

BESCHOUWING

Mededingingsprobleem geldt niet voor elk type ziekenhuiszorg

De afgelopen jaren zijn er veel ziekenhuizen gefuseerd. Critici vragen zich af of er nog sprake is van voldoende mededinging. Het antwoord verschilt per type ziekenhuiszorg.

JAN-PETER HEIDA

Partner bij *Strategies in Regulated Markets (SiRM)*

STEEF BAETEN

Senior consultant bij *SiRM*

CEES VAN GENT

Directeur bij *Van-Guard Strategy*

Sinds een paar jaar speelt er een discussie of de fusiegolf van ziekenhuizen te ver is gegaan. Zo hield de Vaste commissie Volksgezondheid, Welzijn en Sport van de Tweede Kamer hierover in maart een rondetafelbijeenkomst, mede ingegeven door de fusie van het AMC en VUmc (Tweede Kamer, 2018). Eerder kondigde de Autoriteit Consument & Markt (ACM) – die het afgelopen decennium slechts 1 van de 25 fusies van ziekenhuizen heeft afgekeurd – al aan dat ze ziekenhuisfusies strenger gaat beoordelen (Heida et al., 2016). Maar is dit nodig voor alle typen zorg?

TYPEN ZIEKENHUISZORG

In 2016 kende Nederland 79 ziekenhuizen en Universitair Medische Centra met een omzet van bijna vijftien miljard euro (NZa, 2017). Tot nu toe onderscheidt de ACM grofweg twee productmarkten voor medisch specialistische zorg: poliklinisch en klinisch. Bij klinische zorg wordt de patiënt in het ziekenhuis opgenomen, bij poliklinische zorg niet. Critici wijzen erop dat met deze ruime marktdefinitie de kans op te soepele handhaving hoger is dan de kans op te strenge handhaving (Schut en Varkevisser, 2017; Roos et al., 2018). Mededingingsautoriteiten in enkele andere landen onderscheiden al meer producten op de markt voor ziekenhuiszorg en kijken daardoor fijnmaziger naar marktconcentratie. Zo beschouwt de *Competition and Markets Authority* (CMA) in het Verenigd Koninkrijk sinds 2013 de markt per medisch specialisme (CC, 2013; CMA, 2017).

Om mededinging op de ziekenhuismarkt beter te beoordelen, is een andere productmarktafbakening nodig. Onderzoek dat wij deden in opdracht van de ACM (Heida et al., 2016) biedt daartoe aanknopingspunten. We onderscheidden grofweg drie soorten ziekenhuiszorg: verweven niet-complexe zorg waarvan het aanbod samenhangt met faciliteiten en andere zorg in het ziekenhuis (naar schatting 50 procent van de ruim vijftien miljard uitgaven aan ziekenhuiszorg), losstaande niet-complexe zorg waar alleen

een medisch specialisme en weinig faciliteiten mee gemeoid zijn (15 procent), en complexe zorg waarvoor de geografische markt veel groter is dan enkele naburige ziekenhuizen (35 procent). Deze afbakening kan gebruikt worden om het toezicht op marktconcentratie in de ziekenhuiszorg te differentiëren per type zorg.

Verweven niet-complexe zorg

Ongeveer de helft van de ziekenhuiszorg hangt samen met zorg en faciliteiten in de rest van het ziekenhuis. Deze zorg vormt het hart van het ziekenhuis. Medisch specialisten maken gebruik van elkaars expertise en van de faciliteiten van het ziekenhuis, zoals de operatiekamer, het laboratorium, de spoedeisende hulp en de bedden.

Bij dit type zorg hebben ziekenhuizen over het algemeen een sterke positie aan de onderhandelingstafel, vooral waar het de verweven basiszorg betreft die verzekeraars wel moeten inkopen (Loozen et al., 2016). Zo zien wij in de praktijk dat de prijzen voor de zorgverzekeraar met het grootste aandeel bij een ziekenhuis meestal hoger zijn dan die van andere zorgverzekeraars. Die eerste groep zorgverzekeraars heeft geen alternatief en ontkomt er niet aan om de grootste ziekenhuizen te contracteren. Het contra-intuïtieve resultaat is dat de grootste afnemer de minste korting krijgt van ziekenhuizen.

Verdere concentratie aan de ziekenhuiszijde zou die marktmacht nog meer versterken. Dat zou bovendien ten koste gaan van de prikkel van ziekenhuizen om goed samen te werken met de eerstelijnszorg (huisartsen, apotheken, paramedische beroepen, wijkverpleging). Voor hen en hun patiënten zijn uitwijkmogelijkheden cruciaal, zeker nu de overheid inzet op substitutie van tweede- naar eerstelijnszorg om aan de verwachte toename in de zorgvraag, onder meer door vergrijzing, te kunnen voldoen (VWS, 2018; CPB, 2016). Hoewel de daadwerkelijke marktmacht afhangt van de lokale situatie, is er bij dit type zorg dus alle reden om scherp te letten op verdere marktconcentratie.

Losstaande niet-complexe zorg

Losstaande niet-complexe ziekenhuiszorg kan in principe geleverd worden zonder dat daarvoor een volledig uitgeruste ziekenhuisorganisatie nodig is. Het betreft monodisciplinaire zorg met een relatief lage prijs, voor-

namelijk geleverd door oogheelkunde, orthopedie, keel-neus-oorheelkunde, reumatologie, plastische chirurgie en dermatologie. Voorbeelden zijn operaties bij neus- of keelamandelen, staaroperatie, en diagnostiek en behandeling van huidaandoeningen. Er is nauwelijks verwevenheid met de rest van het ziekenhuis; noch wat betreft andere specialisten, noch op het vlak van faciliteiten. Zelfstandige behandelcentra (ZBC's) leverden in 2014 al acht procent van deze zorg (ACM, 2017).

Vanwege de relatief lage toetredingsdrempels kan de ACM concentratievoornemens op deze markt waarschijnlijk minder streng toetsen dan op de andere markten. Om de (dreiging van) concurrentie te versterken, kunnen zorgverzekeraars meer zorg van buiten het ziekenhuis contracteren.

Complexe en laagvolume-zorg

De mededinging op de markt voor complexe zorg speelt zich over grotere afstanden af dan de basiszorg; gemiddeld reizen patiënten meer dan twee keer zo ver als ze doen naar het dichtstbijzijnde ziekenhuis. Tot complexe zorg rekenen we ook de zorg met laagvolume (tien procent van de omzet).

LITERATUUR

- ACM (2016) *Informeel zienswijze samenwerking complexe oncologie UMCU, St. Antonius Ziekenhuis en Meander Medisch Centrum*. ACM Publicatie, 1/31.
- ACM (2017) *ACM ziet meer concurrentierisico's bij ziekenhuisfusies*. Persbericht, 5 december.
- CC (2013) *The Royal Bournemouth and Christchurch Hospitals NHS Foundation Trust / Poole Hospital NHS Foundation Trust*. Closed Competition Commission merger inquiry.
- CMA (2017) *Central Manchester University Hospitals / University Hospital of South Manchester merger inquiry*. Competition and Markets Authority.
- CPB (2016) *Een raming van de zorguitgaven 2018–2021*. CPB Achtergronddocument.
- Heida, J.P., B. den Engelsen, S. Baeten en C. van Gent (2016) *Productmarktafbakening ziekenhuiszorg*. SiRM en Twynstra Gudde Rapportage in opdracht van de ACM.
- Loozen, E., M. Varkevisser en F. Schut (2016) *Goede zorginkoop vergt gezonde machtsverhoudingen*. AmCham Zorgforum, 30 maart 2016.
- NZa (2017) *Marktscan medisch-specialistische zorg 2016*. Nederlandse Zorgautoriteit.
- Roos, A.F., R. Croes, V. Shestalova et al. (2018) *Price effects of a hospital merger: heterogeneity across health insurers, hospital products and hospital locations*. Institute of Health Policy & Management, Erasmus Universiteit.
- Schut, F. en M. Varkevisser (2017) *Competition policy for health care provision in the Netherlands*. *Health Policy*, 121(2), 126–133.
- STZ (2018) *STZ wil mini-concentraties tussen ziekenhuizen*. Zorgvisie 22 juni 2018.
- Tweede Kamer (2018) *Rondetafelgesprek zorgfusies*. Vaste Commissie Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 29 januari.
- VWS (2018) *Bestuurlijk akkoord medisch-specialistische zorg 2019 t/m 2022*. Te vinden op www.rijksoverheid.nl.

In het kort

- ▶ Bij verweven, niet-complexe ziekenhuiszorg kan toezicht op de marktconcentratie strenger zijn dan in andere marktsegmenten.
- ▶ Bij complexe ziekenhuiszorg kan een verdere concentratie van de markt juist wenselijk zijn.

Bij dit type zorg kan verdere marktconcentratie juist wenselijk zijn. De wetenschappelijke verenigingen van medisch specialisten hebben voor ruim zeventig behandelingen, met name van complexe zorg, minimum-volume-normen vastgesteld. Die zijn nu vooral vanuit het perspectief van de behandelaar opgesteld (simpel gezegd, hoeveel behandelingen zijn er nodig 'om de vaardigheid in de vingers te houden'). Bij deze normen zou ook gereedeneerd kunnen worden vanuit het perspectief van de patiënt en premiebeter, bijvoorbeeld door de marginale kwaliteitsverbetering als gevolg van concentratie af te wegen tegen de kosten en bereikbaarheid. Als het perspectief vanuit de patiënt en premiebeter in deze normen meegenomen zou worden, zou dat hoogstwaarschijnlijk leiden tot hogere minimaal aantallen behandelingen en dus tot verdere marktconcentratie van dit type zorg. Hierbij zou de ACM dus ruimte kunnen geven voor verdere concentratie.

Het concentreren van complexe zorg kan zowel door middel van fusies als door het uitwisselen van behandelingen. Onlangs riepen de Samenwerkende Topklinische Opleidingsziekenhuizen op tot uitwisselen (STZ, 2018). Ziekenhuizen kiezen echter vaak voor fusie. Uitwisseling leidt namelijk tot financiële onzekerheid, en verder is het voor bestuurders onduidelijk wanneer ze bij uitwisseling de Mededingingswet overtreden.

Het uitwisselen van behandelingen zou als voordeel hebben dat complexe zorg geconcentreerd is, terwijl het voor- en natraject in een minder geconcentreerd netwerk kan worden geleverd. Op die manier zouden patiënt en premiebeter kunnen profiteren van de voordelen van concentratie, zoals betere diagnosestelling, minder complicaties en heropnames en lagere sterftecijfers, terwijl nadelen als grotere marktmacht van ziekenhuizen en complexere organisaties beperkt blijven.

Om uitwisseling te stimuleren, kan het helpen als de ACM aangeeft welke zorg ze als complex beschouwt, en welke samenwerking op dat vlak is toegestaan. Dan vervalt er een reden om te fuseren. De informele zienswijze van de ACM (2016) op de samenwerking bij complexe oncologische ingrepen van drie ziekenhuizen in Utrecht is daarvan een eerste voorbeeld. Zorgverzekeraars kunnen op hun beurt het uitwisselen van behandelingen faciliteren met afspraken over de financiële consequenties van die uitwisseling tijdens de periode waarin de financiële effecten in beeld komen.

CONCLUSIE

De beoordeling van mededinging voor fusies en ongeoorloofde samenspanning is niet gelijk voor elk type ziekenhuis. Als de ACM strenger wil toezien, ligt dat het meest voor de hand bij niet-complexe zorg die verweven is met faciliteiten in het ziekenhuis en met andere medische specialisten. Dat gaat om ongeveer de helft van de omzet op de ziekenhuismarkt. Voor losstaande niet-complexe zorg disciplineert de toetredingsdreiging de markt. Voor complexe zorg zouden ziekenhuizen juist meer ruimte kunnen krijgen om afspraken te maken en zorg uit te wisselen. De concentratie van complexe zorg en de bijbehorende verwachte kwaliteitsverbetering hoeft hier niet te leiden tot mededingingsproblemen.