

Kanttekeningen SiRM bij ACM onderzoek “Prijs- en volume-effecten van ziekenhuisfusies”

Zie voor een korte versie onze blog op Zorgvisie.nl

Jan-Peter Heida, partner SiRM

Xander Koolman, associate partner SiRM, directeur Talma Zorgprogramma, Vrije Universiteit
13 december 2017

Het Nederlandse ziekenhuislandschap kende de afgelopen jaren veel fusies. En er zijn ziekenhuizen die een fusie overwegen. De maatschappelijke wenselijkheid van deze fusies staat ter discussie. Het is daarom nuttig dat de ACM de effecten van de afgelopen fusies evalueert met haar [rapport](#) “Prijs- en volume-effecten van ziekenhuisfusies – Onderzoek naar de effecten van ziekenhuisfusies 2007 – 2014”. Dit onderzoek volgt op een eerder onderzoek naar de effecten van ziekenhuisfusies op de kwaliteit van zorg in opdracht van de ACM. Hoewel dit rapport inzicht geeft in de effecten van ziekenhuisfusies, roept het ook veel discussie op. Hieronder enkele van onze kanttekeningen bij het rapport en de discussie die daaromheen wordt gevoerd.

We hebben opmerkingen bij de specifieke onderzoekspopulatie:

- Het moment van toestemming van ACM is gebruikt als inclusiecriteria.
- Fuserende ziekenhuizen lieten juist lagere prijzen zien.
- Ondanks nagekomen toezeggingen vond de ACM toch prijsstijgingen bij gefuseerde ziekenhuizen.
- ACM vindt vooral extra prijsstijging in landelijke gebieden.

Daarnaast hebben we ook enkele opmerkingen bij de gebruikte methode:

- Declaratiedata bevatten niet alle prijsinformatie.
- Fijnmazige resultaten roepen vragen op.
- Een deel van de resultaten is niet significant.

Moment van toestemming ACM en daadwerkelijke fusie

De ACM identificeert ziekenhuizen als gefuseerd zodra de ACM daartoe toestemming heeft gegeven. Vier ziekenhuizen zijn pas na de onderzoeksperiode daadwerkelijk gefuseerd. Advocaten wijzen er onder andere op dat de te fuseren ziekenhuizen twee separate ondernemingen zolang de fusie niet is geformaliseerd ([hier](#) en [hier](#)). Zij mogen dus, conform de Mededingingswet, niet onderling afstemmen. Wij merken in onze (niet-juridische) adviespraktijk ook dat managers en bestuurders zeer risicomijdend zijn waar het mededingingswetgeving betreft.

Vanuit de economie is echter bekend dat twee nabijgelegen te fuseren ziekenhuizen direct na de toestemming kunnen stoppen elkaar te beconcurreren vanuit de wetenschap dat een eventueel verlies aan klanten de ander, en dus uiteindelijk zichzelf, ten goede komt. Zij hoeven daarvoor niet samen te spannen, maar kunnen dat in unilaterale onderhandelingen met de zorgverzekeraar bewerkstelligen. Vanuit economische overwegingen is daarom het moment van het fusiebesluit van de ACM bepalend. Of ook daadwerkelijk zo gehandeld wordt, hangt af van de specifieke situatie. Ziekenhuizen zullen inschatten of de fusie ook daadwerkelijk doorgaat. Dat is niet altijd het geval, of kan men niet met zekerheid vooraf inschatten. Vaak moeten na de toestemming van de ACM ook ander organen zoals OR, medische staf of patiëntenvertegenwoordiging nog hun formele toestemming verlenen of een zwaarwegend advies geven. Lang niet alle goedgekeurde fusies gaan door. Ook kan een deel van de patiëntenstroom bij andere ziekenhuizen dan de fusiepartner terecht komen.

Lagere prijzen fuserende ziekenhuizen

Uit het onderzoek blijkt dat de fuserende ziekenhuizen gemiddeld lagere prijzen vragen. Dat hoeft geen reden te zijn voor terughoudendheid van de ACM. De gemiddeld lagere prijs van de fusieziekenhuizen kan juist aanleiding geven tot alertheid bij een fusietoetsing. Mogelijk weten andere ziekenhuizen door marktmacht hogere prijzen te realiseren, en is het verkrijgen van die marktmacht juist een reden om te fuseren. Het zou interessant zijn als de ACM kan analyseren in welke mate controlevariabelen die veranderen door een fusie, het geobserveerde prijsverschil verklaren. In eerste instantie denken we daarbij aan de concentratie-index (HHI) en de omvang van het ziekenhuis. Mogelijk verandert ook het marktaandeel en de concentratie van verzekeraars bij de fuserende ziekenhuizen.

Het is echter ook denkbaar dat extra schaalgrootte een uitbreiding van het productassortiment mogelijk maakt waardoor het gefuseerde ziekenhuis complexere zorg kan aanbieden. Deze mogelijkheid leidt tot hogere kosten en prijzen per patiëntgroep. Dit kan vanuit maatschappelijk perspectief wenselijk zijn indien de nieuwe productmix voldoende extra kwaliteit per extra euro biedt. Ziekenhuizen zouden hier een efficiëntieverweer kunnen aanvoeren, mits de kwaliteitswinst objectiveerbaar en verifieerbaar is.

Het eerder genoemde onderzoek in opdracht van de ACM vond geen gemiddelde kwaliteitsverbetering na fusie. Voor dat onderzoek geldt, net als voor dit onderzoek, dat de onderzoekspopulatie mogelijk te klein is om überhaupt statistisch significante resultaten te verwachten. Dat wil niet zeggen dat er geen kwaliteitsverbetering was of bij toekomstige fusies niet zou zijn. Echter, ziekenhuizen kunnen zich niet op dat onderzoek beroepen, en de ACM zal kritisch blijven kijken naar geclaimde kwaliteitsverbeteringen. Ziekenhuizen met een fusiewens zullen aannemelijk moeten maken waarom hun fusie leidt tot een kwaliteitsverbetering.

Prijsstijgingen ondanks prijstoezeggingen

Drie gefuseerde ziekenhuizen hebben voorafgaand aan de fusie toezeggingen gedaan dat hun prijzen niet bovengemiddeld zullen stijgen, en voldeden aan die toezegging. Toch observeert de ACM voor deze drie ziekenhuizen een sterkere prijsstijging dan bij niet gefuseerde ziekenhuizen. De resultaten van de rekenmethodiek van de toezeggingen en die van het huidige onderzoek verschillen blijkbaar cruciaal. Het zou goed zijn als de ACM beide methodes bespreekt en uitlegt waarom de gebruikte methode beter is dan de methode die ten grondslag lag aan de toezeggingen.

Hogere prijsstijging in landelijke gebieden

De ACM geeft aan dat prijsstijgingen met name optreden in landelijke gebieden. Dit zou conform de verwachting zijn omdat daar de HHI meer toeneemt dan in stedelijke gebieden. Het kan er ook mee te maken hebben dat die fusies veelal volgden op financiële problemen van een van de fusiepartners, meestal de kleinste. Wellicht waren prijsstijgingen onderdeel van afspraken met zorgverzekeraars om de partij die er financieel sterker voor stond te overtuigen van de fusie. Het verdient aanbeveling om dit verder uit te zoeken.

Declaratiedata bevat niet alle prijsinformatie

De ACM baseert haar analyses op de declaraties van ziekenhuizen bij zorgverzekeraars. Ziekenhuizen en zorgverzekeraars rekenen echter niet simpelweg af op prijs maal volume van producten. De uiteindelijke prijs die wordt betaald hangt af van de vorm van het contract. Grofweg zijn er drie soorten afspraken:

- 1 Nacalculatie waarin ieder geleverd zorgproduct wordt afgerekend tegen de overeengekomen prijs.
- 2 Aanneemsom waar het ziekenhuis van de zorgverzekeraar een vast bedrag ontvangt, onafhankelijk van de hoeveelheid geleverde zorg.
- 3 Plafond waarbij de zorgproducten worden afgerekend tegen de overeengekomen prijs totdat het vastgestelde plafond is bereikt. Eventueel extra geleverde zorg wordt niet betaald door de zorgverzekeraar.

De contracten van zorgverzekeraars met ziekenhuizen zijn vaak een mix van alle drie de soorten afspraken. Bij een plafond en een aanneemsom zijn de afgesproken prijzen van zorgproducten niet de uiteindelijke netto prijzen die betaald worden na correcties.

Recent waren de netto prijzen meestal lager om dat er gecorrigeerd wordt voor overschrijdingen van een plafond of aanneemsom (onderschrijdingen komen minder voor). Onderzoek van Dutch Hospital Data (DHD) laat zien dat de gemiddelde netto prijzen in 2014, 2015 en 2016 respectievelijk 4,5%, 3,2%, en 3,6% lager waren. Het effect kan groter zijn voor een specifiek ziekenhuis en voor een ziekenhuis verschillen per zorgverzekeraar. We hebben in de praktijk gezien dat deze percentages kunnen oplopen tot bijna 10%. Als enige ziekenhuis, voor zover ons bekend, publiceert [Isala](#) de nettoprijzen in haar jaarverslag. In 2016 was dat 5,9% onder de afgesproken prijs, in

2015 4,5%. Plafondafspraken bij meerdere zorgverzekeraars leiden tot een prikkel voor overproductie. Overproductie bij een zorgverzekeraar kan niet gecompenseerd worden met onderproductie bij een andere zorgverzekeraar. Ook in de onderzoeksperiode waren er ziekenhuizen met plafondafspraken.

Bij ons zijn bovendien praktijkvoorbeelden bekend waar de nettoprijs hoger is dan de afgesproken prijs. Dat kan als er te weinig wordt geproduceerd om een aanneemsom te vullen. Het is bekend dat lagere volumes in 2012 en 2013 bij aanneemsommen leidden tot hogere nettoprijzen.

Kortom, er is een prikkel voor overproductie bij plafondafspraken en voor onderproductie bij aanneemsommen. Dit leidt tot een brede spreiding van het verschil tussen netto- en brutoprijzen. We hebben in de praktijk gezien dat deze percentages sterk wisselen tussen contracten en kunnen oplopen tot bijna 10%. Bruto prijzen zoals die zijn opgenomen in declaraties verschillen daardoor wezenlijk van netto prijzen na correctie. Wij zijn van oordeel dat netto prijzen voor dit onderzoek het meest geëigend waren. Het is onduidelijk welk effect dit zou hebben gehad op de schattingen.

Fijnmazige resultaten roepen vragen op

De ACM rapporteert haar bevindingen in aantallen patiëntengroepen waarvoor een al dan niet significante extra stijging of daling van prijzen en volume is gevonden. In tegenstelling tot productdefinities zijn patiëntengroepen relatief stabiel, waardoor vergelijking over de tijd mogelijk is.

Op geaggregeerd ziekenhuisniveau kunnen prijsontwikkelingen van behandelingen van de ene patiëntengroep worden gecompenseerd door de andere. Op een lager aggregatieniveau gebeurt dit niet. Hierdoor wisselen de gepresenteerde resultaten sterk tussen patiëntengroepen. Die resultaten zijn daardoor moeilijk te interpreteren. Het is onduidelijk waarom de verschillen zo groot zijn.

Ziekenhuizen en zorgverzekeraars gebruiken de afrekening van prijzen maal volume per zorgproduct (gedeeltelijk) om een plafond of aanneemsom te vullen. Men probeert de prijzen daarbij te baseren op de kosten. De totale kosten van het ziekenhuis worden toegerekend aan de zorgproducten middels de verrichtingen die dat zorgproduct (/DBC/DOT) bevat. De definitie van de zorgproducten veranderde vaak in de onderzoeksperiode. Ook werkten ziekenhuizen aan hun kostprijsmodellen en werd de regulering van tarieven voor sommige producten opgeheven. Het is goed voor te stellen dat er in aanloop naar een fusie achterstallig onderhoud optreedt op het gebied van de kostprijsmodellen van een ziekenhuis. Die achterstand wordt dan samen met de harmonisatie na de fusie bijgewerkt. Daardoor kunnen kostprijzen veranderen, bijvoorbeeld doordat er andere verdeelsleutels voor toerekenen van overhead of ruimtegebruik worden gebruikt.

Op volledig geaggregeerd niveau maakt een andere kostentoerekening uiteraard niet uit. Maar op een lager aggregatieniveau wel; de daling bij de ene patiëntengroep kan worden gecompenseerd met stijging bij andere patiëntengroepen. Dergelijke problematiek van kostentoerekening speelt ook bij benchmarken. Door met grotere groepen te werken, wordt dit probleem grotendeels gemitigeerd. Dat doet de ACM uiteindelijk ook door op het niveau van ziekenhuizen te rapporteren. Er zijn weliswaar meer patiëntengroepen met een al dan niet significante stijging dan daling, maar

het eindresultaat is dat voor 6 ziekenhuizen de prijzen zijn gedaald en voor 7 van de 12 fusies ook de omzet is gedaald

Onderzoek op lager aggregatieniveau is wel interessant omdat de concurrentie mogelijk verschilt per productmarktcombinatie. Echter, wij denken dat het aantal van 62 patiëntengroepen daarvoor te groot is. Boekhoudkundige keuzes beïnvloeden dan mogelijk de analyses.

Deel resultaten niet significant

Veel van de resultaten uit het onderzoek zijn statistisch niet significant. Anderzijds vindt de ACM wel indicaties van hogere prijzen. Uit het ontbreken van significante resultaten concluderen we dat dit ene onderzoek gevoelig is voor toeval. Dat gebrek aan significantie is mogelijk niet het gevolg van kleine betekenisloze effecten, maar van een beperkt aantal observaties. Of anders gezegd, in Nederland komen fusies weinig voor.

Het zou interessant zijn als de ACM aangeeft op welk niveau de bevindingen wel significant zijn en of met het verwachte effect überhaupt een significant resultaat te vinden zou zijn. Voor meer significante resultaten is een grotere onderzoekspopulatie nodig. Het feit dat de significantie minder is dan gewenst, wil niet zeggen dat er geen extra prijsstijgingen zijn geweest. Daarnaast zijn dergelijke effecten met grotere onderzoekspopulaties in het buitenland overtuigend aangetoond, en in een grote verscheidenheid van institutionele settingen. Het ontbreken van significantie houdt dus net per definitie in dat de fusietoetsing minder stringent zou moeten worden.

Concluderend

Het ACM-onderzoek draagt bij aan een reflectie van het huidige mededingingsbeleid. Het onderzoek roept echter nog enkele vragen op, en is ook gevoelig voor de invloed van toeval. De resultaten dienen daarom zorgvuldig te worden geïnterpreteerd, waarbij zowel theorie als vergelijkbaar onderzoek uit andere landen dient te worden meegewogen.

Helaas vindt de ACM weinig significante resultaten. Of dat nu voor- of tegenstanders van fusies zou ondersteunen, het zou onze inzichten verbeteren als die er wel waren. Uit het ontbreken van significante resultaten kunnen we niet concluderen dat de ACM fusies van ziekenhuizen niet kritisch moet blijven beoordelen. Waarschijnlijk is Nederland simpelweg te klein om onderzoek te doen naar events die zo zelden voorkomen als ziekenhuisfusies.

We zien vier mogelijkheden voor nader onderzoek dat waarschijnlijk gedaan kan worden met de gebruikte gegevensverzameling.

- Exclusie van fusies die nog niet voltrokken waren in de onderzoeksperiode. Zij hebben waarschijnlijk hun onderhandelingen nog niet gecoördineerd. Overigens kan hierdoor het geobserveerde signaal van prijsstijgingen na fusies juist sterker worden.
- Onderzoek naar verklarende factoren voor lagere prijzen van de fusieziekenhuizen. Waren die lagere prijzen wellicht de reden om te fuseren?

- Indeling naar patiëntengroepen op een hoger aggregatieniveau dan de 62 onderzochte groepen. Mogelijk is een deel van de prijsstijgingen en -dalingen te wijten aan administratieve veranderingen. Die vallen weg binnen grotere groepen zoals te zien is op het hoogste aggregatieniveau van fusierende ziekenhuizen.
- Exclusie van 'reddende' fusies waarbij een (tijdelijke) prijsstijging mogelijk juist onderdeel was van een overeenkomst tussen zorgverzekeraars en de fusierende ziekenhuizen.

Daarnaast is er nog belangrijke verdieping van het onderzoek wenselijk waarvoor de bestaande dataset waarschijnlijk niet afdoende is.

- De drie ziekenhuizen die een vrijwillige prijstoezegging hebben gedaan, hebben zich daaraan gehouden. De ACM observeert daar relatieve prijsstijgingen. Het is niet duidelijk wat de impact van het genoemde verschil in onderzoek is. Waarom is hier voor een andere aanpak gekozen?
- De ACM gebruikt de prijzen waarmee zorgproducten worden afgerekend. De uiteindelijke, voor over- of onderproductie gecorrigeerde nettoprijs die betaald is voor de geleverde zorg neemt de ACM niet mee. Die kan tot wel 10% hoger of lager zijn dan de afgesproken prijs. Mogelijk kan dit onderzocht worden met gegevens over de schadelast die ook bij de risico-verevening worden gebruikt.