

Fusies van maatschappen bedreigen zorginkoop

Door fusies neemt het aantal instellingsoverstijgende maatschappen steeds verder toe. Dit vormt een bedreiging voor de zorginkoop door zorgverzekeraars met onredelijk hoge prijzen als mogelijk gevolg. Bij mededingingsproblemen moet de ACM ingrijpen.

STÉPHANIE VAN DER GEEST

Wetenschappelijk onderzoeker aan de Erasmus Universiteit Rotterdam

MARCO VARKEVISSE

Universitair hoofd-docent aan de Erasmus Universiteit Rotterdam

Sinds de eeuwwisseling zijn fors meer medisch specialisten in loondienst gaan werken, maar van alle medisch specialisten in Nederland is nog steeds bijna de helft in vrije vestiging werkzaam (Capaciteitsorgaan, 2010). Bij laatstgenoemde groep werken de medisch specialisten veelal met elkaar samen in een maatschap. De maatschap is een overeenkomst tussen twee of meer personen die zich met elkaar verbinden om hun kennis en arbeid samen te brengen met als doel de, veelal financiële, voordelen daarvan met elkaar te delen. Van oudsher zijn maatschappen in één algemeen ziekenhuis werkzaam, maar ze kunnen fuseren tot instellingsoverstijgende maatschappen waarvan de specialisten in meer dan één ziekenhuis werkzaam zijn. Zulke maatschappen worden ook wel regiomaatschappen genoemd, omdat vaak de maatschappen van naburige ziekenhuizen met elkaar fuseren. Fusies tussen maatschappen zijn geen nieuw fenomeen. Op sommige plaatsen zijn instellingsoverstijgende maatschappen al geruime tijd gemeengoed (Crommentuyn, 2008). De regionalisering van maatschappen is de laatste jaren echter sterk toegenomen en daardoor volop in de belangstelling gekomen.

Hoewel het huidige kabinet de vorming van regiomaatschappen wil ontmoedigen (Regeerakkoord VVD-PvdA, 2012) en minister Schippers inmiddels heeft laten weten na de zomer met maatregelen te zullen komen (Tweede Kamer, 2013) bestaat ten aanzien van fusies van maatschappen nog

veel onduidelijkheid. Zo is informatie over het precieze aantal instellingsoverstijgende maatschappen niet voorhanden, omdat op grond van de huidige wet- en regelgeving geen sprake is van een meldingsplicht. Ook bestaat onduidelijkheid over de belangrijkste voor- en nadelen van maatschapfusies en de mogelijke gevolgen die de vorming van instellingsoverstijgende maatschappen kan hebben voor het functioneren van het Nederlandse zorgstelsel met gereguleerde concurrentie. Derhalve is meer inzicht in het aantal, en de voor- en nadelen van instellingsoverstijgende maatschappen gewenst.

FUSERENDE MAATSCHAPPEN

Om te onderzoeken hoe wijdverbreid instellingsoverstijgende maatschappen zijn, is in december 2012 een vragenlijst onder alle Nederlandse algemene ziekenhuizen verspreid (Varkevisser *et al.*, 2013). In totaal zijn 82 ziekenhuizen aangeschreven waarvan er 81 de vragenlijst volledig hebben ingevuld. Hiervan geven 58 ziekenhuizen (72 procent) aan dat zij te maken hebben met instellingsoverstijgende maatschappen. Zulke maatschappen komen in heel Nederland voor en soms zijn meer dan twee maatschappen met elkaar gefuseerd. Uit de resultaten van de vragenlijst blijkt ook dat tussen de ziekenhuizen een grote variatie bestaat. Tabel 1 laat zien dat het aantal instellingsoverstijgende maatschappen per ziekenhuis varieert van één tot twaalf.

Gefuseerde maatschappen blijken het meest voor te komen bij urologie. Ook de specialismen heelkunde, plastische chirurgie, reumatologie, medische microbiologie, neurochirurgie en pathologie worden veelvuldig genoemd door de ziekenhuizen die naar eigen zeggen ervaring hebben met instellingsoverstijgende maatschappen. In totaal kunnen verdeeld over 21 specialismen meer dan 100 fusiemaatschappen worden geïdentificeerd. Voor zover door de ziekenhuizen ingevuld, blijken de meeste instellingsoverstijgende maatschappen sinds het jaar 2000 te zijn ontstaan. Er wordt echter ook melding gemaakt van maatschappen die in de jaren zeventig en tachtig zijn gefuseerd. Het aantal instellingsoverstijgende

Ziekenhuizen met instellingsoverstijgende maatschappen

TABEL 1

Aantal instellingsoverstijgende maatschappen	Aantal ziekenhuizen	Percentage	Cumulatief percentage
1	13	22	22
2	9	16	38
3	11	19	57
4	7	12	69
5	5	9	78
6	4	7	84
7	3	5	90
8	1	2	91
9	2	3	95
10	1	2	97
11	1	2	98
12	1	2	100
Totaal	58		

Bron: Varkevisser et al., 2013

maatschappen lijkt de komende jaren verder toe te nemen. Van alle 81 ziekenhuizen die de vragenlijst volledig hebben ingevuld, geeft namelijk meer dan de helft aan dat er bij hen op dit moment plannen zijn voor nieuwe maatschapsfusies.

MOTIEVEN VOOR FUSIE

Om beter inzicht te krijgen in de voor- en nadelen van instellingsoverstijgende maatschappen kan allereerst gekeken worden naar de beweegredenen die aan fusies van maatschappen ten grondslag liggen. Uit informele gesprekken met zorgverzekeraars, ziekenhuizen en medisch specialisten blijkt dat maatschappen verschillende redenen kunnen hebben om te fuseren, waarbij er twee hoofdmotieven te onderscheiden zijn: schaalvoordelen en strategische overwegingen (Varkevisser et al., 2013).

Een eerste reden voor maatschappen om te fuseren is om te kunnen profiteren van schaalvoordelen. Schaalvergroting is in de eerste plaats nodig om binnen een maatschap subspecialismen te kunnen aanbieden. De afgelopen decennia heeft de specialistische geneeskunde zich volop ontwikkeld en als gevolg daarvan is binnen vrijwel alle grote specialismen – maar ook binnen steeds meer kleine specialismen – een toenemend aantal subspecialismen ontstaan (Levi, 2009). Door te fuseren kunnen medisch specialisten vaker bepaalde behandelingen uitvoeren en daarmee meer ervaring opdoen. Hoewel de positieve relatie tussen volume en kwaliteit niet onomstreden is (Zuiderent-Jerak et al., 2013), wordt in navolging van de volumennormen van de Nederlandse Vereniging van Heelkunde (NVvH, 2012) voor steeds meer specialistische en complexe behandelingen door de betreffende beroepsvereniging een volumennorm vastgesteld. Om aan deze norm te kunnen voldoen is schaalvergroting vaak onontkoombaar. In de tweede plaats wordt de schaalvergroting soms als noodzakelijk gezien om de minimale patiëntaantallen te realiseren die vereist zijn om, samen met de betrokken ziekenhuizen, dure investeringen in

moderne apparatuur te kunnen doen. Een voorbeeld hiervan is de zogeheten Da Vinci Robot, een op afstand bestuurbare operatierobot die bepaalde microchirurgische ingrepen zeer nauwkeurig uitvoert.

Bij de vorming van instellingsoverstijgende maatschappen kunnen ook strategische overwegingen een rol spelen. Deze overwegingen dienen vooral bezien te worden in het licht van de beoogde invoering van integrale tarieven voor medisch specialistische zorg per 1 januari 2015. Vanaf dat moment zal voor elke zorgprestatie die ziekenhuizen leveren één tarief gelden waarin alle kosten zijn opgenomen, inclusief het honorarium van de specialist (NZa, 2013). Er komt dan een einde aan de huidige overgangsfase waarin de NZa voor elk algemeen ziekenhuis maximumhonoraria voor de vrijgevestigde medisch specialisten vaststelt. Ziekenhuisbesturen en specialisten zullen vanaf 2015 met elkaar moeten onderhandelen over de hoogte van de honoraria. Door te fuseren kunnen maatschappen hun positie tegenover het ziekenhuisbestuur versterken. Een instellingsoverstijgende maatschap biedt namelijk mogelijkheden om de raden van bestuur van de betrokken ziekenhuizen tegen elkaar uit te spelen ten einde financiële concessies af te dwingen.

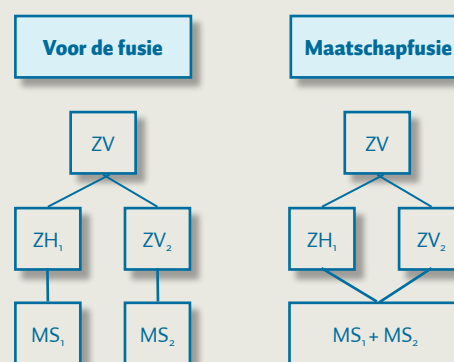
Daarnaast geldt dat een instellingsoverstijgende maatschapsfusie door vrijgevestigde medisch specialisten soms ook gezien wordt als een manier om hun fiscaal ondernemerschap met de bijhorende belastingvoordelen veilig te stellen. Hoewel ook andere factoren van belang zijn (Tweede Kamer, 2010), is het voor de Belastingdienst in ieder geval belangrijk dat vrijgevestigde medisch specialisten meer dan één opdrachtgever hebben. In de huidige overgangsfase wordt aan deze eis voldaan doordat een specialist zijn honorarium via het ziekenhuis bij verschillende zorgverzekeraars declareert in plaats van aan het ziekenhuis waar hij werkzaam is. Aan deze constructie komt in 2015 dus een einde. Sommige specialisten zien de instellingsoverstijgende maatschap als vehikel om ook in de toekomst nog van belastingvoordelen te kunnen profiteren vanuit de gedachte dat men dan verschillende ziekenhuizen als opdrachtgever heeft.

BEDREIGING VOOR ZORGINKOOP

Wanneer maatschappen met elkaar fuseren, lijken op het eerste gezicht de keuzemogelijkheden op de zorginkoopmarkt

Keuzemogelijkheden¹

FIGUUR 1



¹ ZV = zorgverzekeraar, ZH = ziekenhuis, MS = maatschap.

voor zorgverzekeraars niet te zijn veranderd. Zorgverzekeraars onderhandelen namelijk met de raden van bestuur van ziekenhuizen en niet met maatschappen. Feitelijk is er echter wel sprake van minder keuzemogelijkheden voor zorgverzekeraars en hun verzekerden, omdat in naburige ziekenhuizen bepaalde behandelingen door specialisten uit eenzelfde instellingsoverstijgende maatschap worden geleverd (figuur 1). Het gevolg is dat ziekenhuizen zich minder zullen onderscheiden op het gebied van de kwaliteit van medisch specialistische zorg en dit zal de zorginkoop door zorgverzekeraars bemoeilijken. In sommige regio's kan de concurrentiedruk aanzienlijk verminderen of zelfs geheel wegvallen. Behalve dat de kwaliteitsconcurrentie vermindert, zijn in deze regio's ook onredelijk hoge prijzen niet uit te sluiten.

In het gebruikelijke scenario concentreert een gefuseerde instellingsoverstijgende maatschap met instemming van de betrokken ziekenhuisbesturen bepaalde behandelingen in één ziekenhuis. Dit betekent voor zorgverzekeraars dat ze ten aanzien van het aanbod van zorg voor voldongen feiten worden gesteld. In feite verliezen zorgverzekeraars in dat geval de hun toebedeelde regio's. Zorgverzekeraars zullen niet in staat zijn om via selectieve inkoop op basis van prijs, kwaliteit, doelmatigheid en het terugdringen van ongewenste praktijkvariatie de mededinging tussen ziekenhuizen te bevorderen.

MEDEDINGINGSRECHTELIJKE POSITIE

Gezien het risico dat maatschapsfusies met zich meebrengen voor de zorginkoop door zorgverzekeraars is het belangrijk om duidelijkheid te hebben over de mededingingsrechtelijke positie van instellingsoverstijgende maatschappen. In dat kader is het van belang dat maatschappen niet op zichzelf staan, maar een zogeheten economische eenheid vormen met het ziekenhuis. De formele rolverdeling, zoals vastgelegd

in toelatingsovereenkomsten, legt de eindverantwoordelijkheid voor afspraken over welke zorg het ziekenhuis aanbiedt bij de raad van bestuur. Maatschappen sluiten bovendien zelf geen contracten met zorgverzekeraars, dat doen de ziekenhuizen. Dit betekent dat de besturen van de betrokken ziekenhuizen verantwoordelijk zijn voor eventuele mededingingsgevolgen van instellingsoverstijgende maatschappen. In het gebruikelijke scenario waarin bepaalde behandelingen in één ziekenhuis worden geconcentreerd, is feitelijk sprake van horizontale coördinatie tussen twee of meer ziekenhuizen en dus van een kartelafpraak. De bestuurders van de betrokken ziekenhuizen kunnen hierop door de Autoriteit Consument & Markt (ACM), sinds 1 april jongstleden de opvolger van de Nederlandse Mededingingsautoriteit (NMa), worden aangesproken op grond van het kartelverbod. In navolging van Varkevisser *et al.* (2013) heeft de ACM (2013) laten weten bestuurders van ziekenhuizen inderdaad verantwoordelijk te houden voor afspraken die medisch specialisten onderling maken. Indien nodig kan het optreden van de ACM worden aangevuld door de NZa.

CONCLUDEREND

Het aantal maatschappen waarvan de specialisten in meer dan één algemeen ziekenhuis werkzaam zijn is de afgelopen jaren sterk toegenomen. Zowel de wens om te profiteren van schaalvoordelen als strategische overwegingen blijken belangrijke motieven te zijn om een instellingsoverstijgende maatschap te vormen. Voor het functioneren van het Nederlandse zorgstelsel met gereguleerde concurrentie is het van belang om vast te stellen dat fusies van maatschappen een bedreiging kunnen zijn voor de zorginkoop door zorgverzekeraars. In sommige regio's kan de concurrentie aanzienlijk verminderen. Misbruik van marktmacht is dan niet uit te sluiten. Waakzaamheid is derhalve geboden. Als concurrentiebepurende afspraken worden geconstateerd, dan dient de ACM streng op te treden en de bestuurders van de betrokken ziekenhuizen hierop krachtens het kartelverbod aan te spreken. Dergelijk maatwerk verdient de voorkeur boven generieke maatregelen gericht op een ontmoediging van instellingsoverstijgende maatschappen. Hoewel opgenomen in het regeerakkoord, is een algemene ontmoediging vooralsnog niet nodig. Immers, voor een gedegen oordeel over de (on)wenselijkheid van gefuseerde instellingsoverstijgende maatschappen moeten van geval tot geval verschillende positieve gevolgen (zoals schaalvoordelen) en negatieve gevolgen (zoals machtsposities) tegen elkaar worden afgewogen. Hierbij mag niet uit het oog worden verloren dat in sommige regio's de vorming van instellingsoverstijgende maatschappen nodig kan zijn om de aanwezigheid van een relatief klein specialisme met de bijbehorende subspecialisaties te garanderen.

LITERATUUR

- ACM (2013) *ACM-lijn maatschappen en ziekenhuizen*. Den Haag: Autoriteit Consument & Markt.
- Capaciteitsorgaan (2010) *Capaciteitsplan 2010 – deelrapport 1: medisch en klinisch technologische specialisten*. Utrecht: Capaciteitsorgaan.
- Crommentuyn, R. (2008) Samen sterker. *Medisch Contact*, 63(39), 1585–1587.
- Levi, M. (2009) De generalist in de moderne specialistische geneeskunde. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 153(B47), 1–2.
- NVvH (2012) *Normering chirurgische behandelingen 3.0*. Utrecht: Nederlandse Vereniging voor Heelkunde.
- NZa (2013) *Conceptadvies integrale tarieven medisch specialistische zorg 2015*. Utrecht: Nederlandse Zorgautoriteit
- Regeerakkoord VVD–PvdA (2012) *Bruggen slaan*, 29 oktober.
- Tweede Kamer (2010) *Brief van de minister van Financiën over de fiscale positie van medisch specialisten*, 32222(11).
- Tweede Kamer (2013) *Brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over de beleidsdoelstellingen*. 32620(88).
- Varkevisser, M., S.A. van der Geest, E.M.H. Loozen, I. Mosca en F.T. Schut (2013) *Instellingsoverstijgende maatschappen: huidige ontwikkelingen, mogelijke gevolgen en de aanpak van eventuele mededingingsproblemen*. iBMG-onderzoeksrapport, 2013(07).
- Zuiderent-Jerak, T., T. Kool en J. Rademakers (2013) De concentratiehype voorbij. *Medisch Contact*, 68(1), 38–40.