



## Einde aan de zorgkartels?

**Auteur(s):**

Schut, F.T.

Ven, W.P.M.M., van de

*De auteurs zijn werkzaam bij het Instituut Beleid en Management Gezondheidszorg, Erasmus Universiteit Rotterdam. Dit artikel is gebaseerd op een studie in opdracht van de NMa, te bestellen via 010 - 408 85 25 of hellendoorn@bmg.eur.nl. De conclusies worden niet noodzakelijk gedeeld door de opdrachtgever.*

**Verschenen in:**

ESB, 85e jaargang, nr. 4256, pagina 408, 19 mei 2000

**Rubriek:****Trefwoord(en):**

*De NMa maakt binnenkort mogelijk een einde aan een aantal kartels in de zorgsector. Medische beroepsverenigingen stellen dat de kartelafspraken noodzakelijk zijn voor een goede en goedkope zorgverlening. Volgens de auteurs staan de kartels een efficiëntere zorgverlening juist in de weg.*

In de jaren negentig is geleidelijk meer ruimte gecreëerd voor mededinging in de gezondheidszorg. Tot veel veranderingen heeft dit nog niet geleid omdat de ontstane ruimte onmiddellijk werd opgevuld door private kartels. Tot 1998 was het voor de overheid bijna onmogelijk om hiertegen op te treden. De Mededingingswet bracht daar verandering in. Tot 1 april 1998 konden bestaande mededingingsregelingen ter ontheffing worden aangemeld bij de Nederlandse Mededingingsautoriteit (NMa). Van de ruim duizend ingediende ontheffingsverzoeken waren er maar liefst ongeveer driehonderd afkomstig uit de gezondheidszorg. Een groot deel hiervan heeft betrekking op regionale collectieve zorgovereenkomsten tussen ziekenfondsen en regionale verenigingen van (para)medische beroepsbeoefenaren. Hoewel deze overeenkomsten per regio en per beroepsgroep verschillen, bevatten zij in veel gevallen uniforme contractafspraken, prijsafspraken, marktverdelingsafspraken en vestigingsregelingen. Eind 1999 maakte de NMa aan de betrokken partijen kenbaar dat deze afspraken waarschijnlijk niet op een ontheffing kunnen rekenen. De voorlopige bevindingen van de NMa hebben vooral onder huisartsen tot flinke commotie geleid. Volgens de Landelijke Huisartsen Vereniging zal het verbieden van collectieve afspraken leiden tot een duurdere en slechtere gezondheidszorg<sup>1</sup>.

In dit artikel maken wij aannemelijk dat de door de beroepsgroepen gehanteerde argumenten weinig steekhoudend zijn. We concentreren ons hierbij vooral op de door huisartsen afgesloten collectieve zorgovereenkomsten, vanwege de spilfunctie die huisartsen in de zorgverlening vervullen en omdat zij de meest stringente kartelafspraken hebben gemaakt.

### Hoe bijzonder is de gezondheidszorg?

Typerend voor de gezondheidszorg is dat de aanbieders veel beter geïnformeerd zijn over de noodzaak en het effect van zorgverlening dan de vragers. Dit verschaft zorgaanbieders de mogelijkheid om de vraag naar hun diensten te beïnvloeden. Door de grote mate van onzekerheid over het tijdstip en de kosten van medische behandeling, is er bovendien grote behoefte aan zorgverzekeringen. Deze hebben grote invloed op het functioneren van de zorgmarkt omdat patiënten door de (gedeeltelijke) uitschakeling van het prijsmechanisme minder worden aangespoord tot een afweging tussen de kosten en baten van een medische behandeling. Hierdoor kan overconsumptie van medische zorg ontstaan (moreel risico). Dat de prijs voor patiënten geen rol speelt, kan ook zorgaanbieders in de verleiding brengen extra zorg te verlenen.

Om moreel risico te beperken, kunnen zorgverzekeraars contractuele afspraken maken met zorgverleners of zelf zorg inkopen. Naast de zorgmarkt en de zorgverzekeringsmarkt ontstaat dan een zorginkoopmarkt. Dit laatste gebeurt automatisch wanneer verzekeringsaanspraken zijn geformuleerd als een recht op zorg (*naturasysteem*), zoals in de ziekenfondsverzekering. Bij een naturasysteem heeft de zorgverzekeraar namelijk een leveringsplicht en zal hij hierover contractuele afspraken met zorgverleners moeten maken. **Toenemende ruimte voor mededinging**

Wegens de asymmetrische informatieverdeling tussen vragers en aanbieders van zorg, is de ruimte voor mededinging in de gezondheidszorg niet gecreëerd op de zorgmarkt maar op de zorgverzekerings- en zorginkoopmarkt. Ziekenfondsen worden namelijk beter in staat geacht om als 'countervailing power' richting zorgaanbieders op te treden dan individuele patiënten.

Onderlinge mededinging moet ziekenfondsen aansporen om zich in plaats van passieve betalers te gaan opstellen als actieve 'zorginkopers' die hun informatiebestanden, financiële draagkracht en marktmacht aanwenden om in overleg met de zorgaanbieders de zorgverlening zo doelmatig mogelijk te organiseren. Om de ziekenfondsen daartoe te motiveren, is de ziekenfondssector het afgelopen decennium ingrijpend geherstructureerd. Door de afschaffing van bestaande regionale ziekenfondsmonopolies, de invoering van een jaarlijkse acceptatieplicht en mogelijkheden voor premiedifferentiatie tussen ziekenfondsen, hebben ziekenfondsverzekerden de vrijheid gekregen om tegen een betaalbare premie jaarlijks van ziekenfonds te veranderen. Voorts hebben ziekenfondsen een toenemend financieel belang gekregen bij een doelmatige zorgverlening door invoering van financieel risico, een nominale premie en een normuitkeringsysteem. De toenemende ruimte voor mededinging heeft geleid tot premiedifferentiatie tussen ziekenfondsen (thans variërend van 345 tot 492 gulden per verzekerde per jaar). Verzekerden blijken gevoelig voor premieverschillen<sup>2</sup>. Tegelijkertijd is ook op

de zorginkoopmarkt meer ruimte voor mededinging ontstaan door de afschaffing van de contracteerplicht voor ziekenfondsen ten aanzien van vrijgevestigde beroepsbeoefenaren en de vervanging van de vaste wettelijke tarieven door maximumtarieven.

## **Collectieve zorgovereenkomsten**

Op grond van de Ziekenfondswet worden door zorgverleners en ziekenfondsen op landelijk niveau afspraken vastgelegd in een zogenaamde *Uitkomst van overleg*. Voorzover deze afspraken strijdig zijn met de Mededingingswet, geldt dat zij daar onder het overgangsrecht (artikel 16 Mededingingswet) tot 1 januari 2003 van zijn uitgezonderd. In aanvulling op de landelijke afspraken worden op regionaal niveau tussen regionale beroepsverenigingen en regionaal dominante ziekenfondsen nadere afspraken vastgelegd in de eerder genoemde collectieve zorgovereenkomsten. Meestal sluiten de overige ziekenfondsen zich hierbij aan. Collectieve zorgovereenkomsten hebben echter geen wettelijke basis en zijn dus niet uitgezonderd van toepassing van de Mededingingswet.

Naast afspraken over kwaliteits- en deskundigheidsbevordering worden in de collectieve zorgovereenkomsten afspraken gemaakt die van directe invloed zijn op de mededinging op de zorginkoopmarkt. Het gaat om afspraken over uniformering van individuele overeenkomsten, over tarieven, marktverdeling en vestiging. Hoewel sommige beroepsgroepen het beeld schetsen dat de NMa gekant is tegen alle vormen van regionale samenwerking, richt de aandacht van de NMa zich voornamelijk op deze vier onderdelen van collectieve zorgovereenkomsten.

Hoe nuttig en noodzakelijk zijn deze onderdelen voor een goede en doelmatige zorgverlening?

### **Uniforme contracten**

Een gebruikelijke bepaling in een door een Districts Huisartsen Vereniging afgesloten collectieve zorgovereenkomst is dat een ziekenfonds aan alle huisartsen binnen de betrokken regio één uniforme individuele overeenkomst aanbiedt, conform een daartoe met de huisartsenvereniging afgesproken model. Doorgaans is meer dan negentig procent van in de regio gevestigde huisartsen lid van een Districts Huisartsen Vereniging. Doordat in collectieve zorgovereenkomsten is vastgelegd dat ziekenfondsen ook aan niet-leden hetzelfde contract aanbieden, is de ruimte voor individuele onderhandelingen nihil.

### *Kwaliteit*

Vanuit de beroepsgroepen wordt aangevoerd dat uniforme afspraken over waarneming, naleving van standaarden, nascholing, farmacotherapeutisch overleg en automatisering de kwaliteit van zorg bevorderen. Afgezien van het feit dat dergelijke afspraken bij de NMa waarschijnlijk niet op bezwaar zullen stuiten, is het onduidelijk waarom dergelijke afspraken tot *uniforme* overeenkomsten zouden moeten leiden. Juist uniformering geeft zorgverleners geen prikkel om zich op kwaliteit en kosteneffectiviteit te onderscheiden en ziekenfondsen geen mogelijkheid om hen hiervoor extra te belonen. Huisartsen die niet onnodig doorverwijzen, zich conformeren aan professionele standaarden en bereid zijn met ziekenfondsen afspraken te maken over geneesmiddelenprescriptie, verwijsgedrag, multidisciplinaire samenwerking, intercollegiale toetsing en periodieke nascholing krijgen dezelfde overeenkomst en hetzelfde honorarium als hun collega's waarvoor dat niet geldt.

Evenmin bevatten de uniforme overeenkomsten een prikkel voor het benutten van schaal- en synergievoordelen. De extramurale gezondheidszorg, en vooral de huisartsenzorg, is een van de laatste sectoren die nog voor een belangrijk deel uit eenmanszaakjes (solo-praktijken) bestaat, al is het aandeel solo-werkende huisartsen wel geleidelijk teruggelopen. Gezondheidscentra spelen nog steeds een ondergeschikte rol, terwijl empirische studies over een periode van bijna twintig jaar aangeven dat samenwerking in gezondheidscentra leidt tot significant lagere verwijscijfers en een lager geneesmiddelengebruik<sup>3</sup>. Mede door de uniforme overeenkomsten is het voor huisartsen echter financieel weinig aantrekkelijk om als vrije beroepsbeoefenaar in een gezondheidscentrum te werken. Gezondheidscentra zijn afhankelijk van een onzekere en hooguit kostendekkende subsidie. Gerealiseerde besparingen door minder verwijzingen en lager geneesmiddelengebruik worden niet gehonoreerd.

### *Transactiekosten*

Meer hout snijdt het argument dat een uniformering van individuele overeenkomsten leidt tot een besparing op transactiekosten. Gelet op het grote aantal contracten dat een ziekenfonds moet sluiten, zijn de kostenvoordelen van collectieve boven puur individuele contractonderhandelingen waarschijnlijk aanzienlijk. Maar afzonderlijke contractafspraken met iedere huisarts zijn niet het enige en zelfs het minst waarschijnlijke alternatief voor uniforme overeenkomsten. Ten eerste kunnen ziekenfondsen huisartsen zonder afstemming met de beroepsgroep de keuze bieden tussen een aantal verregaand gestandaardiseerde contracten, die zijn toegesneden op verschillende praktijksituaties en takenpakketten. Ook openbare aanbesteding is een alternatief. Sommige ziekenfondsen zijn reeds begonnen met het openbaar aanbesteden van zorgcontracten bij fysiotherapeuten. Een andere mogelijkheid om transactiekosten te beperken is de vorming van joint ventures. In de Verenigde Staten hebben de mededingingsautoriteiten bepaald dat joint ventures van zorgverleners waarbij de deelnemers in substantiële mate delen in het financiële risico en het marktaandeel niet groter is dan dertig procent, in principe zijn toegestaan<sup>4</sup>. Wanneer, met inachtneming van deze restrictie, overal joint ventures zouden worden gevormd met gemiddeld tien huisartsen, kan het aantal afzonderlijke contracten met negentig procent worden gereduceerd. Ook kunnen beroepsbeoefenaren op transactiekosten besparen door hun praktijken onder te brengen in een keten en gebruik te maken van een franchise-formule. Tenslotte kunnen belangrijke besparingen worden gerealiseerd door horizontale integratie in grotere organisatorische eenheden, zoals groepspraktijken en gezondheidscentra.

### **Prijsafspraken**

In collectieve zorgovereenkomsten wordt doorgaans afgesproken om uitsluitend het wettelijke maximumtarief te hanteren.

### *Asymmetrische informatie*

Een populair argument voor het nut van horizontale prijsafspraken is dat prijsconcurrentie in de gezondheidszorg averechtse effecten

kan hebben omdat patiënten de kwaliteit van de zorg onvoldoende kunnen beoordelen. Het gevaar bestaat dan dat zij hun keuze voornamelijk zullen laten hangen van de prijs. Dit argument gaat echter voorbij aan het feit dat juist vanwege het probleem van asymmetrische informatie de ruimte voor mededinging is gecreëerd op de zorginkoopmarkt. Niet de patiënten maar de ziekenfondsen en particuliere verzekeraars onderhandelen met huisartsen over tarieven. Bovendien zijn ziekenfondsverzekerden en ook de meeste particulier verzekerden verzekerd voor huisartsenzorg en dus ongevoelig voor prijsverschillen tussen huisartsen. Ziekenfondsen verkeren niet, zoals de patiënt, in een afhankelijke positie en hebben veel meer mogelijkheden en informatie om de kwaliteit van de zorgverleners te vergelijken. Een goed ziekenfonds zal terdege beseffen dat goedkoop duurkoop kan zijn. Een goede huisarts die relatief duur is omdat hij patiënten zoveel mogelijk zelf behandelt, voorkomt immers overbodige diagnostiek en behandeling in de tweede lijn alsmede de hoge kosten die daarmee gepaard gaan.

### *Kostendekkend tarief*

Als reden voor het fixeren van prijzen op het wettelijke maximumtarief voeren diverse beroepsgroepen aan dat dit tarief voor een gemiddelde zorgverlener maar net kostendekkend is. Het valt echter sterk te betwijfelen of het maximumtarief bij alle beroepsgroepen inderdaad net voldoende is om het beroep aantrekkelijk te houden. Zo bleken Nederlandse en Duitse huisartsen in 1990 in vergelijking tot hun collega's in zes andere Europese landen na aftrek van praktijkkosten het hoogste inkomen te verdienen, dat zelfs tweemaal zo hoog was als in België <sup>5</sup>. Maar zelfs als het maximumtarief maar net voldoende is, zullen in een concurrerende markt geen lagere prijzen tot stand komen en zijn prijsafspraken overbodig.

### *Dominant ziekenfondsen*

Tenslotte zijn horizontale prijsafspraken volgens de beroepsgroepen nodig om een tegenwicht te bieden aan de regionaal dominante ziekenfondsen, waarbij meestal ruim tachtig procent van de in de regio woonachtige verzekerden is aangesloten. Omdat de overige ziekenfondsen meestal aanhaken bij het contracteerbeleid van het regionaal dominante ziekenfonds, worden zorgaanbieders in de praktijk geconfronteerd met een monopsonistische zorginkoper. Wanneer onderling concurrerende zorgverleners afhankelijk zijn van een contract met één dominant ziekenfonds, bestaat het risico dat de tarieven onder het efficiënte niveau worden vastgesteld waardoor er te weinig zorg zal worden aangeboden <sup>6</sup>.

Uit maatschappelijk oogpunt is horizontale prijsbinding echter geen goede remedie tegen eventueel machtsmisbruik door ziekenfondsen. Want bij een bilateraal monopolie zullen de zorgaanbieders waarschijnlijk aan het langste eind trekken waardoor de prijzen te hoog zullen uitvallen. Om verschillende redenen is de machtspositie van regionale ziekenfondsen namelijk veel minder groot dan hun marktaandeel suggereert. Ten eerste heeft een dominant ziekenfonds een probleem wanneer zelfs maar een beperkt deel van de beroepsbeoefenaren geen contract wil aangaan. Ziekenfondsen hebben namelijk een zorgplicht en moeten dus voldoende contracten sluiten om die zorgplicht waar te maken. Daarentegen zijn zorgaanbieders niet verplicht met een ziekenfonds een contract aan te gaan. In de tweede plaats hechten patiënten waarschijnlijk meer aan continuïteit van zorgverlener dan aan continuïteit van ziekenfonds. Zelfs bij een overschot aan zorgverleners zal een regionaal ziekenfonds daarom huiverig zijn om met bepaalde zorgverleners geen contract te sluiten, want dan is de kans groot dat diens patiënten (waarvan het merendeel bij het ziekenfonds is aangesloten) naar een ander ziekenfonds overstappen. Ook hebben zorgverleners een relatief sterke onderhandelingspositie dankzij hun surplus aan kennis over de noodzaak, aard en omvang van zorg. Voorts zijn de toetredingsbarrières tot de ziekenfondsmarkt lager dan tot de zorgmarkt. En tenslotte blijkt uit de jurisprudentie dat het juist voor een dominant ziekenfonds niet eenvoudig is om een contract met een zorgaanbieder op te zeggen <sup>7</sup>.

In plaats van onderlinge prijsafspraken te maken, kunnen zorgverleners bij vermeend machtsmisbruik door ziekenfondsen daarom beter een klacht indienen bij de NMa, die daartegen op grond van de Mededingingswet effectief kan optreden.

### *Nadelen*

Tegenover de aanvechtbare voordelen van horizontale prijsbinding staan belangrijke nadelen. Door horizontale prijsafspraken kunnen zorgverleners die een betere prestatie leveren niet extra worden beloond. Tevens bevatten uniforme tarieven geen prikkel tot innovatie en vormen zij een belangrijk obstakel voor het benutten van schaal- en synergievoordelen.

## **Marktverdelingsafspraken**

Marktverdelingsafspraken vinden hun oorsprong in eisen die sommige beroepsgroepen stellen aan de bereikbaarheid van patiënten en aan de minimum- en maximumomvang van een praktijk. Zo stelt de Landelijke Huisartsen Vereniging als eis dat een huisarts in spoedgevallen binnen vijftien minuten bij zijn patiënten en die van zijn waarnemer aanwezig moet kunnen zijn en dat een waarneming niet meer dan 20.000 patiënten mag omvatten. Op grond hiervan hebben huisartsen in tal van plaatsen de markt geografisch verdeeld naar postcode. Nieuwkomers zijn pas welkom als de gevestigde huisartsen de maximumpraktijkomvang overschrijden en er voldoende patiënten zijn voor het opstarten van een minimumpraktijk. Door de marktverdelingsafspraken ondervindt een toenemend aantal patiënten problemen als zij van huisarts willen veranderen <sup>8</sup>.

Voor het garanderen van voldoende bereikbaarheid zijn marktverdelingsafspraken niet noodzakelijk. Zo blijkt uit ervaringen in Denemarken en Engeland en uit recente ontwikkelingen in (middel)grote Nederlandse steden dat een centrale zelfstandige waarnemingdienst in veel gevallen kwalitatief beter, efficiënter en minder kwetsbaar is dan de traditionele kleinschalige waarneming <sup>9</sup>.

## **Vestigingsregelingen**

De meeste beroepsgroepen kennen een vestigingsregeling waardoor nieuwkomers niet zonder instemming van de gevestigde zorgverleners tot de markt kunnen toetreden. De vestigingsregelingen van huisartsen zijn bindend voor de ziekenfondsen en alle huisartsen binnen de regio. Vestigingscommissies hebben de bevoegdheid om bindende voordrachten op te stellen met betrekking tot het aangaan van individuele overeenkomsten tussen huisartsen en ziekenfondsen.

Zeker nu sprake is van een huisartsentekort, is een vestigingsbeleid volgens de Landelijke Huisartsen Vereniging onontbeerlijk om te voorkomen dat de huisartsenzorg verdwijnt uit de minder aantrekkelijke vestigingsgebieden. Dit argument lijkt niet valide. Juist bij een tekort aan huisartsen is een vestigingsbeleid weinig effectief omdat zorgverleners dan niet langer kunnen worden gedwongen zich op de *minst* aantrekkelijke plekken te vestigen. Er zijn dan immers voldoende aantrekkelijkere 'witte plekken' beschikbaar. De huidige tekorten aan huisartsen in Den Haag en Rotterdam vormen hiervan treffende illustraties. Een wel effectieve manier om huisartsen te motiveren zich op onaantrekkelijke plekken te vestigen is het vergroten van de (financiële) aantrekkelijkheid van de vestigingsplaats. Omdat ziekenfondsen gehouden zijn aan een zorgplicht zullen zij ervoor moeten zorgen dat overal voldoende zorgverleners gevestigd zijn. De huidige uniformiteit van individuele overeenkomsten ontnemt hen echter de mogelijkheid om de aantrekkelijkheid van bepaalde vestigingsplaatsen te vergroten.

## Conclusie

De regionale afspraken tussen zorgverleners en ziekenfondsen over contractering, prijsstelling, marktverdeling en vestiging hebben per saldo meer nadelen dan voordelen. Het enige reële voordeel van deze afspraken zijn lagere transactiekosten. Daartegenover staan belangrijke nadelen, zoals een reductie van stimulansen voor zorgaanbieders tot verbetering van de kwaliteit en doelmatigheid van de zorgverlening, tot het leveren van zorg-op-maat, tot innovatie en tot het benutten van schaal- en synergievoordelen.

Dit betekent niet dat samenwerking tussen zorg-aanbieders als zodanig negatief beoordeeld zou moeten worden. Zo bevatten collectieve zorgovereenkomsten ook nuttige afspraken over standaardisatie, kwaliteits- en deskundigheidsbevordering. Bovendien zal effectieve mededinging tussen zorgverleners juist de aanzet geven tot het benutten van schaal- en synergievoordelen en dus leiden tot meer organisatorische samenwerking binnen en tussen beroepsgroepen.

Tenslotte zullen de voordelen van het schrappen van de mededingingsbepalende onderdelen van collectieve zorgovereenkomsten groter zijn naarmate de wettelijke speelruimte bij de tariefstelling wordt vergroot. Als de private zorgkartels moeten wijken, zal dat ook gevolgen moeten hebben voor de door de overheid opgelegde publieke kartelregelingen

---

1 LHV, Opstelling NMa bedreigt huisartsenzorg, *Medisch Contact*, 1999, blz.1609.

2 W.H.J. Hassink, [Is er concurrentie tussen ziekenfondsen?](#), *ESB*, 14 augustus 1998, blz. 616-618.

3 D. Wijkkel, *Samenwerken en verwijzen*, Proefschrift Rijksuniversiteit Groningen, 1986; D. Wijkkel, J. van der Zee en D. de Bakker, Ziekenfondsverwijscijfers van samenwerkende huisartsen, *Tijdschrift Sociale Gezondheidszorg*, 1992, blz. 519-525, en C.C. Ros, J.B.F. Hutten en P.P. Groenewegen, *Centra centraal*, NIVEL, Utrecht, 1996.

4 DOJ/FTC. *Statements of antitrust enforcement policy in health care*, 28 augustus, 1996.

5 D.M.J. Delnoij, *Physician payment systems and cost control*, Proefschrift Universiteit Utrecht, 1994.

6 M.V. Pauly, Managed care, market power, and monopsony, *Health Services Research*, 1998, blz.1439-1460.

7 M.M. Janssen, *Zorgvuldig contracteren over zorg*, RZA 1997, blz. 4-12.

8 Vrije keuze huisarts groot probleem, *ZN Journaal* 46, 1999, blz. 8.

9 S.J. Grielen, S. Beekhoven, D.H. de Bakker, *Een grootschaliger dienstenstructuur van huisartsenzorg in Rotterdam*, NIVEL, Utrecht, 1999, en F. Dijkster, en W. Heres, Een nieuwe dienstenstructuur voor huisartsen, *Medisch Contact*, 1999, blz. 130-132.