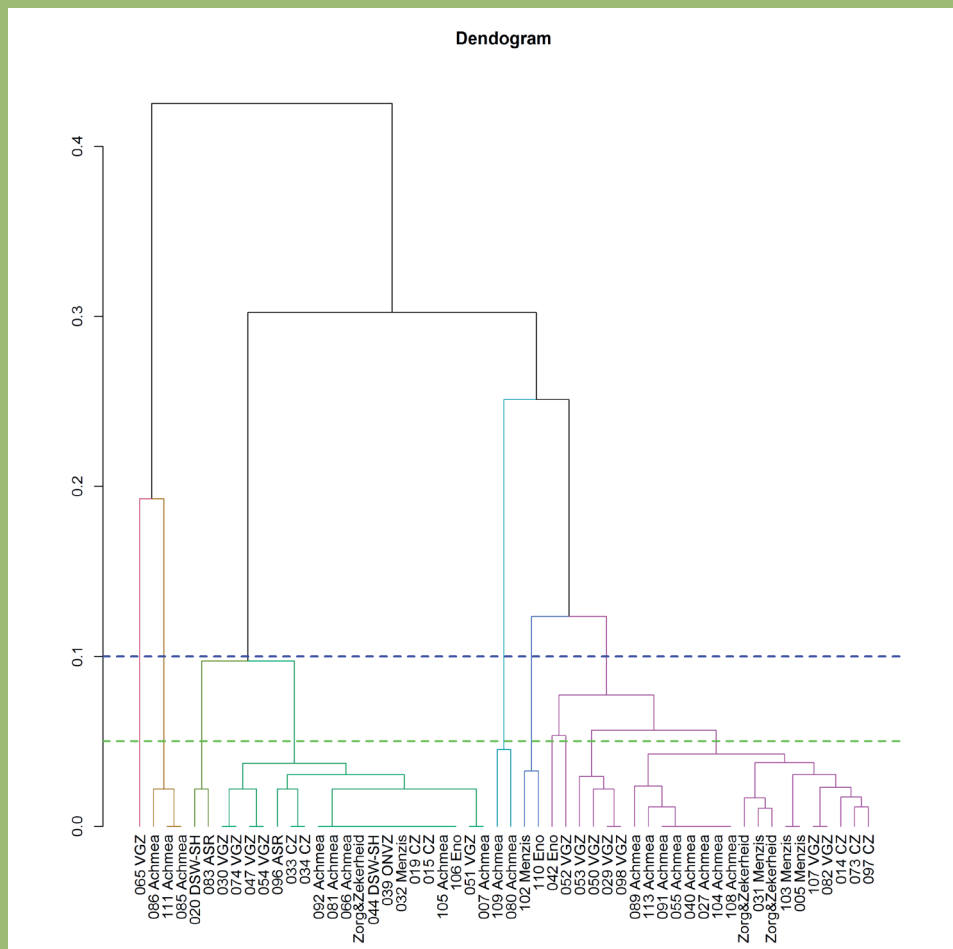
## RESULTAAT

Het dendrogram in figuur 1 laat zien welke clusters er bestaan voor verschillende afstanden, oftewel mate van gelijkheid, tussen basispolissen in 2018\*. Omwille van leesbaarheid zijn de basispolissen genummerd. In het ACM-NZa rapport<sup>2</sup> staat welke basispolis bij welk nummer hoort.

De afstandsmaat staat op de verticale as; de Gower Distance vertaalt de afstand tussen de verschillende kenmerken in een schaal van 0 tot 1. Hoe kleiner de afstand, hoe minder de basispolissen van elkaar mogen verschillen om een cluster te vormen, en hoe meer afzonderlijke clusters we zien.

Bij een afstand van 0,05 zijn er in 2018 10 clusters (in figuur 1 af te lezen aan het aantal verticale clusterlijnen dat de groene horizontale stippellijn snijdt). Wanneer een basispolis bij die afstand in een bepaald cluster valt, lijkt hij meer op de andere basispolissen in dat cluster dan op basispolissen in andere clusters. Een nauwkeurige blik op de data bevestigt dit beeld: de basispolissen in de clusters bij een afstand van 0,05 komen qua individuele productkenmerken (zeer) sterk overeen.

Figuur 1 laat zien dat bij een afstand van 0,05 er twee grote clusters zijn: één cluster (paars gekleurd) bestaat uit 18 vergelijkbare naturabasispolissen en één cluster



Figuur 1: Clusters basispolissen 2018

(groen gekleurd) bestaat uit 20 vergelijkbare restitutiebasispolissen. Verder valt op dat er vijf clusters zijn met meerdere basispolissen van één concern. Zo bevat een cluster twee naturabasispolissen van De Friesland, een ander cluster drie Achmea-basispolissen en één cluster vier basispolissen van het VGZ-concern.

Meerdere basispolissen binnen één cluster van hetzelfde concern verschillen bijvoorbeeld in distributiewijze (directe verkoop of via een tussenpersoon of volmacht) of het aanbieden van collectiviteitskorting. Deze elementen zijn naar het oordeel van de ACM en de NZa geen inherente kenmerken van een zorgverzekering en zijn om die reden niet meegenomen in de clusteranalyse.

We zien ook meerdere basispolissen binnen één cluster die werden aangeboden door dezelfde verzekeraar. Dit is bij een afstand van 0,05 voor zes verzekeraars het geval. Vaak gaat het dan om twee of meer naturabasispolissen van dezelfde verzekeraar die een paar procentpunt

verschillen in het vergoedingspercentage voor niet-gecontracteerde zorg en bijvoorbeeld in het wel of niet aanbieden van een collectiviteitskorting.

Om in kaart te brengen hoe goed mensen hun weg kunnen vinden in het aanbod, hebben we uitgezocht hoeveel verzekerden basispolissen hebben gekozen waarvoor een goedkoper, (bijna) gelijk alternatief bestaat. In 2018 hebben 9,8 miljoen premiebetalers (72% van alle premiebetalers) een basispolis waarvoor een goedkoper, (bijna) gelijk alternatief bestaat in hetzelfde cluster. Gemiddeld betalen mensen in deze groep EUR 93 per jaar meer dan wanneer zij de goedkoopste basispolis in het cluster hadden gekozen.

## DISCUSSIE

Op basis van onze analyse concluderen we dat er veel basispolissen op de markt zijn die inhoudelijk erg vergelijkbaar zijn. Bij een afstand van 0,05 zijn er slechts tien smaken om uit te kiezen. Concerns

en verzekeraars bieden polissen aan waarvan sommigen volgens onze analyse 'bijna gelijk' zijn. Dit maakt het zoeken extra lastig. We vinden aanwijzingen dat mensen niet hun weg vinden in het polisaanbod: 72% van de premiebetalers had premie kunnen besparen door een andere polis binnen het cluster te kiezen. Omdat de clusteranalyse rekening houdt met veel productkenmerken, zouden deze mensen dan min of meer dezelfde productkenmerken hebben.

Waarom zijn er zoveel polissen die onderling weinig verschillen, zelfs van dezelfde zorgverzekeraar? Een mogelijk antwoord is dat zorgverzekeraars 'schijndifferentiatie' toepassen: twee polissen worden verschillend gepresenteerd maar blijken bij nadere inspectie minder verschillend te zijn. De wetenschappelijke literatuur laat zien dat schijndifferentiatie kan bijdragen aan hogere zoekkosten en verwarring bij consumenten en daardoor tot hogere prijzen en minder consumentenwelvaart leidt<sup>4</sup>.

Naast het verbeteren van de informatievoorziening aan consumenten en het verminderen van productcomplexiteit, stellen we, in lijn met het NZa adviesrapport 'Duiding verschillen tussen polissen'<sup>5</sup>, ook voor te onderzoeken of het huidige premiedifferentiatieverbod op verzekeraarsniveau kan worden uitgebreid naar concernniveau. Schijndifferentiatie en zoekkosten zouden ook kunnen worden verminderd wanneer er voor (bijna) gelijke polissen binnen concerns niet langer verschillende premies zouden worden gevraagd. Dan is voor consumenten wellicht duidelijker dat het om (bijna) gelijke polissen gaat.

**Ramsis Croes werkt bij de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) en is verbonden aan de Erasmus School of Health Policy & Management, Erasmus Universiteit Rotterdam, Misja Mikkers werkt bij de NZa en Tilburg University, Rob van der Noll werkt bij de Autoriteit Consument en Markt (ACM), Annemieke Tuinstra werkt bij de ACM. Deze bijdrage is geschreven op persoonlijk titel en kan de NZa of ACM op geen enkele wijze juridisch binden.**

## REFERENTIES

1. Ericson, K. M., & Sydnor, J. (2017). 'The Questionable Value of Having a Choice of Levels of Health Insurance Coverage'. *Journal of Economic Perspectives*, 31(4), 51-72.
2. ACM & NZa (2018). Eindrapport: Beter kiezen op de basispolismarkt. Den Haag/ Utrecht: ACM/NZa
3. Gower J. (1971). 'A General Coefficient of Similarity and Some of Its Properties'. *Biometrics*, 27(4), 857-871
4. Kalayci K. & Potters J. (2011). 'Buyer confu-

sion and market prices'. *International Journal of Industrial Organization*, 29, 14-22.

5. NZa (2018). Adviesrapport: Duiding verschillen tussen polissen. Utrecht: NZa.

\* De gebruikte data en code voor de clusteranalyse is beschikbaar op [https://github.com/nzanl/polis\\_differentiatie\\_2018](https://github.com/nzanl/polis_differentiatie_2018)



# MERGERS AND COMPETITION IN THE DUTCH HEALTHCARE SECTOR

Anne-Fleur Roos

### CONCENTRATIE EN CONCURRENTIE

Overheidsbeleid heeft zich lange tijd voornamelijk gericht op de organisatie en financiering van de gezondheidszorg, maar lijkt onvoldoende aandacht te hebben gehad voor de onderliggende en structurele veranderingen die tegelijkertijd als gevolg van de toenemende marktconcentratie plaats hebben gevonden. Fusiegolven zijn de belangrijkste reden voor de huidige hoge marktconcentratie. Slechts een handvol ziekenhuizen is in de afgelopen 40 jaren niet betrokken geweest bij fusies. De weinige studies naar het effect van concentratie suggereren dat fusies zeker niet altijd positief uitpakken. Met de introductie van meer marktwerking in de gezondheidszorg zijn de zorgen omtrent concentratie alleen maar toegenomen. In een sterk geconcentreerde markt zoals de Nederlandse ziekenhuissector zijn er mogelijk niet voldoende alternatieve beschikbaar voor

patiënten en verzekeraars. Deze dissertatie beoogt bij te dragen aan een beter begrip van de effecten van concurrentie en fusies in de Nederlandse gezondheidszorg.

### KWALITEITSEFFECTEN

In 2005 werd in de Nederlandse ziekenhuiszorg prijsconcurrentie ingevoerd. Er is bekeken of de invloed van de introductie van prijsconcurrentie op kwaliteit varieerde tussen sterk geconcentreerde en minder sterk geconcentreerde regio's. Hiertoe zijn heropnamen bij niet-acute heupvervangingen, een electieve procedure waar de ruimte voor en het mogelijke effect van concurrentie aanzienlijk is, onderzocht. De belangrijkste bevinding is dat, ondanks de destijds zeer beperkt aanwezige kwaliteitsinformatie, de introductie van prijsconcurrentie geen negatief effect heeft gehad op de kwaliteit van zorg.

### PRIJSEFFECTEN

Ziekenhuisfusies kunnen wel leiden tot prijsverhogingen. Uit onderzoek naar een ziekenhuisfusie in Nederland bleek dat de prijseffecten sterk kunnen verschillen per behandeling, per zorgverzekeraar en tussen verschillende locaties van een fusieziekenhuis. Verder blijkt dat het mogelijk is om deze effecten adequaat te voorspellen met behulp van fusiesimulatiemodellen, alhoewel verbetering van het voor de Amerikaanse zorgmarkt ontwikkelde model nodig is zodat het beter past bij de Nederlandse situatie.

### STRATEGISCHE MOTIEVEN EN GROTE MATE VAN AUTONOMIE

Een groot aantal zorgbestuurders is ondervraagd om hun motieven voor fusies te onderzoeken. Aan ruim tweederde van de zorgfusies waarbij de zorgbestuurders betrokken waren, liggen strategische motieven ten grondslag. Daarnaast blijkt dat zorgbestuurders een grote mate van



autonomie ervaren bij de beslissing om al dan niet te fuseren. Het extern toezicht op zorgorganisaties speelt daarbij een ondergeschikte rol.

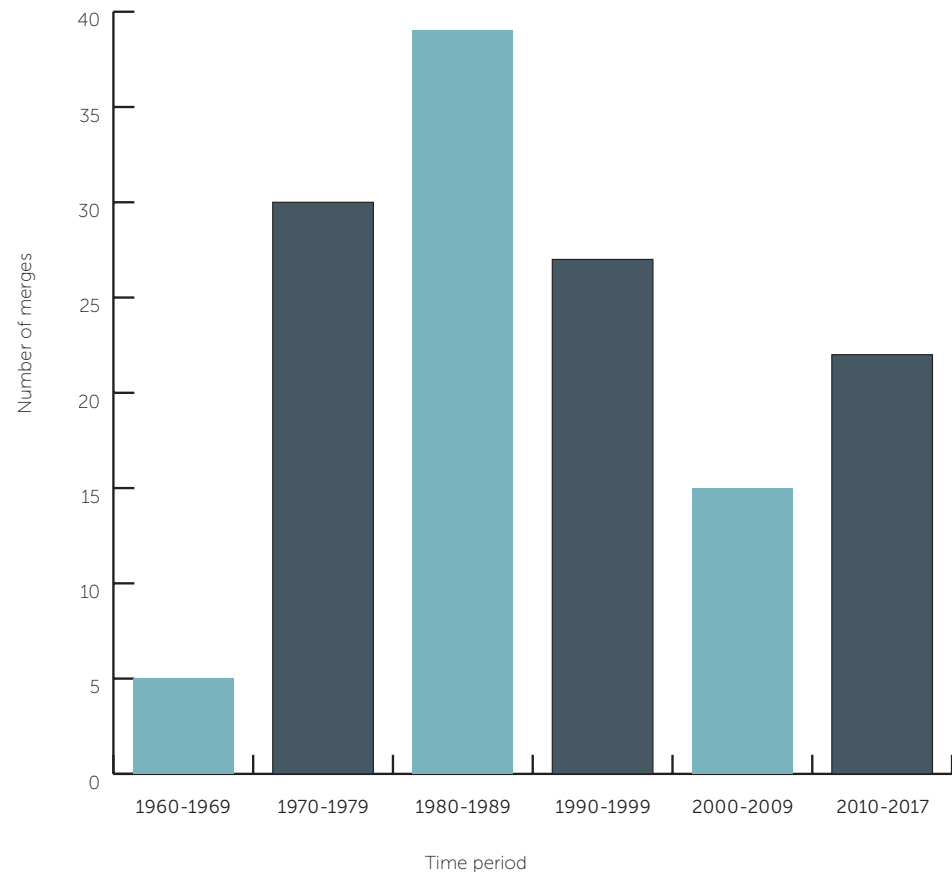
# MERGERS AND COMPETITION IN THE DUTCH HEALTHCARE SECTOR

### EN NU?

De conclusie van het proefschrift is dat de Nederlandse gezondheidszorg gebaat is bij strenger toezicht op zorgfusies. Concentratie is onomkeerbaar en heeft vaak nadelige gevolgen. Lessen voor de verbetering van het prospectief toezicht kunnen worden getrokken uit retrospectieve studies. Verder is het van belang dat erkent wordt dat -- ook in non-profit sectoren -- organisaties fusiemotieven kunnen hebben die niet altijd in het maatschappelijk belang zijn. Een strikte en uniforme toepassing van de Mededingingswet is daarom belangrijk. In reeds zeer geconcentreerde markten zal het beleid gericht moeten zijn op nieuwe toetreders en het beperken van de eventuele nadelen van een dominante marktpositie. Ook moet meer en betere kwaliteitsinformatie beschikbaar komen. Hoewel uit het onderzoek geen effect blijkt, blijft het, gezien de risico's in een markt waar kwaliteitsinformatie beperkt

aanwezig is, essentieel om het effect van concurrentie op kwaliteit te onderzoeken en monitoren. De mogelijkheden van nieuwe, minder vergaande alternatieven van concentratie, zoals samenwerking, zouden onderzocht moeten worden.

**Anne-Fleur Roos is universitair docent bij Erasmus School of Health Policy & Management (ESHPM), Erasmus University Rotterdam. Zij doet onderzoek naar ziekenhuisfusies, concurrentie in de zorg en, in opdracht van Centraal Planbureau, de relatie tussen schulden en zorguitgaven.**



Figuur: aantal ziekenhuisfusies per decennium

# PROMOVENDI IN DISCUSSIE MET BELEIDSMAKERS

**Richard van Kleef**

Vrijdag 23 maart organiseerde de Vereniging voor Gezondheidseconomie (VGE) in samenwerking met het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) een platform voor promovendi om met beleidsmakers in discussie te gaan over hun onderzoek.

De bijeenkomst vond plaats op het Ministerie van VWS en werd bijgewoond door circa 25 deelnemers vanuit beleid en wetenschap. Het voornaamste doel van het platform was elkaar te ontmoeten en een brug te slaan tussen promotieonderzoek op het terrein van gezondheidseconomie en actuele beleidsvraagstukken.

Geïnteresseerde promovendi konden vooraf een voorstel indienen waarin de volgende vragen moesten worden beantwoord: "Wat heb je onderzocht en hoe heb je dat gedaan?", "Wat zijn de belangrijkste bevindingen?" en "Welke beleidsimplicaties vloeien daaruit voort?".

Twaalf promovendi hebben gehoor gegeven aan deze oproep. Uit de ingediende voorstellen heeft het ministerie er drie geselecteerd, te weten die van Judith Bom, Charlotte Dieteren en Niels Janssen.

Tijdens de bijeenkomst op 23 maart hebben Judith, Charlotte en Niels elk in een sessie van 45 minuten hun onderzoek gepresenteerd. Judith besprak haar paper "De gezondheidseffecten van zorgen voor en zorgen maken over". Charlotte ging in op haar onderzoek "A guilty pleasure, or two? Exploring health behavior profiles and their behavioral determinants and health outcomes". Niels presenteerde zijn paper "Consequences of untimely access to formal dementia care".

Tijdens de drie sessies ontstonden leuke en nuttige discussies waarover tijdens de borrel nog druk werd nagepraat. Zowel de promovendi als de VGE en het Ministerie van VWS kijken met veel genoegen op de bijeenkomst terug. Het plan is om in 2019 een nieuwe editie te organiseren!

De VGE dankt het Ministerie van VWS – in het bijzonder Wilco Tilburgs (VWS) en Roy van Egmond (VWS) – voor het mede mogelijk maken en vormgeven van deze bijeenkomst.

# TERUGBLIK OP EEN INSPIREREND EUHEA2018

### Conference Host Organising Committee Maastricht

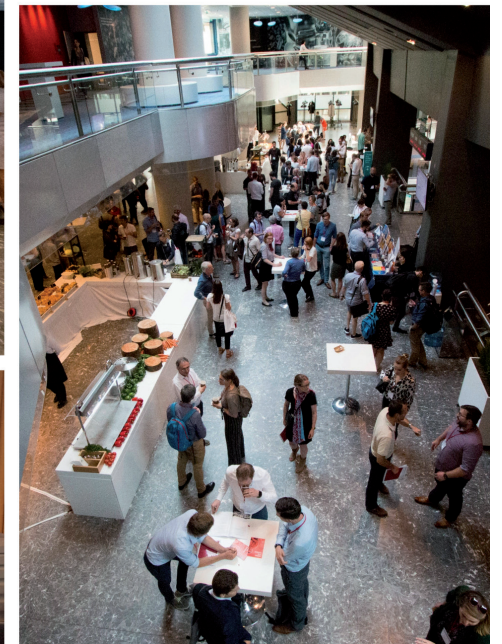
Het was een grote eer en voorrecht voor de Universiteit Maastricht en het Maastricht Universitair Medisch Centrum+ om de European Health Economics Association 2018 conferentie te organiseren in Maastricht. Het thema van dit jaar was "Shaping the Future: the Role of Health Economics".

Van 11 tot 14 juli verwelkomden we bijna 800 afgevaardigden uit meer dan 50 landen. De wetenschappelijke commissie ontving een recordaantal van 698 abstracts voor de conferentie. In totaal werden 7 instructieve pre-conference workshops, 543 mondelinge presentaties - waarvan 27 in georganiseerde sessies - in 145 parallele sessies gegeven en 155 posters gepresenteerd.

Professor Andrew Jones (voorzitter EuHEA) en professor Silvia Evers (covoorzitter van de organiserende commissie) openden EuHEA2018 tijdens de welkomstreceptie in het Bonnefantenmuseum in Maastricht op woensdag 11 juli. Het

Bonnefantenmuseum bood de perfecte omgeving om collega's te ontmoeten onder het genot van een bitterbal. Daarbij kon ook de moderne kunsttentoonstellingen van het museum bezocht worden. Eerder die dag hadden ongeveer 150 deelnemers een pre-conference workshop gevolgd. EuHEA2018 bood een gevarieerd programma van workshops in bestaande en nieuwe methoden voor onderzoek naar gezondheidseconomie, zoals discrete keuze-experimenten en sociale netwerkanalyse.

Donderdag 12 juli verwelkomde professor Carmen Dirksen (covoorzitter van het organiserend comité) alle deelnemers in het MECC in Maastricht met een introductie van alle leuke activiteiten en prachtige locaties die Maastricht te bieden heeft. Vervolgens gaven twee keynote speakers inspirerende presentaties. Professor Wim Groot (Universiteit Maastricht) sprak over de invloed van gezondheidseconomen op beleid. Hij benadrukte het belang van gezondheidseconomen die uit hun ivoren



toren stappen en betrokken raken bij het beleid en het publieke debat, evenals de uitdagingen die ermee gepaard gaan. Professor Richard Smith (London School voor Hygiëne en Tropische Geneeskunde) besprak de invloed van handel op gezondheid en hoe gezondheidszorg over de grens de binnenlandse handel zou kunnen verbeteren. De plenaire sessie werd afgesloten met een interactief debat waarin het publiek de gelegenheid kreeg om te stemmen (rood of groen) over prikkelende uitspraken van de keynote speakers. Daarna vonden vier parallelle sessies plaats. Met het buitengewone warme weer buiten was er tussen de sessies door tijd voor een ijskoude versnapering.

Op vrijdag 13 juli vonden er nog eens vier parallelle sessies plaats, waarin onderzoekers hun nieuwste werk presenteerden in een van de vele gebieden van de gezondheidszorgeconomie. Tijdens de tweede plenaire sessie namen drie keynote speakers het woord, geïntroduceerd door professor Manuela Joore

(covoorzitter van het organiserend comité). In een volgepakt auditorium deelde Professor Erik Schokkaert (KU Leuven) zijn intrigerende ideeën over het meten van ongelijkheid en preferentialisme in gezondheidseconomie. Professor Joanna Coast (Universiteit van Bristol) pleitte voor een degelijke toepassing van kwalitatieve methoden in de gezondheidseconomie. Tijdens de discussie bleek dat ze het publiek overtuigde, aangezien de overgrote meerderheid met een groene stem liet blijken de potentiële voordelen van kwalitatieve methoden te erkennen. Professor Werner Brouwer (Erasmus Universiteit Rotterdam) pleitte: "Make economic evaluations broad again!" Hij benadrukte om een maatschappelijk perspectief aan te nemen door te focussen op welvaart en verder te kijken dan alleen de zorgkosten en productiviteitskosten. Toekomstige en intersectorale kosten dienen ook opgenomen te worden in een economische evaluatie, zo stelde professor Brouwer. 's Avonds was La Bonbonnière, het voormalige stadhuis in de binnenstad

van Maastricht, de perfecte locatie om te netwerken, te eten en te dansen. Band Dubbel-Fout speelde alle gouden oude hits, waarbij ook EuHEA-voorzitter Andrew Jones en de voorzitters van het organiserend comité hun danskwaliteiten lieten zien tijdens een ABBA-medley. Tijdens deze avond bleek wel dat gezondheidseconomen kunnen feesten en – Nederlander of niet- allemaal even goed een polonaise kunnen dansen.

Zaterdag 14 juli vonden de laatste twee parallelle sessies plaats. De EuHEA2018 conferentie werd gesloten door Dr. Mickaël Hiligsmann (covoorzitter van het organiserend comité), professor Andrew Jones en professor Lise Rochaix (Ecole d'économie de Paris). Professor Andrew Jones vatte de laatste 50 jaar van onderzoek in gezondheidseconomie samen aan de hand van de belangrijkste artikelen die in de loop van de jaren zijn gepubliceerd. Daarna was het tijd voor hem om af te treden als EuHEA-president en het voorzitterschap door te geven

aan professor Lise Rochaix. Zij deelde haar ideeën met ons over de toekomstige richtlijnen voor EuHEA en nodigde iedereen uit voor EuHEA2020 in Oslo, Noorwegen.

We kijken terug op een zeer succesvolle en inspirerende EuHEA2018-conferentie. We waren verheugd om zoveel deelnemers met belangstelling voor de gezondheidseconomie van uit de hele wereld te verwelkomen. Dank aan alle keynote sprekers, presentatoren en andere aanwezigen voor hun bijdragen aan de conferentie in Maastricht. We verheugen ons op uw komst in Maastricht of op EuHEA2020 in Oslo (7-10 juli 2020), Noorwegen!

# “HERVORMING OUDERENZORG: NAAR KWALITEIT EN DOELMATIGHEID”

**Datum** : Donderdag 29 november 2018  
**Locatie** : Erasmus Universiteit Rotterdam  
Campus Woudestein, M-gebouw, Forumzaal o.a.  
[www.eur.nl/wegwijzer/](http://www.eur.nl/wegwijzer/)  
**Kosten** : Leden: €75 | Niet-leden: €110 inclusief lidmaatschap,  
anders €125  
**Aanmelden** : via <http://bit.ly/vgecongres2018>

publiek in discussie over hun ideeën om het voor ouderen makkelijker te maken zorg te ontvangen in het buitenland. Dr. Jennifer van den Broeke gaat in op sociaal economische gezondheidsverschillen bij ouderen.

Het volledige programma is te vinden via [http://bit.ly/vgecongres2018\\_programma](http://bit.ly/vgecongres2018_programma).

Dit congres wordt mede mogelijk gemaakt door Erasmus School of Health Policy & Management

De vraag naar ouderenzorg neemt in hoog tempo toe en stelt onze samenleving voor een enorme uitdaging. De behoefte aan kwaliteits- en doelmatigheidsverbetering is groter dan ooit. Maar wat is de weg naar betere kwaliteit en meer doelmatigheid? Tijdens het VGE-congres 2018 zal deze vraag vanuit verschillende invalshoeken worden belicht.

In de Engelstalige ochtendsessie bespreken professor David Grabowski (Harvard University) en dr. Pieter Bakx (ESHPM) belangrijke lessen vanuit de Verenigde Staten en recent onderzoek naar kwaliteits- en doelmatigheidsbevordering in de ouderenzorg.

Tijdens het middagprogramma wordt in parallelsessies gediscussieerd over actuele thema's en initiatieven. Zo organiseert het Ministerie van VWS een sessie over het recent gelanceerde programma "Langer Thuis". Professor Jeroen Trybou en Drs. Eva Pattyn bespreken de Vlaamse ervaringen met "persoonsvolgende financiering". Professor Sytse Zuidema en professor Erik Buskens gaan in op het bevorderen van "gezond ouder worden". Mr. dr. Rudi Holzhauser en mr. Ron de Graaff treden met het



# SPONSOREN



Erasmus School of  
Health Policy  
& Management



Radboud Universiteit



Radboudumc



UNIVERSITEIT TWENTE.



# COLOFON

## REDACTIE

Elske van den Akker-van Marle

Erik Koffijberg

Kayleigh van Winssen

Redactieadres: [bulletin@gezondheidseconomie.org](mailto:bulletin@gezondheidseconomie.org)

Ontwerp en vormgeving:

Yfke Vreugdenhil, Y-werk

Uw logo ook hier? Neem voor meer informatie contact op met de redactie van het VGE Bulletin ([bulletin@gezondheidseconomie.org](mailto:bulletin@gezondheidseconomie.org)).

