

## Over fusies en desillusies in de zorg

Prof. dr. Jos LT Blank

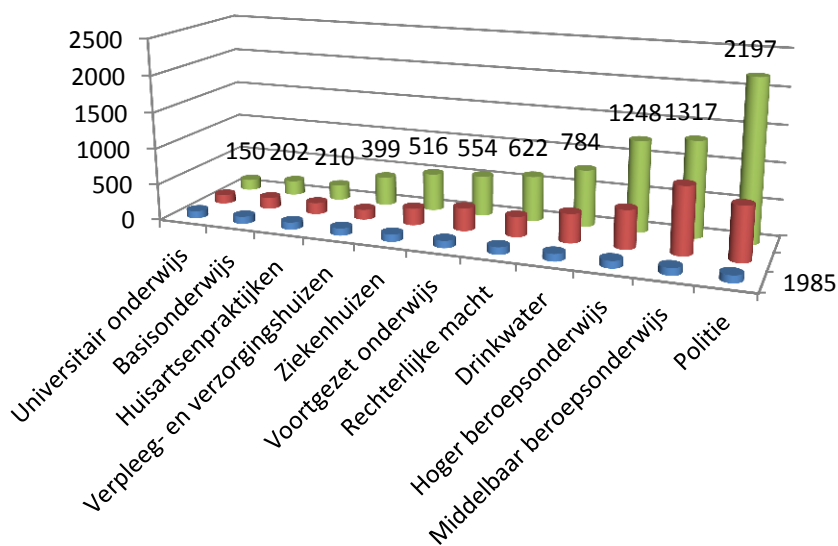
Erasmus Universiteit Rotterdam/TU Delft/IPSE Studies, 22 januari 2018

*Position paper voor RTG over fusies in de zorg (TK commissie voor welzijn & zorg)*

### Inleiding

De afgelopen decennia heeft Nederland te maken gehad met een forse opschaling van publieke voorzieningen. De kleinschaligheid, zoals we die kennen uit de jaren vijftig en zestig in de vorige eeuw, heeft plaatsgemaakt voor grootschaligheid. Figuur 1 geeft de ontwikkeling van de schaalgrootte weer vanaf 1985 in indexcijfers, waarbij 1985 gelijk wordt gesteld aan 100.

Figuur 1 Ontwikkeling gemiddelde schaal 1985-2012 (indexcijfers, 1985 = 100)



Bron: Blank (2015)

Als we ons in figuur 1 beperken tot de zorg, dan blijkt dat instellingen voor verpleging en verzorging vier keer zo groot zijn geworden en ziekenhuizen zelfs vijf keer zo groot. Huisartsenpraktijken vormen een uitzondering. Zij zijn twee keer zo groot geworden, vooral als gevolg van een organische groei en niet zo zeer als gevolg van fusies.

### Waarom schaalvergroting?

Er worden verschillende claims gehanteerd om schaalvergroting te rechtvaardigen. Zo zou schaalvergroting bijdragen aan lagere kosten vanwege een hogere productiviteit (schaalvoordelen) of aan kwaliteitsverbetering.

Uit veel studies blijkt dat er inderdaad sprake is van schaalvoordelen. Deze gelden echter maar tot een bepaalde schaal. Als een instelling dan nog groter wordt, dan slaan de schaalvoordelen om in schaalnadelen vanwege de toenemende bureaucratie en een verminderde betrokkenheid van werknemers (meer ziekteverzuim, hoger personeelsverloop). Dit omslagpunt zijn we in Nederland bij de meeste voorzieningen al lang gepasseerd (uitzondering waarschijnlijk huisartsen). Zo geldt voor ziekenhuizen dat het omslagpunt bij 200 à 300 bedden ligt. Uit internationaal onderzoek blijkt dat hier een grote consensus over bestaat (van Hulst & Blank, 2017).

Er is geen wetenschappelijke indicatie dat een grotere schaal tot meer kwaliteit leidt. Er zijn wel aanwijzingen dat de schaal van een behandeling invloed heeft op de kwaliteit, maar dat staat los van de schaal van het ziekenhuis. Concentratie van behandelingen kan hier evengoed aan bijdragen.

Een weinig genoemd argument is dat van de transactiekosten. Hoe minder actoren betrokken zijn bij het gehele aansturingsproces (overheid, verzekeraars, instellingen), des te lager zijn deze transactiekosten. Dit argument zou overigens wel een stille kracht kunnen zijn achter de steeds voortschrijdende schaalvergroting.

Bovenstaande betekent overigens niet dat schaalvergroting voorbij de optimale schaal irrationeel is. Instellingen hebben ook nog te maken met een opbrengstenkant. Zo hebben ziekenhuizen jarenlang een financieel voordeel gehad door te fuseren. Grote ziekenhuizen kregen in die tijd een hogere vergoeding voor dezelfde behandeling dan kleine ziekenhuizen. Tegenwoordig hebben instellingen bijvoorbeeld baat bij meer marktmacht. Ook kunnen individuele overwegingen van bestuurders ten aanzien van beloning en prestige prikkels zijn om te fuseren. Maatschappelijke en individuele belangen botsen hier dus.

### Waarom geen schaalvergroting?

Zoals gezegd zijn de genoemde claims ten aanzien van schaalvoordelen en kwaliteit in de huidige context niet meer hard te maken, met uitzondering voor huisartsen. Eerder geldt het tegenovergestelde. Er zijn nog andere grote nadelen.

Zo wordt de bereikbaarheid van een voorziening ondermijnd, ook al probeert men daar soms waarborgen voor in te bouwen. Hoe minder instellingen, des te groter wordt de afstand tot een instelling. Op termijn worden dikwijls locaties gesloten of functies herverkaveld tussen de locaties.

Het geringere aantal instellingen leidt tot verminderde keuzemogelijkheden voor patiënt en cliënt. Hiermee wordt de concurrentiedruk tussen instellingen ook vermindert met als gevolg dat er een soort regionale monopolies ontstaan. Ook in het geval van geen of een beperkt systeem van marktwerking, is dit een serieus probleem.

Een schromelijk onderschat probleem is de fusie zelf. Hiermee zijn grote transitiekosten gemoeid. Afstemming van technische systemen en harmonisatie van arbeidsverhoudingen nemen jaren in beslag en gaan met hoge kosten gepaard. Uit onderzoek buiten de zorg blijkt dat fusies na 5 tot 10 jaar nog voelbaar zijn.

### Waarom grijpt het beleid niet in?

Deze vraag is voer voor bestuurskundigen en lastig te beantwoorden. Opvallend is wel dat dit onderwerp in de afgelopen 15 jaar verschillende keren door de TK geagendeerd is. Iedere keer komt de TK met voorstellen die geen hout snijden (fusietoets) en het proces gaat onverminderd verder. Opvallend is ook dat de ACM al die tijd een laissez-faire houding heeft aangenomen. Veel te veel fusies zijn toegestaan. De ACM heeft recentelijk een nieuwe koers ingeslagen (zegt men), maar het is een vorm van "als het kalf verdronken is, .." De nieuwe koers wordt gemotiveerd door de stijging van prijzen in regio's met geringe concurrentie.

### Wat kan het beleid doen?

Verschiedene economen pleiten er al jaren voor om de bewijslast om te draaien: fusies zijn verboden, tenzij kan worden aangetoond dat publieke waarden hiermee nadrukkelijk gediend zijn. Verder is het van belang om perverse prikkels uit het systeem weg te nemen. Denk hierbij aan wijze van bekostiging, voorwaarden voor subsidies, *good governance* et cetera.

Voor veel zorgsectoren geldt dat de schaal is doorgeschoten. Het is de vraag of het zinvol is om de klok terug te draaien, bijvoorbeeld door splitsingen. Ook dan krijgt de betrokken instelling waarschijnlijk met hoge transitiekosten te maken. Interessant is wel om na te gaan of het mogelijk is om (onafhankelijke) toetreding te faciliteren of belemmeringen hiervoor op te heffen.

### Referenties

Blank, J. L. T. (2015). *Illusies over fusies. Een kritische beschouwing over de schaalvergroting in de Nederlandse publieke sector (oratie)* (Publicatierreeks Overheid en Arbeid No. 41). Den Haag: CAOP.

van Hulst, B. L., & Blank, J. L. T. (2017). Nederlandse ziekenhuizen te groot voor verdere schaalvoordelen. *ESB*, 102(4749), 226–228.