

Gezondheidszorg en mededingingsbeleid

Met de aanvaarding van de nota "Verandering verzekerd" is gekozen voor een fundamenteel andere ordening van de gezondheidszorg. Een vergroting van de marktwerking moet leiden tot een doelmatiger functionerend stelsel van voorzieningen. Naast het scheppen van de noodzakelijke structurele voorwaarden voor een effectieve marktwerking zijn spelregels nodig om concurrentiebeperkend gedrag te voorkomen. Voor een verzekering van de beoogde verandering zijn aanvullende regelgeving en een sectorspecifiek mededingingsbeleid absoluut noodzakelijk.

DRS. F.T. SCHUT*

Via een stapsgewijze verandering van de structuur en financiering van de gezondheidszorg beoogt de regering de doelmatigheid en kwaliteit van de zorgverlening te vergroten. De structuur dient geleidelijk aan meer door de markt en minder door de overheid te worden geordend. Van de geplande structuurwijzigingen wordt verwacht dat zij zullen leiden tot gewenst gedrag van verzekeraars, zorgverleners en instellingen. Verzekeraars zullen concurreren om de "gunst van de verzekerde" en aldus worden "aangespoord tot doelmatig, kostenbewust en op de wensen van de verzekerden afgestemd gedrag"¹. Zij zullen daarom alleen met goed gekwalificeerde en doelmatig werkende zorgverleners en instellingen contracten willen sluiten. Zorgverleners en instellingen zullen op hun beurt concurreren om de gunst van de verzekeraar en aldus worden aangespoord tot goede, doelmatige en klantvriendelijke zorgverlening.

De relatie tussen structuur en gedrag vormt een zwakke schakel in de voorgenomen stelselwijziging. Noch de commissie-Dekker noch de regering maakt aannemelijk waarom de voorgestelde verandering van de marktstructuur leidt tot onderlinge concurrentie tussen zowel verzekeraars als zorgverleners. Men gaat er bijna als vanzelfsprekend van uit dat concurrentie door de structuurverandering wordt afgedwongen. De veronderstelling dat marktgedrag en marktresultaat eenzijdig worden gedicteerd door de marktstructuur is zeker binnen de gezondheidszorg onhoudbaar. Immers, juist deze sector kent een lange traditie van concurrentie-beperkende overheids- en zelfregulering.

Naast de voorgestelde wijziging van de structuur en financiering dient dus ook het marktgedrag aan spelregels te worden gebonden. Als waarborg voor een werkzame concurrentie in de gezondheidszorg lijkt een effectief mededingingsbeleid geboden. Gegeven de centrale rol die concurrentie binnen het toekomstige stelsel is toebedacht, is het opvallend hoe weinig aandacht aanvankelijk werd besteed aan wettelijke maatregelen om concurrentie te beschermen. Thans lijkt de regering echter tot de slotsom te zijn gekomen dat het opstellen van spelregels voor concurrentie in de gezondheidszorg dringend gewenst is, want in februari 1989 heeft zij de Commissie Economische

Mededinging gevraagd met voorrang een advies uit te brengen over het te voeren mededingingsbeleid in de gezondheidszorg². Vooruitlopend op het gevraagde advies toonde de regering zich blijkens een bijgevoegde notitie *Gezonde mededinging* uiterst optimistisch over de mogelijkheden die de huidige Wet Economische Mededinging (WEM) biedt om ongewenste kartelvorming en misbruik van economische machtsposities door zorgaanbieders en -verzekeraars tegen te gaan. Weliswaar wordt enige sectorspecifieke invulling van de WEM nodig geacht om zorginhoudelijk gewenst gedrag te bevorderen, maar voor het overige is de regering van mening dat de WEM een voldoende wettelijk houvast biedt. Ofschoon de Commissie Economische Mededinging blijkens haar recent verschenen advies de opvatting van de regering onderschrijft, wijst zij tegelijkertijd op een aantal belangrijke lacunes³. Overigens benadrukt de Commissie dat het niet haar taak is te adviseren over de aard van het te voeren mededingingsbeleid, zodat zij zich beperkt tot een globaal oordeel.

Het is onduidelijk waarop het optimisme over de bruikbaarheid van de WEM is gestoeld. De WEM heeft in het verleden namelijk zelden bewezen een effectieve mededinging te kunnen handhaven⁴. Op grond van de WEM kan

* De auteur is verbonden aan de studierichting Beleid en Management Gezondheidszorg van de Erasmus Universiteit Rotterdam. Hij dankt drs. M. de Bruine en prof. dr. W.P.M.M. van de Ven voor hun waardevolle commentaar op een eerdere versie. Voor een nadere analyse van de noodzaak, inhoud en uitvoering van een mededingingsbeleid in de gezondheidszorg, zie F.T. Schut, *Mededingingsbeleid in de gezondheidszorg*, VUGA/De Tijdstroom, Den Haag, 1989.

1. Ministerie van WVC, *Verandering verzekerd: stapsgewijs op weg naar een nieuw stelsel van zorg*, Tweede Kamer, 1987-1988, 19945, nrs. 27-28, blz. 9.

2. Ministerie van Economische Zaken, *Adviesaanvraag aan de Commissie Economische Mededinging over de toepassingsmogelijkheden van de Wet Economische Mededinging in het nieuwe stelsel van zorg*, Den Haag, februari 1989.

3. Commissie Economische Mededinging, *Advies inzake gezondheidszorgstelsel*, Den Haag, 16 juni 1989.

4. A.P.J. 't Gilde en D.J. Haank, *De praktijk van de Wet Economische Mededinging*, SWOKA onderzoeksrapport 37, Den Haag, 1985.

in beginsel worden opgetreden tegen mededingingsregelingen en economische machtsposities, indien zij strijdig zijn met het algemeen belang. Inherent zwakheden in de wetgeving maken een effectief optreden echter vaak al bij voorbaat kansloos. Erkend zwakke punten zijn het vage criterium 'algemeen belang', de onbruikbare omschrijving van het begrip economische machtspositie, de beperkte reikwijdte van het begrip mededingingsregeling, de niet-openbaarheid van het kartelregister waarin de mededingingsregelingen zijn opgenomen, de onvoldoende sancties op overtreding van de WEM en het ontbreken van instrumenten om preventief te kunnen optreden tegen economische machtsvorming. Afgezien van de inhoudelijke tekortkomingen van de wetgeving maakt het mededingingsbeleid een weinig krachtdadige indruk. Tal van mogelijkheden die de WEM biedt zijn tot op heden onbenut gebleven. Bovendien is het gevoerde beleid vrijwel onzichtbaar, omdat veel zaken 'achter de schermen' worden afgehandeld. Het gebrek aan formeel beleid staat de ontwikkeling van eenduidige, operationele criteria voor de beoordeling van mededingingsregelingen en misbruik van economische machtsposities in de weg.

In brede kring leeft de opvatting dat een daadkrachtig nationaal mededingingsbeleid niet nodig is vanwege de grote invloed van buitenlandse concurrentie op de Nederlandse economie. Een stringent mededingingsbeleid zou zelfs averechts werken omdat het de concurrentiepositie ten opzichte van de in het buitenland gevestigde ondernemingen verzwakt. Daarnaast wordt aangevoerd dat internationaal georiënteerde bedrijfstakken reeds onderworpen zijn aan de veel strengere Europese mededingingsregels. Het argument dat internationale concurrentie de noodzaak van een nationaal mededingingsbeleid wegneemt is echter omstreden. De regering lijkt althans deze mening niet (langer) te delen want zij probeert het futloze mededingingsbeleid middels een activiteitenplan nieuw leven in te blazen⁵. Sinds de aanvaarding van het activiteitenplan is het mededingingsbeleid inderdaad merkbaar verscherpt. De aan het beleid ten grondslag liggende wetgeving blijft echter ongewijzigd. Zelfs al zou internationale concurrentie een aanpassing van de wet in bepaalde sectoren overbodig maken, dan geldt dit in ieder geval niet voor een sector met een zodanig beperkte geografische markt als de gezondheidszorg. Met het oog op de te realiseren marktwerking in de gezondheidszorg is een vergroting van de doeltreffendheid van de WEM gewenst. Aangezien een herziening van de WEM voor tal van bedrijfstakken overbodig of zelfs contraproductief zou kunnen zijn, verdient de ontwikkeling van een aanvullende, sectorspecifieke regelgeving wellicht de voorkeur. De ontwikkeling van aanvullende regelgeving en een afzonderlijk mededingingsbeleid voor de gezondheidszorg is bovendien wenselijk vanwege de specifieke kenmerken van deze sector en de noodzakelijke samenhang met het totale gezondheidszorgbeleid. Aangezien in een toekomstig stelsel van gezondheidszorg marktwerking vooral ten aanzien van medische beroepsbeoefenaren, ziekenhuizen en ziektekostenverzekeraars effectief zal kunnen zijn⁶, zal ik de aandacht richten op de aard van de mededingingsproblematiek in elk van deze drie deelsectoren.

Medische beroepsbeoefenaren

De WEM was oorspronkelijk niet van toepassing op vrije-beroepsbeoefenaren. Met het in werking treden van de Wet Inkomens Vrije-Beroepsbeoefenaren (WIVB) in 1987 is aan deze uitzonderingspositie echter een einde gekomen. Alleen voor bepaalde categorieën vrije-beroepsbeoefenaren waarbij sprake is van "onvoldoende markt-

werking en "onaanvaardbaar hoge inkomens" is de toepassing van de WEM voorlopig opgeschort. Bij deze vrije-beroepsbeoefenaren, waartoe thans uitsluitend nog medische specialisten en tandartspecialisten worden gerekend, kan krachtens de WIVB rechtstreeks in de inkomens worden ingegrepen. De WIVB geldt echter tot eind 1989, zodat nadien alle medische beroepsbeoefenaren in principe onder de werkingssfeer van de WEM zullen vallen⁷.

Medische beroepsbeoefenaren opereren thans in een markt die zich kenmerkt door een breed scala aan concurrentiebeperkende regelingen, zoals collectieve prijsafspraken, algemeen bindende contracten met ziekenfondsen, formele en informele marktverdelingsafspraken, beperkende gedragsregels inzake informatievoorziening en hoge toetredingsbarrières. Hiermee is niet gezegd dat al deze concurrentiebeperkende regelingen ook met dit oogmerk zijn opgesteld, of uit dien hoofde onwenselijk zijn. Verschillende regelingen zijn tot op zekere hoogte goed verdedigbaar op grond van zorginhoudelijke overwegingen of uit het oogpunt van consumentenbescherming. Vanwege het belang van de vertrouwensrelatie tussen arts en patiënt moet excessieve concurrentie tussen zorgverleners worden voorkomen.

De voorgestelde verandering van het stelsel van gezondheidszorg zet een aantal concurrentiebeperkende maatregelen op de helling. De wettelijke regulering van de tarieven, de contracteerplicht van ziekenfondsen en het vestigingsbeleid voor huisartsen zullen geleidelijk worden afgeschaft. Na deze deregulering en de intrekking van de WIVB zijn zorgverleners voortaan verplicht schriftelijke, juridisch bindende afspraken die van invloed zijn op de onderlinge concurrentie aan te melden bij het kartelregister. In de notitie Gezonde mededinging toont de regering zich voorstander van een algeheel verbod op horizontale prijsafspraken voor de gehele medische sector of bepaalde aangewezen categorieën zorgaanbieders. Het belang van een dergelijk verbod blijkt uit de officiële standpuntbepaling van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Geneeskunst (KNMG) inzake de stelselwijziging. De KNMG stelt zich namelijk op het standpunt dat over tarieven op landelijk niveau en over andere voorwaarden op regionaal niveau met verzekeraars bindende afspraken dienen te worden gemaakt⁸.

De geconstateerde tekortkomingen van de WEM maken het onwaarschijnlijk dat, mogelijk met uitzondering van horizontale prijsafspraken, effectief kan worden opgetreden tegen concurrentiebeperkende afspraken tussen medische beroepsbeoefenaren. Een nadere uitwerking van de toetsingscriteria voor mededingingsregelingen is noodzakelijk. Niet alleen omdat zij de slagvaardigheid van het mededingingsbeleid vergroot, maar ook omdat zij de rechtszekerheid van de betrokkenen ten goede komt. Ten aanzien van sommige mededingingsregelingen zijn reeds meer expliciete beoordelingscriteria geformuleerd. Zo is er voor de aanvaardbaarheid van toelatings- of erkenningsregelingen een aantal normen opgesteld. Van speciaal belang voor de medische sector is dat uitdrukkelijk wordt gesteld dat het behoeftecriterium, waarbij de door de bedrijfstak berekende behoefte het uitgangspunt vormt voor het aantal nieuwe bedrijfsgenoten dat toegelaten c.q. er-

5. Tweede Kamer, *Activiteitenplan mededingingsbeleid*, 1986-1987, 19700, hoofdstuk XIII, nr. 118.

6. E. Dekker en J.H. Krijnen, *De effectiviteit van de marktwerking volgens het rapport-Dekker, Medisch Contact*, jg. 42, 1987, blz. 1427-1430.

7. In verband met de herstructurering van de specialistentarieven is de ministerraad op 14 juli 1989 echter akkoord gegaan met een verlenging van de WIVB tot 1993 (*Staatscourant*, jg. 136, 17 juli 1989).

8. KNMG, *Commentaar op 'Verandering verzekerd'*, *Medisch Contact*, jg. 43, 1988, blz. 539-543.

kend wordt, geen geldige reden vormt voor het handhaven van een erkenningsregeling⁹. Arbeidsmarktoverwegingen zouden dus geen reden mogen vormen om de erkenning en toelating van huisartsen en specialisten te beperken.

Bij de uitwerking van hanteerbare toetsingscriteria zou men de doelstellingen van de stelselwijziging als uitgangspunt kunnen nemen. De toelaatbaarheid van de diverse mededingingsregelingen zou men aldus kunnen laten afhangen van de zorginhoudelijke motivatie, de functionaliteit van de regelingen (bevordering van doelmatige substitutie en samenwerking) en de mate waarin zij de mededinging bevorderen of inperken. Zo zullen regelingen met een aanwijsbaar concurrentiebeperkend effect zonder een goed onderbouwde zorginhoudelijke noodzaak moeten worden verboden. Voor de duidelijkheid van de in acht te nemen spelregels kan het bovendien nuttig zijn bepaalde expliciet geformuleerde grenzen aan de speelruimte te stellen. In de Verenigde Staten, waar de anti-trustwetgeving sinds medio jaren zeventig ook wordt toegepast op de medische professie, stelt men bij voorbeeld een bepaald maximum aan het percentage onafhankelijke artsen dat per verzorgingsgebied een samenwerkingsverband mag aangaan. Hoewel dergelijke vuistregels enigszins arbitrair zijn, kunnen zij de slagvaardigheid en doorzichtigheid van het gevoerde mededingingsbeleid aanzienlijk vergroten.

Een belangrijk manco van de WEM zijn de beperkte mogelijkheden om op te kunnen treden tegen niet-juridisch bindende marktafspraken. Juist informele regelingen en onderlinge gedragscodes inzake tariefstelling, marktverdeling, informatieverstreding en toetreding vormen een kenmerk bij uitstek van de organisatie van de medische beroepsgroep. In de notitie Gezonde mededinging merkt de regering op dat de WEM de mogelijkheid biedt bij algemene maatregel van bestuur (amvb) de meldingsplicht uit te breiden tot niet-bindende schriftelijke afspraken. Van deze mogelijkheid is tot op heden nog nooit gebruik gemaakt, hetgeen met het oog op het tekortschietende toezicht op de aanmelding van juridisch bindende regelingen niet zo verwonderlijk is. Verbreiding van de meldingsplicht is alleen zinvol als tegelijkertijd het toezicht op de naleving wordt verscherpt, de voorlichting wordt verbeterd en geloofwaardige sancties worden ingesteld. Tegen mondelinge marktafspraken en concurrentiebeperkende gedragingen is op grond van de WEM hooguit op te treden indien zij kunnen worden aangemerkt als misbruik van een economische machtspositie. Blijkens de notitie Gezonde mededinging is de regering van mening, dat "gelet op het wettelijk monopolie van de meeste beroepsgroepen, het aannemelijk is dat van een economische machtspositie relatief snel sprake zal zijn"¹⁰. Het ontbreken van een operationele definitie van het begrip economische machtspositie is tot op heden een belangrijk struikelblok gebleken voor een succesvol optreden tegen vermeend misbruik van economische machtsposities. Aan de "aannemelijkheid" van een juridisch aantoonbare economische machtspositie van medische beroepsbeoefenaren kan derhalve worden getwijfeld. Zelfs al zou het bestaan van een economische machtspositie worden vastgesteld, dan ontbreken vooralsnog afdoende criteria om een eventueel misbruik ervan aan te kunnen tonen. Bovendien zijn de bestaande sancties onvoldoende afschrikwekkend om zelfs bij aanwezigheid van adequate criteria misbruik te voorkomen.

Een doeltreffend mededingingsbeleid voor de medische professie maakt alleen kans van slagen in samenhang met het overige gezondheidszorgbeleid. Vooral de afstemming met het arbeidsmarktbeleid verdient de aandacht. Zowel huisartsen als specialisten hebben de afgelopen jaren door een sterke inkrimping van het aantal beschikbare opleidingsplaatsen de toegang tot de markt steeds verder afgegrensd. Arbeidsmarktoverwegingen en het verstevigen

van de economische machtspositie lijken hierbij een belangrijke rol te spelen¹¹. Ofschoon toelatingsbeperkingen op grond van dergelijke overwegingen volgens de bij toepassing van de WEM gehanteerde toetsingscriteria laakbaar zijn, is het de vraag of hiertegen krachtens de WEM kan worden opgetreden. Uit vrees voor aanbod-geïnduceerde vraag werkt de regering immers zelf mee aan de beperking van de toestroom tot de arbeidsmarkt. Hoewel het vestigingsbeleid voor huisartsen in 1990 moet worden afgeschaft, volhardt de regering vooralsnog in haar standpunt dat het aantal opleidingsplaatsen voor huisartsen en medisch specialisten moet worden beperkt. Wel wordt in de nota *Verandering verzekerd bepleit dat de verzekeraars een meer directe invloed dienen te krijgen op de instroom in de medische en tandheelkundige vervolgopleidingen*. De KNMG heeft in haar officiële commentaar op de kabinetsplannen echter laten weten iedere bemoeienis van verzekeraars met het instroombeleid van de medische vervolgopleidingen van de hand te wijzen. Gelet op de huidige reductie van het aantal opleidingsplaatsen voor huisartsen en specialisten is het niet ondenkbaar dat tegen de tijd dat de stelselwijziging in zijn volle omvang is doorgevoerd het aanbod van huisartsen en medisch specialisten dermate krap is dat zij ten opzichte van de ziektekostenverzekeraars een onevenwichtig sterke onderhandlungspositie innemen. Zonder een aanpassing van het arbeidsmarktbeleid heeft ook een mededingingsbeleid weinig kans van slagen.

Ziekenhuizen

In de notitie Gezonde mededinging wordt benadrukt dat ook sociale instellingen zonder winststoogmerk, zoals ziekenhuizen, onder de werkings sfeer van de WEM vallen. Na voltooiing van de stelselwijziging zullen ziekenhuizen met elkaar moeten wedijveren om met zorgverzekeraars zo gunstig mogelijke volume- en prijsafspraken te maken. Evenmin als zorgverleners zullen ziekenhuizen zonder de nodige spelregels overgaan tot onderlinge concurrentie. Bij de ontwikkeling van een mededingingsbeleid voor ziekenhuizen verdient met name de hoge marktconcentratie speciale aandacht. Per gezondheidsregio, zoals vastgesteld in het kader van de Wet Ziekenhuisvoorzieningen (WZV), vindt gemiddeld bijna 60% van de ziekenhuisopnemingen plaats in de grootste twee ziekenhuizen¹².

De hoge regionale marktconcentratie zet vraagtekens achter de haalbaarheid van werkzame concurrentie tussen ziekenhuizen. Twee recente empirische studies naar het verband tussen concentratiegraad en ziekenhuiskosten wijzen uit dat het effect van een marktgerichte strategie toeneemt naarmate de marktconcentratie lager is¹³. Zo blijkt marktgerichte strategie vooral succesvol in gebieden waar ziekenhuizen binnen een afstand van 24 km. meer dan 10 concurrenten hebben. Dank zij de veel grotere bevolkingsdichtheid is het gemiddeld aantal ziekenhuizen per verzorgingsgebied in Nederland veel groter dan in de

9. Tweede Kamer, 1986-1987, op.cit., blz. 5.

10. Ministerie van Economische Zaken, op.cit., 1989, blz. 14.

11. R.M. Lapré en A.A. de Roo, *Medical specialist manpower planning in the Netherlands*, paper for the international conference on *The political dynamics of physician manpower policy*, Londen, 1988.

12. Nationaal Ziekenhuisinstituut (NZI), *Instellingen van intramurale gezondheidszorg*, basisgegevens 1-1-1988, nr. 88.572.

13. J.C. Robinson en H.S. Luft, *Competition, regulation, and hospital costs, 1982 to 1986*, *Journal of the American Medical Association*, jg. 260, 1988, blz. 2676-2681; J. Zwanziger en G.A. Melnick, *The effects of hospital competition and the medicare PPS program on hospital cost behavior in California*, *Journal of Health Economics*, jg. 7, 1988, blz. 301-320.

VS¹⁴. In Nederland heeft bijna de helft van de ziekenhuizen meer dan tien concurrenten binnen een afstand van 24 km. Deze ziekenhuizen liggen echter vrijwel allemaal in de Randstad (Noord-Holland, Utrecht en Zuid-Holland). In de overige provincies heeft twee derde van de ziekenhuizen slechts één tot vijf potentiële mededingers. De kansen voor het tot stand komen van werkzame concurrentie tussen ziekenhuizen liggen dus regionaal sterk verschillend.

Een hoge marktconcentratie vormt een gunstige voedingsbodem voor kartelafspraken en onderling afgestemde gedragingen. Een duidelijke omschrijving van een economische machtspositie binnen de ziekenhuissector is een eerste vereiste om tegen eventueel machtsmisbruik te kunnen optreden. Daarnaast is van groot belang de toenemende marktconcentratie een halt te kunnen toeroepen. Ondanks een toeneming van het aantal bedden is het aantal algemene ziekenhuizen in de afgelopen 25 jaar met ruim 30% afgenomen. Uit het feit dat het marktaandeel van de grootste twee ziekenhuizen per gezondheidsregio van 1984 op 1988 met gemiddeld 10% is gegroeid, blijkt dat deze concentratietendens zich onverminderd voortzet¹⁵. Aanvankelijk was de toenemende marktconcentratie een gevolg van zorginhoudelijk verdedigbare sluitingen van zeer kleine ziekenhuizen (minder dan 150 bedden). In het laatste decennium zijn echter steeds grotere ziekenhuizen gesloten of gefuseerd. Het is onwaarschijnlijk dat fusies van grotere ziekenhuizen leiden tot een efficiëntere ziekenhuiszorg. Empirisch onderzoek wijst namelijk uit dat zo er al sprake is van technische schaalvoordelen deze reeds bij een betrekkelijk kleine ziekenhuis capaciteit bereikt worden (waarbij de minimale optimale schaal oploopt met de functiezwarte van het ziekenhuis)¹⁶. Bovendien zijn de eventuele schaalvoordelen gering van omvang. Ziekenhuisdirecteuren die bij fusies betrokken zijn geweest blijken eveneens van oordeel dat het bedrijfseconomisch resultaat van fusies doorgaans gering is¹⁷.

Het feit dat ziekenhuisfusies nauwelijks technische voordelen opleveren, maakt het voorkomen van een voortzetting van de fusietendens des te wenselijker. Door het ontbreken van een materiële fusietoetsing is het nagenoeg onmogelijk om op mededingingspolitieke gronden fusies en overnemingen van ziekenhuizen te beletten. De WEM biedt alleen de mogelijkheid tot repressief ingrijpen wanneer blijkt dat een fusie leidt tot machtsmisbruik, maar kan het ontstaan van economische machtsposities niet verhinderen. De kans dat ziekenhuisfusies op grond van de Europese mededingingsregels worden verboden lijkt eveneens te verwaarlozen. Uit het eind 1988 door de Europese Commissie gepresenteerde fusiedossier valt op te maken dat fusies tussen Nederlandse ziekenhuizen hoogstwaarschijnlijk buiten de criteria voor een Europese fusietoetsing zullen vallen.

Het ontbreken van een effectieve nationale en Europese fusiepolitiek maakt het nodig om binnen de gezondheidszorg criteria te ontwikkelen voor een preventieve materiële fusietoetsing als onderdeel van een sectoraal mededingingsbeleid. Qua methodiek kan dan wellicht worden aangesloten bij het Amerikaanse anti-trustbeleid, dat zich de afgelopen jaren in toenemende mate met fusies tussen ziekenhuizen is gaan bezighouden¹⁸.

Een preventieve materiële toetsing van ziekenhuisfusies heeft alleen zin bij afstemming met het totale gezondheidszorgbeleid. Tot op heden heeft de overheid sluiting en fusies van ziekenhuizen in het kader van haar beddenreductiebeleid sterk aangemoedigd. Bovendien heeft zij te kennen gegeven dit beleid ook tijdens de invoering van het nieuwe stelsel van zorg voort te willen zetten. Het feit dat de overheid de sanering van overcapaciteit van ziekenhuizen in eerste instantie niet onder druk van de markt wil laten geschieden lijkt niet onverstandig, omdat ervaringen in de VS leren dat dit een uiterst langdurig (en dus kostbaar) proces kan zijn. Minder verstandig lijkt het deze beddenre-

duktie door te willen voeren via sluiting of fusie van gehele ziekenhuizen. Met het oog op het scheppen van voorwaarden voor werkzame concurrentie tussen ziekenhuizen verdient beddenreductie via de misprezen 'kaasschaafmethode' de voorkeur boven het thans voorgestane beleid.

Ziektekostenverzekeraars

Na voltooiing van de stelselwijziging zal het wettelijke onderscheid tussen ziekenfondsen, publiekrechtelijke regelingen en particuliere ziektekostenverzekeraars volledig zijn verdwenen. Het vervagen van de historisch gegroeide verschillen tussen de drie typen ziektekostenverzekeraars zal echter veel meer tijd vergen. De grote verschillen in regionale verzekerdenconcentratie en vrij aanwendbare financiële reserves leiden tot scheve concurrentieverhoudingen bij aanvang van het nieuwe stelsel. Het accent van een toekomstig mededingingsbeleid ten aanzien van zorgverzekeraars zal in eerste instantie dan ook dienen te liggen op het neutraliseren van de nadelige effecten van de onevenwichtige uitgangspositie van de verschillende zorgverzekeraars.

Ofschoon de samensmelting tot één zorgverzekeringmarkt ten opzichte van de huidige situatie resulteert in een lagere marktconcentratie, zal deze vervolgens naar alle waarschijnlijkheid weldra sterk toenemen. Op regionaal en lokaal niveau moeten toekomstige zorgverzekeraars namelijk een zodanig marktaandeel zien te veroveren dat zij als onderhandelingspartners door zorgverleners en instellingen serieus worden genomen. Vooral maatschappijen met een kleine ziektekostenportefeuille zullen genoodzaakt zijn om met grotere verzekeraars samen te werken, ten einde te kunnen profiteren van de schaalvoordelen van onderhandelingen met zorgaanbieders en het gebruik van kostbare informatiesystemen.

Ziekenfondsen zijn sterk in het voordeel waar het gaat om regionale of lokale concentratie van verzekerden en onderhandelingservaring met zorgverleners en instellingen. De recente golf van fusies tussen ziekenfondsen met aangrenzende werkgebieden betekent een verdere versteviging van de toch al gunstige regionale marktpositie. Tegelijkertijd is er sprake van een duidelijke toenadering tussen de ziekenfondsen en hun verwante bovenbouwverzekeraars, wat in één geval al heeft geleid tot concrete fusieplannen. De verwachting bestaat dat als gevolg van deze toenadering op den duur een zestal grote blokken van ziekenfondsen en bovenbouwverzekeraars zullen ontstaan, waartussen onderlinge concurrentie door marktverdelingsafspraken aan banden zal worden gelegd¹⁹. Een

14. Slechts 3% van de Nederlandse ziekenhuizen heeft geen enkele concurrent binnen een straal van 24 km., tegenover bijna een kwart van de Amerikaanse ziekenhuizen. Zie H.S. Luft en S.C. Maerki, *Competitive potential of hospitals and their neighbors*, *Contemporary Policy Issues*, jg. 3, 1984/85, blz. 89-102.

15. F.T. Schut, op.cit., 1989, blz. 36.

16. J.H. van Aert, *Ziekenhuiskosten in economisch perspectief*, dissertatie, NZI, Utrecht, 1977. Voor een omvattend overzicht van de overwegend Amerikaanse kostenstudies, zie T.G. Cowing, A.G. Holtmann en S. Powers, *Hospital cost analysis: a survey and evaluation of recent studies*, in: R.M. Scheffler en L.F. Rossiter (red.), *Advances in health economics and health services research*, volume 4, JAI Press, Greenwich (Connecticut), 1983.

17. E.E. Können, *Ziekenhuissamenwerking, fusie en regionalisatie*, Den Haag, 1984, blz. 69.

18. J.M. Klingensmith, *Applying antitrust concepts to the acute care hospital industry: defining the relevant market for hospital services*, *Journal of Health Politics, Policy and Law*, jg. 13, 1988, blz. 153-165. Voor een toepassing van deze fusierichtlijnen op de Nederlandse ziekenhuissector, zie F.T. Schut, op. cit., 1989, blz. 38-42.

19. Ziekenfondsen de markt op, *Inzet*, jg. 12, nr. 4, 1988, blz. 2-15.

zorgverzekeraar die voortkomt uit een fusie van een ziekenfonds en een bovenbouwverzekeraar zal in veel gevallen een regionaal marktaandeel van ruim 80% bezitten. In hoeverre de regionale marktmacht van ziekenfondsen werkzame concurrentie kan blokkeren zal met name afhangen van de bestendigheid van hun marktpositie. De vraag is of ziekenfondsen in staat zullen zijn de huidige verzekeren aan zich te binden, wanneer die voor het eerst de kans krijgen een andere verzekeraar te kiezen.

Door de belangrijke spilfunctie die de verzekeraars in het nieuwe stelsel van zorg is toebedacht, is het voorkomen van een eenzijdige machtsconcentratie van eminent belang. Het mes snijdt immers aan twee kanten: een monopolistische verzekeraar ten opzichte van de zorgaanbieders is immers tevens monopolist ten opzichte van de zorgvragers. Deze tussenpositie kan de verzekeraar een dubbele monopoliewinst opleveren²⁰. De voordelen van een economische machtspositie worden nog versterkt indien verzekeraars en zorgaanbieders samengaan in verticaal geïntegreerde 'managed care' organisaties. Ervaringen met Health Maintenance Organizations tonen aan dat verticale integratie de kwaliteit en doelmatigheid van de zorgverlening ten goede kan komen²¹. Daarnaast kan verticale integratie echter ook worden gehanteerd als strategisch middel om concurrentie te voorkomen of uit te schakelen²². Aangezien 'managed care' organisaties zich zowel op de markt voor zorgverlening als zorgverzekering bewegen, moet een mededingingsbeleid zich niet alleen bezighouden met een dominante positie op de twee markten afzonderlijk maar ook met de wisselwerking tussen de machtsposities op elk van beide. Voor de ontwikkeling van de benodigde toetsingscriteria kan het nodige worden opgestoken van de toepassing van het Amerikaanse anti-trustbeleid op de aldaar snel opkomende 'managed care' organisaties. Naast de noodzaak van het ontwikkelen van goede toetsingscriteria maakt de reeds ingezette concentratietendens duidelijk dat ook voor de ziektekostenverzekeringsbranche een preventieve materiële fusietoetsing onontbeerlijk is.

Hoewel particuliere verzekeraars de regionale marktconcentratie van de ziekenfondsen missen, beschikken zij over een veel sterkere financiële positie. Zeker wanneer dank zij de invoering van de Centrale Kas de noodzaak tot het aanhouden van de sinds 1972 geleidelijk opgebouwde vergrijzingsreserve grotendeels vervalt, beschikken zij over aanzienlijke vrije reserves. De relatief gunstige reservepositie verschaft particuliere verzekeraars niet alleen ruimere investeringsmogelijkheden maar stelt hen tevens in de gelegenheid een lagere nominale premie te berekenen dan de feitelijke kostprijs om zo ziekenfondsen te onderbieden en hun marktaandeel af te romen. Aangezien de nominale premie slechts een beperkt deel van de kostprijs van het basispakket dekt, zal zij veel lager zijn dan de huidige particuliere verzekeringspremie, waardoor aanzienlijke procentuele kortingen mogelijk zijn. Maatschappijen die ook andere schadeverzekeringen voeren hebben bovendien de mogelijkheid om via kruissubsidies de monobranche-verzekeraars te onderbieden. Met het oog op de niet onverdeeld gunstige ervaringen met de naleving van de eigen marktcode moet sterk worden betwijfeld of de branche via zelfregulering dergelijke concurrentievervalsende onder-tarifiering tegen zal kunnen gaan. Alvorens de wettelijke schotten tussen de drie typen verzekeraars worden weggehaald zullen de verschillen in vrije reserves teruggebracht dienen te worden²³. Wanneer een structurele oplossing voor het probleem van de ongelijke reserveposities uitblijft, kan desnoods krachtens de WEM een bepaald minimum aan de nominale premie worden gesteld, hoewel ervaringen in andere bedrijfstakken leren dat een dergelijke aanpak niet zonder problemen is.

Conclusie

Regering en parlement hebben gekozen voor een strategie om doelmatigheid in de gezondheidszorg te bevorderen door een vergroting van de marktwerking. Zonder een effectief mededingingsbeleid is het echter uiterst onwaarschijnlijk dat de beoogde werkzame concurrentie van de grond komt. De huidige mededingingswetgeving is ontoereikend en het gevoerde beleid onvoldoende daadkrachtig. Wegens de in andere bedrijfstakken minder dringend gevoelde behoefte aan een stringenter mededingingsbeleid en vanwege het specifieke karakter van de gezondheidszorg, verdient de ontwikkeling van specifieke aanvullende regelgeving voor de sector gezondheidszorg de voorkeur. Het formuleren van een operationele, sectorspecifieke invulling van de begrippen 'algemeen belang' en 'economische machtspositie' zal de basis moeten vormen voor een effectief mededingingsbeleid in de gezondheidszorg. Daarnaast zullen de wettelijke mogelijkheden om informele concurrentiebeperkende afspraken en onderling afgestemde gedragingen tegen te gaan, moeten worden vergroot. Voorts is het belang aangegeven van een preventieve materiële toetsing van fusies in de ziekenhuis- en verzekeringssector.

Een sectorspecifiek mededingingsbeleid in de gezondheidszorg kan alleen doeltreffend zijn wanneer het niet op zichzelf staat of door andere maatregelen wordt doorkruist. Het restrictieve beleid voor de toelating tot de medische vervolgopleiding en de overheersende voorkeur om de ziekenhuiscapaciteit terug te dringen door middel van fusies staan haaks op het te voeren mededingingsbeleid. Gewezen is op de noodzaak van aanvullend beleid ter verkleining van het verschil in de financiële uitgangspositie van ziekenfondsen en particuliere verzekeraars. Zonder een goed functionerend normuitkeringsstelsel en voldoende maatregelen ter versterking van de positie van de consument maakt werkzame concurrentie evenmin kans, ongeacht of er sprake is van een actief gevoerd mededingingsbeleid.

De voor een sectoraal mededingingsbeleid noodzakelijke samenhang met het overige gezondheidszorgbeleid en benodigde kennis van het veld van de gezondheidszorg pleiten voor oprichting van een apart uitvoeringsorgaan onder verantwoordelijkheid van het Ministerie van WVC. Weliswaar zal de ontwikkeling van een effectief mededingingsbeleid in de gezondheidszorg geen sinecure zijn, maar de inhoud en opzet van de beoogde stelselwijziging maken deze noodzakelijke inspanning meer dan de moeite waard.

F.T. Schut

20. M.V. Pauly, Market power, monopsony, and health insurance markets, *Journal of Health Economics*, jg. 7, 1988, blz. 111-128.

21. F.T. Schut, *Health Maintenance Organizations: een geïntegreerde wijze van verstreken en verzekeren van gezondheidszorg*, De Tijdstroom, Lochem, 1986.

22. F.H. Miller, Vertical restraints and powerful health insurers: exclusionary conduct masquerading as managed care?, *Law and Contemporary Problems*, jg. 51, nr. 2, 1988, blz. 195-236.

23. Voor een concreet voorstel ter egalisatie van de financiële uitgangspositie van ziekenfondsen en particuliere verzekeraars, zie F.T. Schut en W.P.M.M. van de Ven, *Op weg naar een nieuw stelsel van gezondheidszorg: overstappen op de Dubbel-Dekker?*, Openbare Uitgaven, jg. 21, nr. 4, 1989, blz. 153-162. Het recent verschenen advies van de Verzekeringskamer bevat eveneens aanbevelingen die de financiële basis van beide typen verzekeraars meer in evenwicht zullen brengen. Zie: Verzekeringskamer, *Advies inzake wijziging stelsel van ziektekostenverzekering*, nr. 89.316, Apeldoorn, 30 juni 1989.