

BESTUURDERS ZIEKENHUIZEN VERANTWOORDELIJK VOOR GEVOLGEN MEDEDINGING

Kansen en knelpunten van regiomaatschappen

Aan fusies tussen maatschappen uit verschillende instellingen kleven voor- en nadelen. Zo kunnen er mededingingsproblemen ontstaan als na een fusie van maatschappen bepaalde vormen van zorg nog slechts op één plek worden aangeboden.

Hoewel het aandeel medisch specialisten in loondienst sinds de eeuwwisseling fors is toegenomen, is van alle medisch specialisten in Nederland nog steeds bijna de helft vrijgevestigd.¹ De meeste vrijgevestigde specialisten werken in maatschapsverband. Van oudsher zijn maatschappen in één ziekenhuis werkzaam, maar ze kunnen ook fuseren tot instellingsoverstijgende verbanden waardoor de specialisten in meer dan één ziekenhuis werkzaam zijn. Dit noemt men regiomaatschappen of brugmaatschappen. De (politieke) aandacht voor dit verschijnsel neemt sterk toe.

Het precieze aantal regiomaatschappen is onbekend, omdat er geen meldplicht is. Ook is onduidelijk wat de belangrijkste beweegredenen zijn die aan deze fusies ten grondslag liggen en welke gevolgen het ontstaan van regiomaatschappen heeft voor het functioneren van het Nederlandse zorgstelsel met gereguleerde concurrentie. Om deze reden heeft het instituut Beleid & Management Gezondheidszorg (iBMG) van de Erasmus Universiteit Rotterdam, in opdracht van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa), een onafhankelijk verkennend onderzoek uitgevoerd naar de toename van het aan-

tal regiomaatschappen.² Hiertoe is een vragenlijst uitgezet onder alle algemene ziekenhuizen. Verder zijn informele gesprekken gevoerd met zorgverzekeraars, ziekenhuizen en medisch specialisten. De belangrijkste bevindingen worden hier samengevat.

Urologie

Fusies tussen maatschappen zijn geen nieuw fenomeen.³ De resultaten van de enquête bevestigen dit beeld. Er zijn 82 ziekenhuizen aangeschreven waarvan er

groot: per ziekenhuis varieert het aantal regiomaatschappen van één tot twaalf. Ze komen het meest voor bij urologie. Van bovengenoemde 58 ziekenhuizen hebben er 25 bij urologie momenteel te maken met een instellingsoverstijgende maatschap. Ook bij heelkunde, plastische chirurgie, reumatologie, medische microbiologie, neurochirurgie en pathologie komen veel regiomaatschappen voor.

Aan maatschapsfusies liggen verschillende beweegredenen ten grondslag die veelal niet los van elkaar zijn te zien. Er zijn twee hoofdmotieven: schaalvoordelen en strategische overwegingen.

Ten aanzien van de schaalvoordelen is vooral de subspecialisatie van belang. Om binnen een maatschap verschillende subspecialismen mogelijk te maken zijn voldoende behandelingen nodig, zeker gezien het toenemend belang van volumenormen. Daarnaast vinden maatschappen een fusie soms noodzakelijk om de minimale patiëntenaantallen te halen die nodig zijn om investeringen in apparatuur en personeel te kunnen doen.

Wat betreft de strategische overwegingen geldt allereerst dat maatschappen door te fuseren hun positie tegenover het ziekenhuisbestuur kunnen versterken. Een regiomaatschap zou bijvoorbeeld, zeker na

Fusie tussen
maatschappen
maakt
subspecialisatie
mogelijk

81 de vragenlijst volledig hebben ingevuld. 58 ziekenhuizen (72%) hebben te maken met regiomaatschappen. De variatie is

de invoering van integrale tarieven in 2015, kunnen proberen om de raden van bestuur van de betrokken ziekenhuizen tegen elkaar uit te spelen om financiële concessies af te dwingen. Daarnaast is een fusie volgens de betrokken specialisten soms een manier om het huidige fiscaal ondernemerschap veilig te stellen. Naast andere factoren, is hiervoor namelijk van belang dat vrijgevestigde medisch specialisten meer dan één opdrachtgever hebben.⁴

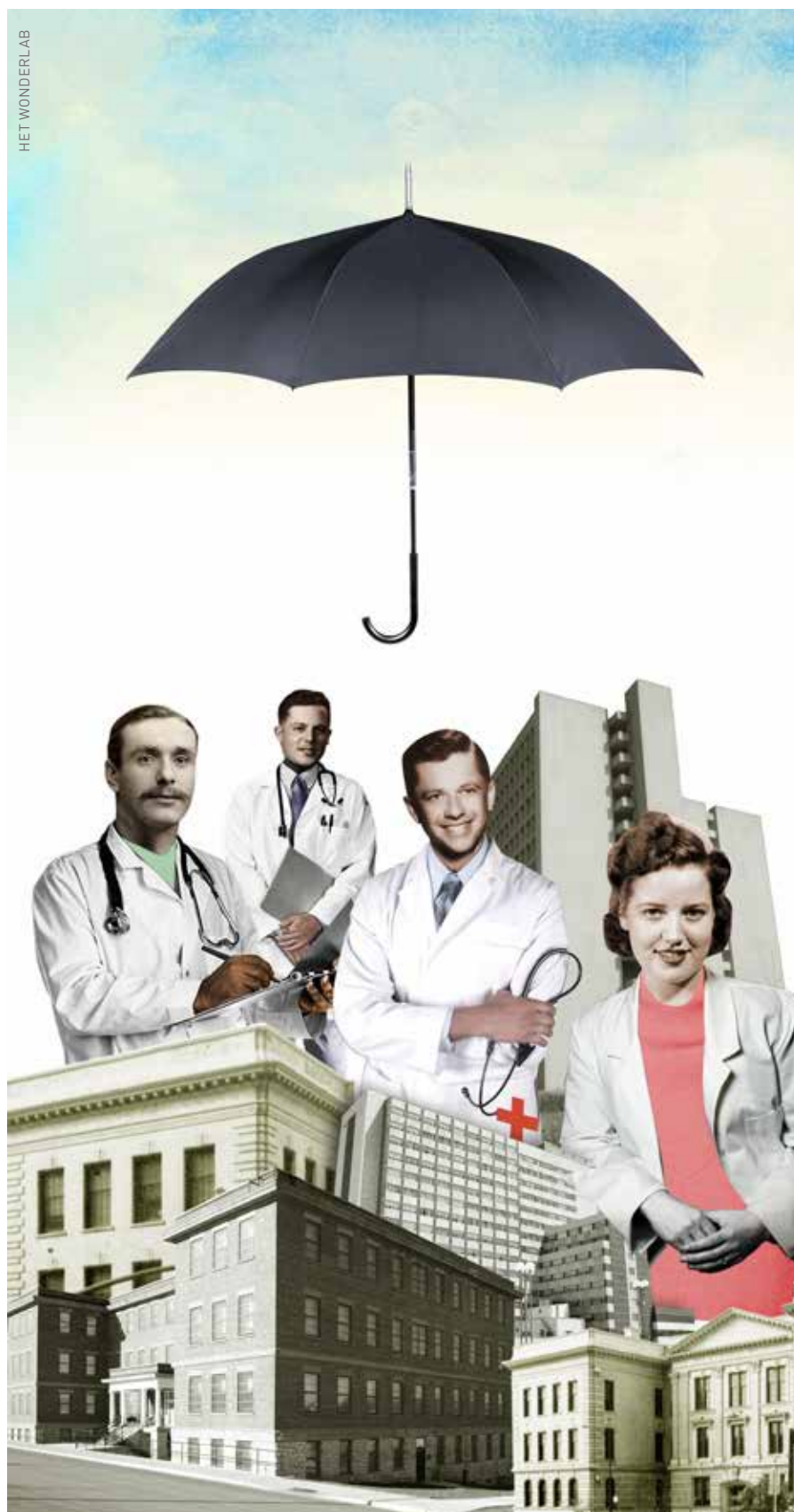
Ziekenhuisbestuurders

De vorming van regiomaatschappen kan gevolgen hebben voor de bestuurders van de betrokken ziekenhuizen en voor de zorginkoop door zorgverzekeraars.

Voor de interne 'governance' van een ziekenhuis geldt dat na een maatschappijfusie de belangen van de medisch specialisten en de raad van bestuur van de betrokken ziekenhuizen sterk(er) uiteen kunnen lopen. Raden van bestuur kunnen op het gebied van portfoliokeuzes (welke vormen van zorg worden in welk ziekenhuis geconcentreerd?) door de regiomaatschappij tegen elkaar worden uitgespeeld, bijvoorbeeld om financiële concessies af te dwingen. Anderzijds kan het bestuur van een instelling na een maatschappijfusie weigeren om toelatingsovereenkomsten te verlenen aan de specialisten van andere ziekenhuizen.

Ook kan het bestuur op grond van het concurrentiebeding in de toelatingsovereenkomst de specialisten die nu reeds in hun ziekenhuis werkzaam zijn verbieden om met andere ziekenhuizen een toelatingsovereenkomst aan te gaan. Dit biedt hen de formele mogelijkheid om een ongewenste fusie tussen maatschappen te blokkeren.

Om de voordelen van schaalvergroting optimaal te kunnen benutten is het voor de betrokken specialisten namelijk van groot belang dat zij gemakkelijk tussen de verschillende ziekenhuizen kunnen rouleren. Bovendien zorgt de eindverantwoordelijkheid van het ziekenhuisbestuur ervoor dat het opnieuw verdelen van zorg over de ziekenhuizen alleen kan plaatsvinden als de raden van bestuur van de betreffende ziekenhuizen instemmen



met de verandering in zorgprofielen die hiervan het gevolg is. Verschillende factoren kunnen de formele machtspositie van een raad van bestuur echter versterken of verzwakken. Naast de kwaliteit (managementvaardigheden) en daadkracht van de betreffende bestuurders betreft dit vooral de samenwerking met de medische staf en de mate waarin men bij een hoogoplopend conflict met de eigen specialisten in staat moet worden geacht om vervangende specialisten aan te trekken. Bestuurders van grote (topklinische) ziekenhuizen in stedelijke regio's lijken op dit laatste punt over een betere uitgangspositie te beschikken dan bestuurders van relatief kleine perifere ziekenhuizen.

Zorginkoop

Voor de zorginkoop door zorgverzekeraars geldt dat na een maatschapsfusie zorgverzekeraars aan 'de voorkant' weliswaar nog steeds met verschillende ziekenhuizen onderhandelen. Als er sprake is van een instellingsoverstijgende maatschap wordt de betreffende zorg aan 'de achterkant' echter door dezelfde specialisten geleverd. Met andere woorden, het aantal keuzemogelijkheden is op papier weliswaar gelijk gebleven maar in de praktijk afgenomen. Dit is zeker het geval als bepaalde vormen van zorg na een maatschapsfusie op één plek worden geconcentreerd. Dat kan leiden tot hogere prijzen. Ook kunnen ziekenhuizen zich onderling minder onderscheiden, omdat de zorg die zij verkopen aan zorgverzekeraars door dezelfde specialisten wordt geleverd. De vorming van regiomaatschappen bedreigt daardoor de (selectieve) zorginkoop door zorgverzekeraars.

Kartelafpraak

Gezien het bovenstaande is het van belang duidelijkheid te hebben over de mededingingsrechtelijke positie van regiomaatschappen. Kort samengevat komt het hierop neer. Maatschappen staan niet op zichzelf maar vormen een economische eenheid met het ziekenhuis. De formele rolverdeling legt de eindverantwoordelijkheid voor afspraken over welke zorg

PRAKTIJKPERIKEL

OMGAAN MET ONZEKERHEID

Twee citaten uit een brief van een cardioloog aan onze huisartsenpraktijk over een patiënt met pijn op de borst: 'Uiteraard valt onderliggend coronairlijden als oorzaak van zijn klachten hiermee natuurlijk niet volledig uit te sluiten, maar het lijkt toch in hoge mate onwaarschijnlijk de oorzaak hiervan te vormen.' En: 'Mocht er toch onverwacht progressie van zijn klachten optreden dan zou uiteraard herverwijzing kunnen worden overwogen. In dat geval lijkt het het meest voor de hand te liggen diagnostische coronairangiografie te verrichten, ten einde de hoogst mogelijke vorm van zekerheid te verkrijgen.'

Heeft u ook een perikel?

Stuur uw verhaal naar redactie@medischcontact.nl

het ziekenhuis aanbiedt bij het 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 regiomaatschappen. In het gebruikelijke scenario worden bepaalde vormen van zorg door een regiomaatschap geconcentreerd en nog slechts op één plek aangeboden. In dat geval is feitelijk sprake van horizontale coördinatie

De overheid stimuleert én ontmoedigt schaalvergroting

tussen twee of meer ziekenhuizen en dus van een kartelafpraak. De bestuurders van de betrokken ziekenhuizen kunnen hierop door de Autoriteit Consument & Markt (ACM, voorheen NMa) worden aangesproken. De ACM heeft inmiddels laten weten bestuurders van ziekenhuizen inderdaad verantwoordelijk te houden voor afspraken die medisch specialisten onderling maken.⁵

Tegenstrijdige boodschap

Momenteel geeft de overheid twee – tot op zekere hoogte tegenstrijdige – boodschappen. Enerzijds wordt schaalvergroting bij medisch-specialistische zorg gestimuleerd door het opleggen van volumenormen. Aan de andere kant staat in het regeerakkoord dat 'de vorming van mega- of regiomaatschappen wordt ontmoedigd'. Voor een gedegen oordeel over de (on)wenselijkheid van regiomaatschappen moeten de positieve en negatieve gevolgen tegen elkaar worden afgewogen. Bij concurrentiebepurende afspraken verdient ingrijpen door de ACM, eventueel aangevuld met verplichtingen opgelegd door de NZa, de voorkeur boven een algemeen ontmoedigingsbeleid. Immers, het is bijvoorbeeld niet uitgesloten dat een fusie van maatschappen de aanwezigheid van een relatief klein specialisme met de bijbehorende subspecialisaties in een bepaalde regio mogelijk maakt. ■

contact

varkevisser@bmg.eur.nl;
cc: redactie@medischcontact.nl

Geen belangenverstrengeling gemeld.

web

Het volledige eindrapport, de recente publicatie van de ACM en eerder MC-artikelen over dit onderwerp vindt u onder dit artikel op medischcontact.nl.