**Fusies in de zorg**

De vaste kamer commissie buigt zich over fusies in de zorg en heeft hierbij twee kernvragen:

In hoeverre dragen fusies bij aan de maatschappelijke belangen in de zorg: kwaliteit, betaalbaarheid, toegankelijkheid en zorginhoudelijk? Wat zijn effecten en hoe kunnen wij de fusietoets inhoudelijk verbeteren, het publieke belang beter dienen?

De Eerstelijns is verzocht om te reageren en een bijdrage te leveren aan het debat. Hierbij is vanuit het perspectief van de eerstelijnszorg naar fusies in de zorg gekeken. Niet zozeer naar de fusietoets, maar meer het effect dat de fusies hebben op de eerstelijnszorg.

**Algemeen**

Fusies worden over het algemeen ingegeven door 3 drijfveren:

* economy of scale: schaalvoordeel wat efficiency voordelen met zich mee kan brengen (offensieve overwegingen).
* economy of quality: kwaliteitsvoordeel doordat bepaalde interventies vaker voorkomen en hiermee de routine, deskundigheidsbevordering en innovatie kan worden versterkt (offensieve overwegingen)
* economy of power: vergroten van de machtspositie en invloed ten opzicht van andere stakeholders (defensieve overwegingen).

**Eerstelijnszorg**

Het is logisch om eerst naar de eigen deelsector te kijken. Fusies zijn hierin in bescheiden mate aan de orde. De eerstelijnszorg is zich juist aan het ontwikkelen van kleinschalige organisaties en individuele praktijken en is zich aan het hergroeperen tot monodisciplinaire en in toenemende mate ook multidisciplinaire organisatievormen van huisartsen, fysiotherapeuten, apothekers, verloskundigen en eerstelijns psychologen. Hoewel dit proces binnen de contractering van specifieke delen van de zorg, bijvoorbeeld chronische zorgprogramma’s, bij zorgverzekeraars tot gefronste wenkbrauwen leidt als het gaat om de machtspositie, betreft dit slechts een klein deel van de zorg (maximaal 15%) en blijft het overgrote deel van de huisartsenzorg individueel of zeer kleinschalig op enkele grote koepels van gezondheidscentra na. Daar is zelfs door de wijziging in de bekostiging een tegengestelde beweging naar ontvlechting van multidisciplinaire centra aan de orde. De schaalvergroting in de eerste lijn biedt als gemandateerde aanspreekbare organisatie vaak juist voordelen. Dat geldt voor alle disciplines. De kwaliteit wordt vanuit de eigen beroepsgroep bewaakt. Hoewel dit nog kan verbeteren, is dit voor professionals een belangrijk voordeel, ten opzichte van opgelegde kwaliteit van buitenaf. Binnen de huisartsenzorg is er een tendens dat regionale kringen, zorggroepen en huisartsenposten fuseren. Dat is in 10 - 15% van de ca 100 regionale huisartsenorganisaties afgelopen jaren het geval geweest. De redenen hiervoor zijn de gedeeltelijke overlap in de diverse huisartsenfuncties, het gebrek aan deskundige bestuurders voor meerdere gelijksoortige organisaties, het verbeteren van de afstemming en het verkleinen van de machtspositie ten opzichte van zorgverzekeraars en stakeholders. Echter vanwege de regionale oriëntatie en werkgebied ontstaat al vrij snel een monopoliepositie die beperkingen geeft op gebied van marktwerking[[1]](#footnote-1). Op basis van bovenstaande kan worden gesteld dat de fusies in de eerstelijnszorg niet tot substantiële marktverstoring leiden en vanuit aanspreekbaarheid, herkenbaarheid en kwaliteit tot voordelen strekken. De over het algemeen jonge eerstelijns organisaties hebben problemen met de steeds meer scheef groeiende verhouding werkdruk, zorgvraag enerzijds en beschikbare middelen anderzijds. De governance van eerstelijns organisaties kan echter nog verder verbeteren.

**Ziekenhuizen, GGZ, V&V**

Vanuit het perspectief van de eerstelijnszorg is ook gekeken naar ziekenhuizen, GGZ en V&V organisaties. Bij de laatste is concurrentie een meer voorkomende strategische keuze dan fusie en wordt daarom buiten beschouwing gelaten. In een enkel geval is er sprake van een gezamenlijk initiatief van zelfstandige organisaties om bijvoorbeeld de 24 uur bereikbaarheid gezamenlijk te gaan organiseren en heeft dit een positief effect op de afstemming en efficiency in de regio.

De eerstelijnszorg heeft vanwege de feitelijke en gewenste substitutie vanuit de ziekenhuizen en GGZ naar de eerstelijnszorg vooral vraagtekens bij de drijfveren voor fusie van ziekenhuizen en GGZ. Binnen deze beweging zijn er in ziekenhuizen ook een aantal fusies tussen maatschappen van medisch specialisten geweest.

De conclusie op basis van onze waarnemingen: fusies zijn vaak defensief. In een analyse over de effecten van de invoering van het medisch specialistisch bedrijf in De Eerstelijns nr 1-2015, is reeds aangegeven dat er een afbouw van ziekenhuizen en intramurale GGZ plaats moet vinden[[2]](#footnote-2). Daarbij zullen organisaties verdwijnen of in ieder geval aanzienlijk krimpen. Dat betekent dat er pijnlijke maatregelen moeten worden genomen. Die worden bestuurders vaak niet in dank afgenomen en door de WNT die van toepassing is geworden ontstaat een *locked in*: dappere bestuurders verliezen wellicht hun functie en salaris en mogen als het meevalt tegen een lager salaris elders aan de slag, als dat al lukt. In 2015 spelen de nieuwe verhoudingen tussen ziekenhuis en MSB een grote rol bij de strategische keuzes, besluitvorming en implementatie.

Echter de grootste problemen die aan een fusie kleven zijn de interne gerichtheid die vaak gedurende een aantal jaren speelt. De energie wordt besteedt aan interne verdelingsvraagstukken tussen de fuserende organisaties en binnen deze organisaties. Daarbij neemt door de schaalvergroting de afstand tot de eerstelijnszorg toe in plaats van af Ook is het traditionele adherentiegebied van een ziekenhuis, meestal ordenend voor de samenwerkingsrelaties met regionale partijen, zoals huisartsen en zorggroepen. Door schaalvergroting worden bestaande routines herzien. Ook transmurale zorginhoudelijke projecten krijgen minder prioriteit dan de fusie activiteiten en werken belemmerend op de maatschappelijke ontwikkelingen van “langer thuis”.

Sommige fusies zijn feitelijk een overname. Vooral als de verschillen tussen de organisaties groot zijn qua omzet, specialisaties en profiel van de organisatie. In dat geval is de route voorspelbaar. De overname wordt aangekondigd als fusie, maar in de jaren na de fusie wordt de kleinere locatie afgebouwd en wordt hoog specialistische zorg en infrastructuur geconcentreerd. Dat is echter bij de start van de fusie onbespreekbaar. Toch is dit een manier om binnen afzienbare termijn de overtollige capaciteit af te bouwen en efficiency voordeel te behalen. Hier zou bij de toetsing sterker op gestuurd kunnen worden. Dat werkt dan beter dan de huidige koude sanering die plaatsvind als de giftige cocktail van financiële, bestuurlijke en zorginhoudelijke problemen plaatsvind. Die is onbestuurbaar, leidt tot meer maatschappelijke onrust en waarschijnlijk ook meer schade. De fusie/overname die tot een geleidelijke afbouw leidt, is een verdedigbare weg. Al blijven de bezwaren van interne gerichtheid en energie van toepassing.

**Tot slot**

De marktordening met slechts enkele grote verzekeraars heeft effect op de andere partijen. Vanaf 2006 is er een schaalvergroting aan de kant van zorgaanbieders. Als kleinere partijen zich groeperen kan dit een positief effect hebben op de machtsbalans. Als grote partijen samenvoegen ontstaat het risico op “to big tot fail”. Dit is ook door minister Schippers erkent in de bijeenkomst van Het Roer moet om.

Jan Erik de Wildt

De Eerstelijns

1. Overschrijding marktaandeel > 55% NZA criterium Richtsnoeren zorggroepen [↑](#footnote-ref-1)
2. In de GGZ lijkt hier overeenstemming over en gaat het vooral over de fasering en randvoorwaarden [↑](#footnote-ref-2)