

# Mening: Zet het kartelverbod niet buitenspel in de zorg

**O**m het Nederlandse zorgstelsel met (gereguleerde) marktwerking tot een succes te maken is eerlijke concurrentie van groot belang. In dat kader is een belangrijke rol weggelegd voor de Nederlandse Mededingingsautoriteit (NMa). Deze rol is niet onomstreden. Momenteel staat vooral de (potentiële) spanning tussen het kartelverbod en zorgspecifieke samenwerkingsverbanden zowel politiek, maatschappelijk als wetenschappelijk volop in de belangstelling. Zo hebben vorig jaar de Raad voor de Volksgezondheid & Zorg (RVZ) en de Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid (WRR) kort na elkaar aandacht gevraagd voor de spanning die in de zorgsector bestaat tussen de uitvoering van de Mededingingswet (Mw) door de NMa enerzijds en de publieke belangen kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van zorg anderzijds. Ook in *De agenda voor de zorg*, die op 24 september jongstleden door een groot aantal zorgpartijen is gepresenteerd, komt deze spanning expliciet aan bod: “Het realiseren van de strategische doelstellingen van deze agenda mag niet door de toepassing van mededingingsregelgeving door de NMa worden gefrustreerd. Als blijkt dat een gewijzigde toepassing van de mededingingswet door de NMa de gewenste verbetering van kwaliteit en efficiëntie blijft belemmeren, is herbezinning nodig op de toepasbaarheid van de mededingingswet op (onderdelen) van de zorg.” Een dergelijke opvatting is ook terug te vinden in het recente rapport *Samen werken aan een gezond en waardig leven* van het wetenschappelijk bureau van de PvdA. Samenwerking en integrale zorg zijn de norm en dat moet volgens de verantwoordelijke werkgroep niet langer ‘uiteengerafeld’ worden door de NMa.

Het kan inderdaad niet worden ontkend dat in de zorgsector aan de ene kant wordt gestreefd naar (meer) concurrentie, terwijl er aan de andere kant uit het oogpunt van kwaliteit en betaalbaarheid sprake is van een toenemende druk om te komen tot meer samenwerking en concentratie. De komende jaren zal hierin geen verandering komen. Integendeel, in het regeerakkoord van het kabinet-Rutte II staat te lezen dat “het bevorderen van (regionale) samenwerking tussen zorgaanbieders” prioriteit heeft. In plaats van “enkel concurreren” is het de bedoeling “nieuwe accenten” te leggen op “meer samenwerken”. Betekent dit dat de door zorgpartijen en sommige politici bepleite herbezinning op – lees: versoepeling van – het mededingingstoezicht in de gezondheidszorg onontkoombaar is?

Om tot een antwoord te komen op deze vraag moet eerst een indruk worden verkregen van het kartelverbod zoals neergelegd in de Mw. Op grond van artikel 6 lid 1 Mw zijn samenwerkingsafspraken die de onderlinge concurrentie beperken in beginsel weliswaar niet toegestaan. Hierop zijn echter uitzonderingen mogelijk zolang aan de voorwaarden, neergelegd in artikel 6 lid 3 Mw, wordt voldaan. De vraag is dus of de wijze waarop de NMa dit verbod momenteel

## MARCO VARKEVISSER

Universitair hoofddocent aan de Erasmus  
Universiteit Rotterdam

## EDITH LOOZEN

Universitair docent aan de Erasmus Universiteit  
Rotterdam

## ERIK SCHUT

Hoogleraar aan de Erasmus Universiteit  
Rotterdam

in de gezondheidszorg toepast kwaliteitsbevorderende of kostenverlagende samenwerking tussen zorgaanbieders in de weg staat.

Afspraken die de onderlinge concurrentie beperken zijn ook in de gezondheidszorg niet toegestaan. Dit betekent, anders dan zorgpartijen denken, echter niet dat de Mw geen ruimte biedt voor samenwerking. Integendeel, in de meest recente Richtsnoeren voor de zorgsector die zijn opgesteld in 2010 staan tal van samenwerkingsvormen beschreven die geen probleem vormen. In diezelfde richtsnoeren concludeert de mededingingsautoriteit onomwonden het

volgende: “De NMa staat in beginsel positief tegenover samenwerking, als ondernemingen daardoor in staat zijn efficiënter te werken, meer te innoveren en betere kwaliteit te leveren.” Een veelgemaakte denkfout is dat concurrentie per definitie haaks staat op samenwerking en specialisatie. Vaak is echter het omgekeerde het geval en bevordert concurrentie juist kosteneffectieve specialisatie en coördinatie tussen complementaire (zorg)aanbieders. Een goed voorbeeld hiervan is de snel groeiende Buurtzorg, waar zorg wordt geleverd door een netwerk van kleinschalige en op samenwerking in de wijk gerichte teams van professionals. Het succes van Buurtzorg is bij uitstek te danken aan ruimere concurrentiemogelijkheden voor nieuwkomers.

Ook wanneer de toepassingspraktijk van de Mw wordt bekeken, blijkt niets van een te strikte handhaving van het kartelverbod in de gezondheidszorg. Integendeel. Groepen zorgverleners die nauw samenwerken bij de behandeling van chronische ziekten (diabetes, vasculair risicomanagement en COPD) wordt vooralsnog geen strobreed in de weg gelegd, terwijl deze zogeheten zorggroepen vrijwel allemaal een regionale machtspositie hebben. Hoewel bij veel zorgpartijen een ander beeld bestaat, heeft de NMa tot op heden slechts in een zeer beperkt aantal zaken boetes opgelegd voor overtreding van het kartelverbod. Daar komt bij dat de NMa in twee zaken (prijzadviezen van brancheorganisaties voor psychologen en psychotherapeuten en marktverdeling in de thuiszorg) het betreffende boetebesluit na een verloren hoger beroep bij de rechter achteraf weer heeft ingetrokken, terwijl in een viertal andere kartelzaken (waaronder vestigingsbeleid van huisartsen en marktverdeling in de thuiszorg) de bezwaar- en beroepsprocedure nog loopt.

Kortom, de angst dat als gevolg van het kartelverbod kwaliteitsbevorderende of kostenverlagende samenwerking tussen zorgaanbieders niet of onvoldoende van de grond kan komen lijkt ongegrond. De roep van zorgpartijen en sommige politici om het karteltoezicht van de NMa in de gezondheidszorg buitenspel te zetten is volstrekt overbodig. Sterker nog, een dergelijk pleidooi is hoogst onverstandig. Er bestaat namelijk geen enkele empirische evidentie dat prijs- en marktverdelingsafspraken in de zorgsector minder schadelijk zouden zijn dan in andere sectoren.