

T.b.v. rondetafelgesprek zorgfusies
Tweede Kamer, 29 januari 2018

Van: Wouter Bos
Raad van Bestuur, VUmc

Amsterdam: 23 januari 2018

Raad van Bestuur

uw kenmerk:-

3D116

ons kenmerk: WB/mm/ak/wdlr/18-021

doorkiesnummer: 020-4442512

e-mail: secretariaat.rvb@vumc.nl

De aanstaande fusie tussen AMC en VUmc komt vanaf 2013, toen de plannen werden aangekondigd, in diverse Kamerstukken aan de orde. In 2017 werd uiteindelijk toestemming gekregen van de ACM, in 2018 zullen AMC en VUmc daadwerkelijk fuseren.

Waarom een fusie?

AMC en VUmc zijn geen ziekenhuizen maar UMC's, de fusie is dan ook geen 'gewone' ziekenhuisfusie. Grofweg de helft van de omzet van beide huizen gaat naar andere kerntaken dan patiëntenzorg namelijk onderzoek, onderwijs en opleiding. De redenen voor de fusie liggen dan ook niet alleen bij de patiëntenzorg maar bijvoorbeeld minstens zo zeer bij het wetenschappelijk onderzoek en het verzorgen van opleidingen. Uiteindelijk zijn daarbij de twee belangrijkste argumenten steeds geweest:

1. Het is niet zinvol als twee UMC's op nog geen 10 kilometer afstand van elkaar in één stad van nog geen miljoen inwoners, het zelfde proberen te doen. Met name niet als de activiteiten hoog complex zijn en zeer specialistische kennis en vaardigheden vereisen en in die zin ook vaak duur zijn. Duplicatie kan dan leiden tot verlies van kwaliteit en doelmatigheid. Duurzame beschikbaarheid voor stad en regio, van zorg maar bijvoorbeeld ook van opleidingen, kan beter gegarandeerd worden bij bundeling van (schaarse) krachten in één organisatie dan bij spreiding over twee vergelijkbare organisaties.
2. Met name op het gebied van medisch wetenschappelijk onderzoek internationaliseert het speelveld voor UMC's snel. Dan zijn AMC en VUmc elk op zich al snel te klein om gezien te worden maar laten zij zich na fusie vergelijken met internationale partners én concurrenten zoals het Erasmus MC, Karolinska, Leuven en de Londense universiteitsziekenhuizen.

Waarom gaan we niet alleen samenwerken?

De vraag is vervolgens wel of de beoogde samenwerking niet ook zonder te fuseren vorm kan worden gegeven. Waarom kan er bijvoorbeeld niet op een specialisme of patiëntengroep worden samengewerkt, waarom moet er gefuseerd worden?

De reden is dat een UMC veel meer dan een 'gewoon' ziekenhuis multimorbide patiënten kent die voor hun behandeling van meerdere specialisten afhankelijk zijn. Samenwerking op één gebied leidt dan al snel tot samenwerking op meerdere gebieden. Een stapeling van samenwerkingsverbanden leidt al snel tot onoverzichtelijke governance. Dat zouden wij niet aan de premiebetaler willen en kunnen uitleggen. Het probleem wordt overigens nog groter als we ons bedenken dat artsen in een UMC ook onderzoeker, opleider en docent zijn. De governance wordt nog onoverzichtelijker als een collega wel in zijn rol als arts maar niet in zijn rol als onderzoeker of opleider in het samenwerkingsverband mee doet. En dus krijg je ook hier een dynamiek van steeds meer samenwerking waarop een fusie uiteindelijk qua governance een transparanter antwoord is dan een onoverzichtelijke en qua financiën en verantwoordelijkheden onontwarbare kluwen van samenwerkingsverbanden.

Leidt de fusie tot een groot risico op prijsopdrijving?

Ook de NZA kan deze vraag alleen maar met een theoretisch model beantwoorden omdat goed vergelijkingsmateriaal ontbreekt. Zo'n fusie is immers in Nederland niet eerder voorgekomen, alleen al vanwege het feit dat het hier twee UMC's betreft. Ook uit het buitenland komt weinig vergelijkingsmateriaal, vanwege het feit dat UMC's als zodanig in het buitenland niet bestaan. Dit heeft o.a. tot gevolg dat er geen studies bestaan naar de precieze gevolgen van zo'n fusie die 1 op 1 toepasbaar zijn op de fusiebeweging van VUmc en AMC; vergelijkbare casussen ontbreken. Ook Nederlandse studies over de effecten van fusies gaan niet in op fusies die in omvang, aard en complexiteit vergelijkbaar zijn met de fusie tussen AMC en VUmc.

De ACM helpt ons bij de beantwoording van de vraag naar mogelijke prijsopdrijving niettemin wel op weg. Volgens de ACM is er op de markt voor basiszorg niet zo veel aan de hand, VUmc en AMC blijven daar ook na fusie betrekkelijke klein en patiënten en verzekerden houden in de regio een ruime keuze. Ook op de markt voor non-concurrentiële topzorg zal voor patiënten niet veel veranderen: wie nu voor een hoogst zeldzame aandoening maar bij één van beide huizen terecht kan, kan dat straks ook nog. De ACM identificeerde dus vooral het tussenliggende marktsegment, de concurrentiële topzorg, als potentieel risicovol; maar kwam na onderzoek tot de conclusie dat ook op dit marktsegment voldoende concurrenten voor het gefuseerde AMC en VUmc overbleven.

De cijfers die de ACM gebruikte lieten zien dat volgens hen 45% van het portfolio van AMC en VUmc zich kenmerkte als 'concurrentiële topzorg'. Op die markt hadden AMC en VUmc volgens de ACM maximaal ongeveer 70% overlap dus patiënten zouden op maximaal $45\% \times 70\% = 31,5\%$ van het zorgaanbod mogelijk last krijgen van het wegvallen van een aanbieder. Zou daar dan een serieus risico ontstaan voor prijsopdrijving door de overblijvende en grotere aanbieder? Bij een fusie tussen algemene ziekenhuizen misschien wel maar AMC en VUmc bevinden zich wat betreft concurrentiële topzorg maar voor maximaal 14% in een deel van de markt waar sprake is van vrije (en dus opdrijfbaar) tarieven. Het gros van de UMC-zorg bevindt zich immers in het gereguleerde segment waar sprake is van maximumtarieven. Het theoretische risico op prijsopdrijving doet zich dus voor in maximaal $31,5\% \times 14\% = 4,4\%$ van de totale zorgomzet van VUmc en AMC.

Wij vinden het jammer dat de NZA dit kenmerkende verschil tussen UMC's en algemene ziekenhuizen (waar sprake is van meer overlap en meer vrije prijzen)

over het hoofd heeft gezien en diens gevolg een onjuist beeld schetst van het risico op prijsstijgingen.

Betekent dit dat de fusie zonder risico is?

Nee, natuurlijk niet. En de waarschuwingen die door NZA en IGJ worden gegeven nemen we uiteraard ter harte. Fusieren kan veel energie en inzet vragen terwijl beide organisaties wel 'gewoon' dag in dag uit moeten blijven doen wat ze nu ook al doen: veilige patiëntenzorg bieden, hoogstaand wetenschappelijk onderzoek doen en bekwame dokters en verpleegkundigen opleiden. Ook wordt de nieuwe combinatie groot en zal een constante alertheid aan de orde zijn op potentiële nadelen die mee komen met de schaalvergroting. Het is één van de redenen waarom we de tijd nemen om alles en iedereen –patiënten, artsen, verpleegkundigen, onderzoekers, studenten, de advies- en medezeggenschapsorganen, de vakbonden- te betrekken bij de grote veranderingen die komen gaan. Juist ook vanuit zorgvuldigheid jegens hen zal de fusie niet met een 'big bang' gepaard gaan maar een proces van geleidelijke transitie gedurende meerdere jaren impliceren. Een laatste risico, mede gezien de ervaringen elders in de semipublieke sector, betreft het risico van een kostenexplosie. Het is één van de redenen dat de fusie niet gepaard gaat met grote nieuwbouw en we zo lang mogelijk gebruik willen maken van de gebouwen en infrastructuur die al op beide hoofdlocaties bestaat. Uitgangspunt is daarbij verder dat de fusiekosten betaald moeten worden uit middelen die ook nu reeds binnen beide begrotingen, stand alone dus zonder rekening te houden met de fusie, beschikbaar zijn.