



De rol van de NMa in de gezondheidszorg

Auteur(s):

Kist, A.W.

Akyurek-Kievits, H.E.

*De auteurs zijn werkzaam bij de Nederlandse Mededingingsautoriteit.***Verschenen in:**

ESB, 86e jaargang, nr. 4314, pagina D30, 14 juni 2001

Rubriek:

Dossier: Zorgvuldig vernieuwen

Trefwoord(en):

zorg

De gezondheidszorg maakt de laatste jaren grote veranderingen door. Deze veranderingen zijn met name het gevolg van het streven van de overheid om via deregulering en het introduceren van concurrentie het systeem van aanbodsturing te vervangen door vraagsturing. In dit artikel zal gekeken worden naar de rol die de NMa in deze dynamische situatie kan vervullen.

Mededingingswet

In het algemeen kan gezegd worden dat concurrentie kan ontstaan op het moment dat de overheid terugtreedt en de op de markt aanwezige partijen ruimte laat om zelf hun gedrag te bepalen. Daar waar concurrentie kan ontstaan is de Mededingingswet van toepassing. Het is immers niet de bedoeling dat de regulering die door de overheid ten behoeve van het ontstaan van concurrentie is afgeschaft, weer wordt ingevuld door de marktdeelnemers zelf. Juist concurrentie dwingt tot een betere allocatie van productiemiddelen, een beter prijsniveau, meer keuze en een betere kwaliteit voor de consument. De Mededingingswet heeft dan ook als uitgangspunt dat beperking van de concurrentie door de marktpartijen zelf als zodanig schadelijk is. Het doel van de Mededingingswet is daarom een gezonde concurrentie op de markt te bevorderen en in stand te houden.

De hertoe in de Mededingingswet opgenomen regels, die overeenkomen met de Europese, houden kort gezegd het volgende in: er geldt een verbod voor concurrentiebeperkende overeenkomsten of onderling afgestemde gedragingen, er is een verbod voor het misbruik maken van een economische machtspositie en er is een systeem van toezicht op concentraties. Hiermee wordt beoogd te voorkomen dat door concentraties economische machtsposities ontstaan of worden versterkt. De uitvoering van de wet is opgedragen aan de NMa, die in bepaalde gevallen ook de Europese mededingingsregels, met uitzondering van die voor de Europese concentratiecontrole, kan toepassen.

Regulering

Op die terreinen van de gezondheidszorg waar de partijen op de markt voldoende bewegingsvrijheid hebben om hun gedrag zelf te bepalen, is de Mededingingswet van toepassing. Er zijn op dit moment echter ook nog terreinen binnen de zorg waarvoor dat niet geldt. Te denken valt met name aan het terrein van de AWBZ. Zo doen de verzekeraars die zich bezighouden met de uitvoering van de AWBZ, voor zover het gaat om hun taak als verzekeraar in feite niet anders dan uitvoering geven aan de wet. De Mededingingswet is daarom hierop niet van toepassing ¹.

Ook bestaat er bijvoorbeeld door de huidige opzet van de AWBZ geen enkele prikkel voor de verzekeraars om psychiatrische zorg selectief in te kopen. Het is immers niet reëel te verwachten dat de verzekeraars menskracht gaan inzetten en kosten gaan maken voor het selectief inkopen van deze zorg, als ze deze kosten niet vergoed krijgen, terwijl ze tegelijkertijd de kosten van de psychiatrische zorg op zich wel geheel op de overheid kunnen afwentelen. De concurrentie wordt dan ook niet beperkt als de verzekeraars deze zorg samen inkopen. Ook bij de beoordeling van een aantal fusies tussen ziekenhuizen is geoordeeld dat het deze instellingen door overheidsregulering zodanig ontbrak aan de mogelijkheid om zich van andere instellingen te onderscheiden en daarmee een grotere vraag naar zich toe te trekken, dat van werkelijke concurrentie geen sprake was. Derhalve konden deze fusies niet verboden worden, zelfs als er in de regio maar één ziekenhuis overbleef ².

Effecten van de Mededingingswet

De effecten van de Mededingingswet zijn tot nu toe vooral voelbaar geweest in het tweede compartiment, op de markten voor de vrijgevestigde zorgaanbieders zoals tandartsen, tandtechnici, mondhygiënist, huisartsen, fysiotherapeuten, apothekers, logopedisten en verloskundigen. Hoewel de overheid al in 1992 door wijziging van de Ziekenfondswet heeft geprobeerd marktwerking in deze sectoren tot stand te brengen, heeft het tot aan januari van dit jaar geduurd voordat er daadwerkelijk iets veranderde. De concurrentie kwam niet van de grond doordat de zorgaanbieders en de ziekenfondsen bleven vasthouden aan de vanouds bestaande wijze van contracteren. Zolang de ziekenfondsen in verband met hun plicht tot verschaffing van zorg in natura de inhoud van de contracten die ze daartoe sluiten met de zorgaanbieders, uitonderhandelden met de vertegenwoordigers van alle zorgaanbieders in de regio, was het hen niet mogelijk te profiteren van de in 1992 ingevoerde afschaffing van de contracteerplicht of de afschaffing van de vaste tarieven. De zorgaanbieders bleven zelf bepalen hoeveel zorgaanbieders er in de regio nodig waren en of er nieuwkomers tot de markt toegelaten

konden worden. De ziekenfondsen van hun kant waren niet gauw geneigd nieuwkomers te contracteren die niet de zegen van de beroepsgroep hadden, omdat zij daarvoor de goede verhouding met de gevestigde zorgaanbieders niet wilden verstoren. Doordat de zorgaanbieders als één blok onderhandelden, maakten zij de ziekenfondsen van hen afhankelijk en was het de ziekenfondsen niet mogelijk eigen keuzes te maken. Hetzelfde gold voor de door de zorgaanbieders te hanteren tarieven. Pas nu, nadat deze wijze van contracteren door de NMa is verboden op grond van strijdigheid met de Mededingingswet, zijn de ziekenfondsen in staat een eigen 'inkoopbeleid' te ontwikkelen en zullen de zorgaanbieders onderling moeten gaan concurreren om de gunst van de ziekenfondsen³.

Ook de onderlinge marktverdeling die in enkele beroepsgroepen gebruikelijk was, heeft de NMa verboden. Deze marktverdeling hield in dat iedere zorgaanbieder een eigen deelgebied kreeg toegewezen, waarin hij zijn diensten als enige aanbood. De grootte van deze deelgebieden was afhankelijk van het aantal inwoners. Dit had tot gevolg dat de zorgaanbieders ook daadwerkelijk alle inwoners uit hun deelgebied als patiënt of klant moesten kunnen beschouwen, omdat hun praktijk anders te klein en de verdiensten te gering zouden zijn. Tegelijkertijd had dit tot gevolg dat de zorgaanbieders gedwongen waren om met alle ziekenfondsen waarbij deze inwoners maar waren aangesloten een contract te sluiten. Andersom moesten alle ziekenfondsen alle zorgaanbieders in al deze deelgebieden contracteren om aan hun zorgplicht te kunnen voldoen. Ook hierdoor was van contracteervrijheid geen sprake.

Nu deze afspraken door de NMa verboden zijn, kunnen de ziekenfondsen voor een groter gebied een aantal zorgaanbieders selecteren of bijvoorbeeld aanwijzen als 'preferred providers'. Op deze manier kunnen zij zich onderscheiden van de andere ziekenfondsen. De zorgaanbieders van hun kant kunnen zich gaan richten op de patiënten van een bepaald ziekenfonds of bepaalde ziekenfondsen en hoeven niet meer met alle ziekenfondsen een contract te sluiten.

Dominante marktposities

Nu de zorgaanbieders niet meer collectief mogen onderhandelen over zaken als tarieven, vestiging en spreiding of marktverdeling⁴, is het mogelijk dat een ziekenfonds in de regio die het vanouds als exclusieve regio toegewezen had gekregen tegenover de zorgaanbieders een dominante positie inneemt. Dit is onder meer afhankelijk van de vraag of er sprake is van schaarste aan zorgaanbieders in die regio. Is er sprake van schaarste, dan zal het ziekenfonds het zich in verband met zijn zorgplicht niet kunnen permitteren bepaalde zorgaanbieders van contractering uit te sluiten. Is de schaarste minder groot, dan zou het ziekenfonds kunnen proberen de sterke positie van de zorgaanbieders te verzwakken door nieuwkomers te stimuleren om zich te vestigen. Is er geen sprake van schaarste en zijn er in de regio meer zorgaanbieders gevestigd dan qua inwoneraantal strikt noodzakelijk is, dan kan het ziekenfonds tegenover de individuele zorgaanbieders een machtspositie innemen.

De NMa heeft geen instrumenten om een eenmaal ontstane machtspositie te ontmantelen. Als eenmaal een machtspositie bestaat, is het de taak van de NMa om erop toe te zien dat van deze positie geen misbruik wordt gemaakt. Zo zal het een ziekenfonds met een machtspositie bijvoorbeeld verboden zijn om zorgaanbieders tegen onredelijk lage tarieven te contracteren of om bepaalde zorgaanbieders ongelijk te behandelen of om te weigeren met de individuele zorgaanbieders te onderhandelen en alle zorgaanbieders hetzelfde contract op te dringen. Vice versa is het natuurlijk ook de zorgaanbieders die een machtspositie hebben, verboden daarvan misbruik te maken.

Conclusie

De NMa kan een belangrijke rol spelen bij het stimuleren en in stand houden van de concurrentie in de gezondheidszorg. Voorwaarde is wel dat de overheid goed zicht heeft op alle voor de verschillende sectoren geldende regels en erop toeziet dat de door te voeren deregulering niet halfslachtig plaatsvindt, zodat de prikkels om te concurreren in feite ontbreken. Als de kosten die gemaakt moeten worden om te kunnen concurreren niet opwegen tegen de te verwachten baten, zal er geen concurrentie ontstaan.

In sectoren zoals die in de gezondheidszorg, waarin nog een heel proces gaande is van deregulering en het toegroeien naar meer concurrentie, is een consequente toepassing van de Mededingingswet van groot belang. Juist in die sectoren zal het ontstaan van concurrentie gemakkelijk tegengehouden kunnen worden als de marktdeelnemers blijven vasthouden aan van oudsher bestaande vormen van gedrag, zoals de collectieve onderhandelingen, of als zij de vrijheid die is ontstaan door afschaffing van de overheidsregulering zelf weer via onderlinge afspraken dicht timmeren. Het is niet verbazend als in een dergelijk veranderingsproces weer teruggegrepen wordt naar vertrouwde structuren en regels. Als daartegen echter niet opgetreden wordt, zal de nagestreefde concurrentie niet van de grond komen en zal het systeem van vraaggestuurde zorg niet leiden tot de daarvan verwachte verbeteringen.

Dossier Zorgvuldig vernieuwen

Voorwoord

E. Borst-Eilers, ten geleide: [Zorgvuldig vernieuwen](#)

Inleiding

P.A. van Lieshout: [Stelselmatig herzien](#)

E.H.J. Bassant, reactie: [Het gaat toch echt om meer markt](#)

Het pakket: wie krijgt welke zorg?

W.B.F. Brouwer en F.T. Schut, kader: [Ethische dilemma's in het nieuwe zorgstelsel](#)

A. Boer: [Wie krijgt welke zorg?](#)

W.A. Roobol, reactie: [De klant centraal](#)

J.F. Bolweg, kader: [Niet kunnen kiezen heeft ook zo zijn voordelen!](#)

De financiering: wie betaalt?

P.P.T. Jeurissen en T.E.D. van der Grinten: [Zorg-for-profit onderzocht](#)

F.T. Schut: [Grote sprong voorwaarts](#)

C.A. de Kam: [Zorgen om het zorgbudget](#)

A.H.J. Kolnaar, reactie: [Een gezond stelsel van ziektekostenverzekeringen](#)

De sturing: wie bepaalt?

R.C.M.H. Douven, E.S. Mot en E.W.M.T. Westerhout: [Gereguleerde concurrentie, te mooi om waar te zijn?](#)

K.G.H. Okma: [Over wortels en stokken](#)

S.J.G. van Wijnbergen, reactie: [Niet sleutelen, maar implementeren](#)

A.W. Kist en H.E. Akyürek-Kievits, kader: [De rol van de nma in de gezondheidszorg](#)

Epiloog

S.G. van der Lecq, epiloog: [Zorgen in de toekomst](#)

1 Zie het *besluit van de dg-NMa* van 10 maart 2000 in zaak 181, ontheffingsaanvraag Zorgkantoren.

2 Zie o.m. *het besluit van de dg-NMa* van 5 juni 1998 in zaak 165, Sophia Ziekenhuis/Verpleeghuis De Weezenlanden.

3 Zie o.m. *de besluiten van de dg-NMa* van 15 december 2000 in de zaken 590 en 1972, ontheffingsverzoek Amicon en 1570, klacht Sanders; van 23 januari 2001 in de zaken 1131, 1151 en 1250, Vestigingsbeleid Eerstelijnspsychologen en van 11 april 2001 in zaak 537, ontheffingsverzoek LHV.

4 In de in de vorige noot genoemde besluiten is aangegeven dat de NMa collectief onderhandelen over de kwaliteit van de te bieden zorg of over administratieve procedures niet beschouwt als concurrentiebeperkend.