



Marktwerking en mededingingsbeleid in de zorg

In het Nederlandse zorgstelsel met zijn gereguleerde marktwerking is effectief mededingingsbeleid van groot belang, maar ook een uitdaging. Enerzijds moet men voorkomen dat er machtsposities ontstaan of worden versterkt. Anderzijds moet er voldoende ruimte worden geboden aan de gewenste samenwerkingsvormen.

IN HET KORT

- ▶ Samenwerking tussen zorgaanbieders is binnen de Mededingingswet vaak wel mogelijk.
- ▶ De meerwaarde van de zorgspecifieke fusietoets is twijfelachtig.
- ▶ Kritische beoordeling van samenwerkingsverbanden in de zorg blijft echter nodig.

In grote delen van de Nederlandse gezondheidszorg is er sinds de stelselherziening van 2006 sprake van marktwerking. Op de zorgverzekeringsmarkt mag iedere Nederlander die dat wil jaarlijks van zorgverzekeraar wisselen. En op de zorgverlenings- en zorginkoopmarkt is, anders dan in het verleden, geen sprake van een strikte regulering van vraag en aanbod, maar dienen de zorgaanbieders in onderlinge concurrentie te wedijveren om de gunst van patiënten en zorgverzekeraars. Inkomsten zijn hierdoor niet langer in de vorm van vaste budgetten gegarandeerd, maar prestatieafhankelijk geworden. Deze

marktwerking vormt natuurlijk geen doel op zich, maar is een middel om te komen tot een betere zorg tegen de juiste prijs. Net zoals in andere sectoren is ook in de zorgsector effectief mededingingsbeleid een belangrijke randvoorwaarde om marktwerking tot een succes te kunnen maken (Barros et al., 2017). In dit preadvies zullen we op hoofdlijnen de belangrijkste ervaringen met mededingingsbeleid in de Nederlandse zorgsector bespreken, om van daaruit te komen tot beleidsaanbevelingen voor het toezicht op de fusies en samenwerkingsverbanden. Maar eerst staan we vanuit economisch perspectief kort stil bij de bijzondere kenmerken van de gezondheidszorg.

HOE BIJZONDER IS DE GEZONDHEIDSZORG?

In vergelijking met andere ‘normale’ sectoren heeft de gezondheidszorg een aantal specifieke kenmerken die maken dat ‘de onzichtbare hand van de markt’ zeker niet tot optimale uitkomsten in de zorgsector leidt (Varkevisser, 2019). Kort samengevat geldt het volgende:

1. In de gezondheidszorg is er bij uitstek sprake van heterogeen producten en diensten.

MARCO VARKEVISSER
 Hoogleraar Markt-
 ordening in de
 gezondheidszorg bij
 Erasmus School of
 Health Policy & Ma-
 nagement (ESHPM),
 Erasmus Universiteit
 Rotterdam (EUR)

WOUTER VAN DER SCHORS
 Promovendus bij
 ESHPM, EUR

2. Zowel zorgaanbieders als zorgverzekeraars zijn geen machteloze prijsnemers die zich in hevige onderlinge concurrentie zouden moeten schikken naar de prijs die ‘de markt’ voor hen bepaalt.
3. Toe- en uittreding is veelal aan strenge voorwaarden gebonden.
4. Informatie is slechts beperkt beschikbaar en bovendien vaak ongelijk verdeeld.

De Amerikaanse gezondheidseconomen David Dranove en Mark Satterthwaite constateren dan ook niet voor niets dat “geen enkele markt van substantiële importantie de voorwaarden voor perfecte marktwerking zo drastisch schendt” (Dranove en Satterthwaite, 2000). Kortom, in de zorgsector ligt marktfalen voortdurend op de loer. Dit geldt uiteraard ook voor veel andere sectoren, maar door de publieke belangen die in de gezondheidszorg centraal staan (kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid) en de grote gevolgen die marktfalen hier zou kunnen hebben – het gaat in sommige gevallen letterlijk om een zaak van leven of dood – is marktwerking in de gezondheidszorg nooit onomstreden.

Het is dan ook goed om te benadrukken dat, vanwege bovengenoemde publieke zorgbelangen, er in de gezondheidszorg volop reden is – én blijft – voor overheidsingrijpen. Helaas geldt echter dat, zoals het verleden heeft uitgewezen, strakke regulering van de gezondheidszorg evenmin zonder problemen is (Varkevisser, 2019). Zo kampt de overheid deels met precies dezelfde informatieproblemen die ook de marktwerking parten spelen. Daarnaast kent de politieke besluitvorming serieuze tekortkomingen, zoals beïnvloeding door belangengroepen, complexiteit van (de)centrale aansturing, en een door incidenten gestuurde focus op snelle kortetermijnoplossingen. Vanwege de onwenselijkheid van vrije marktwerking is in de Nederlandse gezondheidszorg daarom sprake van gereguleerde marktwerking. Dat wil zeggen, de onderlinge concurrentie vindt plaats op een speelveld, dat door de overheid met sectorspecifieke wet- en regelgeving strak is afgebakend. Ook deze bijzondere institutionele setting van de gezondheidszorg vereist een effectief mededingingsbeleid. Net als in ‘gewone’ sectoren zijn te sterke machts-

posities hier evengoed problematisch (Gaynor et al., 2015). Misbruik van een te sterke machtspositie bij zorginkopers kan leiden tot een verschraling van zowel de kwaliteit als het aanbod van zorg. Ook kan dit zich uiten in een gebrek aan bereidheid om innovatief zorgaanbod te contracteren. Misbruik van een te sterke machtspositie bij de zorgaanbieders kan leiden tot onnodig hoge prijzen, onvoldoende aandacht voor kwaliteit, gebrekkige service en patiëntbejegening, alsmede onnodige belemmeringen voor innovatieve toetreders.

Wat betreft het mededingingsbeleid in de zorg is het daarom allereerst belangrijk om effectief toezicht te houden op een mogelijk misbruik van bestaande machtsposities. In dit kader dient er bijzondere aandacht te zijn voor zowel de soms extreem hoge prijzen bij gepatenteerde (kanker)geneesmiddelen, als voor de mogelijke toetredingsbelemmeringen na afloop van een patent (ACM, 2020c). Zoals voorgesteld door Uyl-de Groot en Löwenberg (2018) is het vanuit maatschappelijk oogpunt belangrijk om voor nieuwe geneesmiddelen te komen tot een prijsmodel dat enerzijds recht doet aan de betaalbaarheid en toegankelijkheid, maar anderzijds ook de innovatie stimuleert. Gezien het wereldwijde speelveld waarop de farmaceutische bedrijven actief zijn, dient ook het internationale mededingingsbeleid bij te dragen aan de totstandkoming van een betere balans tussen concurrentie en innovatie; zie bijvoorbeeld Fonteijn et al. (2018). In het vervolg van dit preadvies richten we onze aandacht echter op het nationale mededingingsbeleid. En meer in het bijzonder op de vraag hoe in de Nederlandse gezondheidszorg voorkomen kan worden dat er door fusies of samenwerking nieuwe machtsposities ontstaan of bestaande machtsposities worden versterkt. Voorkomen is immers beter dan genezen.

FUSIETOEZICHT

Van alle fusies in de gezondheidszorg hebben die tussen ziekenhuizen tot op heden de meeste aandacht getrokken.

Is het kalf al verdronken?

Tijdens een aantal opeenvolgende fusiegolven hebben er, sinds de jaren zeventig, in Nederland meer dan 130 ziekenhuisfusies plaatsgevonden (Roos et al., 2018). Na de invoering van

de Mededingingswet (Mw) in 1998 duurde het als gevolg van de strikte overheidsregulering overigens tot 2004 voordat de eerste ziekenhuisfusie inhoudelijk door de mededingingsautoriteit werd beoordeeld. De circa dertig ziekenhuisfusies die de afgelopen vijftien jaar hebben plaatsgevonden, zijn op één na allemaal goedgekeurd. Bij een flink aantal fusies gebeurde dat op twijfelachtige gronden en is er te gemakkelijk geconcludeerd dat, na de fusie, verder weg gevestigde ziekenhuizen voor voldoende concurrentiedruk zouden zorgen (Loozen et al., 2014; Schut et al., 2014). Gelukkig lijkt deze lankmoedige houding te zijn veranderd sinds het verbod in 2015 van de voorgenomen fusie van het Albert Schweitzer ziekenhuis (Dordrecht) en de Rivas Zorggroep (Gorinchem). Inmiddels heeft de mededingingsautoriteit in algemene zin terecht meer aandacht voor de concurrentierisico's van ziekenhuisfusies (ACM, 2017a). Zo moeten fuserende ziekenhuizen voortaan per patiëntengroep beschrijven welke keuzemogelijkheden er resteren voor zorgverzekeraars en verzekerden (ACM, 2018). Het is echter de vraag of deze aanscherping op tijd is gekomen. In veel regio's is de ziekenhuismarkt als gevolg van fusies namelijk dusdanig sterk geconcentreerd dat het kalf daar al verdrongen lijkt (Varkevisser en Schut, 2019). Gelukkig kunnen eventueel problematische machtsposities in theorie via het instrument van aanmerkelijke marktmacht (AMM) worden ingekapseld. Met dit zogeheten 'wettelijke AMM-instrument', dat onderdeel uitmaakt van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg), kunnen er aan zorgorganisaties met ongezond veel marktmacht specifieke verplichtingen worden opgelegd. In de praktijk is de slagkracht van dit instrument, vanwege een gebrek aan bruikbare jurisprudentie, helaas nog onduidelijk.

Toekomst: kabinetsplan aanscherping fusietoezicht

Hoewel recente signalen erop duiden dat fusies in de zorgsector aan populariteit verliezen (zie bijvoorbeeld NRC, 2020), is er nog steeds alle reden om nieuwe fusies van ziekenhuizen – alsmede andere zorgfusies zoals in de geestelijke gezondheidszorg of ouderenzorg – streng te beoordelen. Zeker ook omdat zowel nationaal als internationaal onderzoek laat zien dat veel ziekenhuisfusies geen aantoonbare kwaliteitsvoorde-

len met zich meebrengen, maar wel tot hogere prijzen leiden (Significant, 2016; ACM, 2017b; Cooper et al., 2019; Beaulieu et al., 2020). Zoals het hierboven genoemde verbod op de fusie tussen het Albert Schweitzer ziekenhuis en de Rivas Zorggroep heeft laten zien, biedt het bestaande wettelijke instrumentarium van de Mw – mits voldoende strikt toegepast – de ACM in beginsel gelukkig voldoende houvast om scherp toezicht te houden op zorgfusies. Desalniettemin is het op zich lovenswaardig dat er een verdere aanscherping van het fusietoezicht wordt nagestreefd. De concurrentie in de gezondheidszorg is door schaalvergroting in het verleden immers kwetsbaar. Om 'extra waarborgen' te creëren, heeft het huidige kabinet-Rutte III twee opties uitgewerkt (Tweede Kamer, 2020):

1. Fusies waarbij een van de zorgaanbieders over aanmerkelijke marktmacht (AMM) beschikt, zijn in bepaalde zorgsectoren verboden, tenzij hier aanzienlijke voordelen tegenover staan.
2. Een fusieaanvraag wordt niet in behandeling genomen indien de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) een maatregel heeft opgelegd bij een fusiepartij, tenzij de fusie nodig is om een faillissement af te wenden.

Van de bovengenoemde opties is de eerste het meest verstrekkend. Deze zou namelijk betekenen dat, anders dan nu het geval is, een zorgfusie door de ACM verboden wordt wanneer een van de betrokken partijen reeds over een machtspositie beschikt. Het is voor een verbod dan dus niet langer nodig dat een fusie tot méér marktmacht leidt. Deze voorgestelde aanscherping kan vooral nuttig zijn als er sprake is van zogeheten '*cross-market dependencies*'. In de Verenigde Staten, waar men al enkele decennia ervaring heeft met de uitdagingen die het toezicht op ziekenhuisfusies met zich meebrengt (Capps et al., 2019), is namelijk gebleken dat fusies tussen ziekenhuizen uit verschillende regio's eveneens aanzienlijke prijsstijgingen tot gevolg kunnen hebben (Lewis en Pflum, 2017). Met andere woorden: ook als ziekenhuizen geen directe concurrenten van elkaar zijn, kan een fusie hun onderhandelingspositie ten opzichte van de zorgverzekeraars

wel degelijk versterken. Bijvoorbeeld omdat het gefuseerde ziekenhuis meer marktmacht heeft wanneer het als één organisatie actief is in meerdere regio's die tot het (kern)werkgebied van dezelfde zorgverzekeraar(s) behoren. Ook kan door de krachtenbundeling aan de kant van het gefuseerde ziekenhuis een beter, en dus sterker, onderhandelingssteam ontstaan. Tevens is het mogelijk dat er, na de fusie, geprofiteerd kan worden van extra informatie over contractonderhandelingen met zorgverzekeraars in andere regio's. De regio met de voor het fusieziekenhuis gunstigste uitkomst kan dan elders als referentiepunt gaan dienen.

Een grondige evaluatie van nut en noodzaak van de zorgspecifieke fusietoets is wenselijk

Een ander onderdeel van de door het kabinet voorgestelde aanscherping van het fusietoetsinstrument is de overheveling van zowel het hierboven genoemde AMM-instrument als de zorgspecifieke fusietoets van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) naar de ACM (Tweede Kamer, 2016). De voorgenoemen overheveling van het AMM-instrument zal, zo is althans de bedoeling, onder andere gepaard gaan met het schrappen van de huidige bepaling dat het vaststellen van aanmerkelijke marktmacht dient te gebeuren op basis van een “volgens de beginselen van het algemeen mededingingsrecht afgebakende markt”. Bij een gebrek aan praktijkervaring en relevante jurisprudentie is het op voorhand onduidelijk in hoeverre dit de effectiviteit van het AMM-instrument daadwerkelijk zal verhogen (Varkevisser en Schut, 2019). Wat betreft de voorgenoemen overheveling van de zorgspecifieke fusietoets is het goed om te beseffen dat deze louter procedurele toets, die voorafgaat aan de mededingingstoets door de ACM, tot op heden de schaalvergroting in de zorg niet merkbaar heeft kunnen afremmen. De honderden voorgenoemen fusies die de NZa heeft beoordeeld sinds de inwerkingtreding van de

zorgspecifieke fusietoets in 2014 zijn zonder uitzondering goedgekeurd (Varkevisser en Schut, 2019). En hoewel de fusietoets mogelijk heeft bijgedragen aan inhoudelijk beter doordachte fusies, is het de vraag of dit potentiële voordeel in voldoende mate opweegt tegen de enorme extra administratieve belasting die de toets met zich meebrengt voor zowel zorgaanbieders als toezichthouder. Een grondige evaluatie van nut en noodzaak van de zorgspecifieke fusietoets is daarom op zijn plaats.

SAMENWERKING EN HET KARTELVERBOD

Samenwerking tussen zorgorganisaties speelt een prominente rol in het hedendaagse zorgaanbod.

Is de Mededingingswet te beperkend?

Het afgelopen halfjaar is samenwerking verder in belang toegenomen door de uitdagingen die de huidige coronapandemie met zich meebrengt. Zowel nationaal als internationaal hebben mededingingsautoriteiten ruimte geboden voor verregaande samenwerking tussen zowel zorgaanbieders als zorgverzekeraars. Zo gaf de ACM aan dat zorgverzekeraars onderling afspraken mogen maken over een continuïteitsbijdrage en vooruitbetaling aan zorgaanbieders waarbij de patiëntenzorg is weggevalen (ACM, 2020a). Ook zegde de ACM toe geen concurrentierisico's te zien bij het Landelijke Coördinatiecentrum Geneesmiddelen dat de verdeling van essentiële geneesmiddelen ging coördineren (ACM, 2020b). Daarnaast is meer recent zelfs besloten dat de zorgverzekeraars, in aanvulling op de al bestaande 'catastroferegeling' in de Zvw (Varkevisser en Schut, 2020), de extra kosten van de corona-aanpak dit jaar onderling mogen verdelen (ACM, 2020d). En als voorbeeld uit het buitenland: de Amerikaanse FTC (Federal Trade Commission) heeft aangegeven coulant om te zullen springen bij samenwerking tussen concurrenten in de gezondheidszorg, mits deze samenwerking een beperkte looptijd kent en als doel heeft om de door het coronavirus veroorzaakte gezondheidscrisis te bestrijden (Carroll en Gilman, 2020).

Los van de uitzonderlijke omstandigheden als gevolg van de uitbraak van het coronavirus, wordt het mededin-

gingstoezicht van de ACM door Nederlandse zorgaanbieders regelmatig als belemmerend ervaren bij de totstandkoming van succesvolle samenwerking. Zo pleitte in 2015 de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) ervoor om de gehele zorgsector buiten de reikwijdte van de in hun ogen te knellende Mw te plaatsen. Meer recent stelde de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ) voor om het kartelverbod in de zorg voor drie jaar op te schorten, om meer samenwerking mogelijk te maken. Dergelijke verregaande aanpassingen van de Mw vertegenwoordigen een breder gedragen geluid: uit onderzoek onder zorgbestuurders blijkt dat 69 procent hiervan belemmeringen ervaart bij het aangaan van samenwerkingsverbanden (Van der Schors et al., 2020c). Als de belangrijkste onderliggende redenen worden wet- en regelgeving (71 procent) en het markttoezicht door de ACM (53 procent) genoemd. De meest recente besluiten en verduidelijkingen van de ACM laten echter een ander beeld zien. Wanneer men de periode van 2014 tot 2019 beziet dan blijkt dat er bij het toezicht op het kartelverbod in de gezondheidszorg geen boetes zijn opgelegd. Bovendien lijkt het erop dat, wanneer de concurrentie niet onnodig wordt uitgeschakeld, de ACM in toenemende mate oog heeft voor het belang van samenwerking (Van der Schors et al., 2020a). Aangezien de zorgsector nog steeds worstelt met de belangrijkste *do's and don'ts* van samenwerking in een concurrerende markt, dient deze extra duiding via richtlijnen en beleidsregels een belangrijk doel.

De officiële besluiten en verduidelijkingen van de ACM zijn natuurlijk slechts één kant van de medaille. Het voorkomen van anti-competitief gedrag ligt voor een belangrijk deel geborgd in de zelfregulering door zorgaanbieders. Immers, voor een eventuele uitzondering op het kartelverbod moeten zorgaanbieders zelf kunnen aantonen dat de voordelen de nadelen van de samenwerking overtreffen. Bij het aangaan van een samenwerking is een zorgvuldige *self-assessment* dan ook verstandig, waarbij stakeholders inspraak hebben en de voor- en nadelen uitvoerig worden gedocumenteerd. Een door ons uitgevoerde verkenning laat zien dat in de praktijk 89 procent van de zorgbestuurders een vorm van self-assessment uitvoert (Van der Schors et al., 2020c). Met

name bij samenwerkende ziekenhuizen (64 procent) zeggen zorgbestuurders oog te hebben voor de potentiële effecten op de concurrentie. In andere deelsectoren van de gezondheidszorg, zoals de verpleeghuiszorg of ggz, lijken deze effecten minder vaak te worden geïncludeerd. De aandacht van zorgbestuurders voor een zorgvuldige afweging van potentiële effecten is positief te noemen. Casuïstiek en duidelijke *guidance* vanuit de mededingingsautoriteit kan voorkomen dat het afschrikkende effect van het kartelverbod op anti-competitief gedrag niet ten koste gaat van de totstandkoming van samenwerkingsverbanden die positieve maatschappelijke effecten hebben (Baarsma et al., 2012).

Toekomst: het JZOJP-initiatief en netwerksamenwerking

In het licht van het bovenstaande verdienen twee specifieke samenwerkingsvormen vanuit mededingingsperspectief in het bijzonder de aandacht, te weten het beleidsinitiatief 'Juiste Zorg op de Juiste Plek' (JZOJP) en de toegenomen netwerksamenwerking.

Het initiatief JZOJP (2018) heeft als doel om samenwerking in de regio te versterken en zo zorggebruik te voorkomen, te verplaatsen of te vervangen door bijvoorbeeld *eHealth*-toepassingen. De ACM heeft eind 2019 duidelijk gemaakt ruimte te bieden voor samenwerking in het kader van JZOJP wanneer er aan vijf cumulatieve vereisten wordt voldaan (ACM, 2019):

1. De afspraken zijn gebaseerd op een feitelijke en openbare analyse van de zorgbehoefte in de regio (het zogeheten 'regiobeeld').
2. Zorgaanbieders, zorginkopers en (patiënt-)vertegenwoordigers zijn er volwaardig bij betrokken.
3. De doelstellingen zijn concreet, meetbaar en toetsbaar, en beschreven in termen van kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van zorg.
4. De partijen onderbouwen waarom de afspraken, voor zover die de concurrentie beperken, nodig zijn om de doelstellingen te behalen.
5. De doelstellingen, afspraken en onderbouwing van de noodzakelijkheid worden openbaar gemaakt.

Een belangrijk verschil met de reguliere samenwerkingsbeoordeling is dat bij een eventuele overtreding van het kartelverbod – of het anderszins niet voldoen aan bovengenoemde vereisten – nu geen boete wordt opgelegd, maar dat de betreffende partijen wordt verzocht om de samenwerking aan te passen. Het in een ‘regiobeeld’ in kaart brengen van regionale zorgbehoeften en capaciteitsvraagstukken is het startpunt voor samenwerking binnen JZOJP. Een recente verkenning laat zien dat inmiddels bijna 250 op een regiobeeld gebaseerde initiatieven zijn ontplooid, en dat er voor de meeste zorgkantoorregio’s inzicht is ontstaan in de belangrijkste zorgbehoeften (Blokzijl et al., 2020). Een tussentijdse

De ACM bood ook vóór corona al veel ruimte voor samenwerking in de zorg

en ex post evaluatie moet uitwijzen in hoeverre deze JZOJP-samenwerkingsverbanden daadwerkelijk opleveren wat ermee wordt beoogd. Afhankelijk hiervan kan een aanscherping van het hierboven geschetste mededingingsbeleid van de ACM wenselijk zijn.

Een andere ontwikkeling is de toegenomen netwerk-samenwerking in de ziekenhuiszorg, vaak opgezet rondom specifieke ziektebeelden. Terwijl bij JZOJP een breed scala aan zorgaanbieders betrokken is vanuit verschillende sectoren, zorgverzekeraars en gemeenten, vinden klinische netwerken vaker horizontaal plaats tussen een aantal ziekenhuizen. Sommige van deze klinische netwerken berusten op marktverdelingsafspraken, zoals de samenwerking tussen drie ziekenhuizen in Utrecht, Nieuwegein en Amersfoort – die vooraf aan de ACM is voorgelegd. In die casus heeft de mededingingsautoriteit in 2016 informeel ingestemd met het voorstel van deze ziekenhuizen, te meer omdat de voordelen voor de patiënt volgens de ACM voldoende waren onderbouwd, en niet werden tenietgedaan door de mogelijk

nadelige effecten, zoals minder keuzemogelijkheden (en dus minder concurrentie). Het blijkt echter dat de gerealiseerde marktverdelingsafpraak niet exact overeenkomt met hetgeen initieel was voorgesteld. De voorgestelde concentratie van volumes – en daarmee wellicht ook de beoogde kwaliteitswinst – werd derhalve niet volledig gerealiseerd (Van der Schors et al., 2020a). Recent is door het onderzoeksbureau SiRM overigens een verdere verhoging van volumenormen voorgesteld, om zo concentratie van complexe zorg en daarmee een kwaliteitsverbetering te stimuleren (De Haas et al., 2020). Dit voorstel legt echter een belangrijke afweging op tafel, aangezien een verdere concentratie de concurrentie tussen ziekenhuizen zou kunnen doen afnemen. En dit zou vervolgens tot prijsverhogingen kunnen leiden (Ho et al., 2012). Hoewel het vanuit het oogpunt van kwaliteit en doelmatigheid voor de hand ligt om bij hoogcomplexiteit meer marktconcentratie toe te staan dan bij laagcomplexiteit (Heida et al., 2018), is het dus niet evident dat de voordelen bij samenwerking de nadelen zullen overtreffen. Hier ligt een belangrijke taak voor zowel de NZa als de ACM.

CONCLUSIE EN BELEIDSAANBEVELINGEN

Marktwerking in de zorg is niet zonder risico’s. Dat geldt ook voor overheidsingrijpen. Niet voor niets is er daarom in Nederland gekozen voor een gereguleerde marktwerking. Dat wil uiteraard niet zeggen dat samenwerking onwenselijk is. Integendeel, voor een goede gezondheidszorg is samenwerking onontbeerlijk. Ons zorgstelsel met gereguleerde marktwerking sluit samenwerking dan ook zeker niet uit. Sterker nog, de coronacrisis heeft laten zien dat het binnen het huidige zorgstelsel goed mogelijk is om, indien wenselijk, de marktwerking tijdelijk geheel of gedeeltelijk buiten werking te stellen. Dit is ook onder ‘normale’ omstandigheden het geval (Varkevisser en Schut, 2020). Kortom, ondanks dat er regelmatig andere geluiden te horen zijn, lijkt verregaande inperking, of zelfs volledige afschaffing van de marktwerking ten faveure van meer regionale coördinatie en samenwerking, niet nodig om de huidige uitdagingen in de zorg het hoofd te bieden. En daarmee staan ook nut en noodzaak van het mededingingsbeleid in de zorgsector buiten kijf. Wel is het

natuurlijk belangrijk om goed in de gaten te houden of de toepassing van het kartelverbod inderdaad voldoende ruimte biedt aan gewenste samenwerkingsvormen.

In dit preadvies staat zowel het mededingingstoezicht op fusies als de samenwerking in de zorg centraal. Onze belangrijkste beleidsaanbevelingen kunnen als volgt worden samengevat.

Ten eerste, hoewel het bestaande wettelijke instrumentarium van de Mw in beginsel geschikt en toereikend is voor het fusietoezicht in de zorg, kan een verdere aanscherping ervan zeker geen kwaad. Het kabinetsvoornemen om sowieso fusies te verbieden waarbij een van de zorgaanbieders over een machtspositie beschikt (tenzij hier aanzienlijke voordelen tegenover staan) is vooral van belang wanneer er sprake is van zogeheten *cross-market dependencies*. Bovendien kan het een nuttige bijdrage leveren aan het besluitvormingsproces van zorgaanbieders. Wellicht dat zij hierdoor eerder kiezen voor minder concurrentie beperkende samenwerkingsvormen, gericht op het behalen van specifieke voordelen op het gebied van de kwaliteit en/of kosten van zorg.

Ten tweede, het is verstandig om, voorafgaand aan de beoogde overheveling ervan naar de ACM, kritisch te kijken naar de toegevoegde waarde van de zorgspecifieke fusietoets. Deze louter procedurele toets, die voorafgaat aan de toetsing op grond van de Mw, heeft sinds de invoering ervan de schaalvergroting in de zorg niet merkbaar kunnen afremmen, maar gaat wel gepaard met aanzienlijke administratieve lasten.

Ten derde, op het gebied van samenwerking in de zorg is, anders dan veelal door zorgaanbieders wordt gedacht, bin nen de Mw al veel mogelijk. Een (tijdelijke) versoepeling of zelfs uitschakeling van het kartelverbod in de zorgsector is daarom niet nodig. Ook ten aanzien van JZJJP en de toegenomen samenwerking in klinische netwerken is en blijft een kritische beoordeling van de voor- en nadelen door de ACM wenselijk.

Het is belangrijk om via het mededingingsbeleid te voorkomen dat straks de juiste zorg op de juiste plek wordt geleverd, maar wel tegen de verkeerde prijs.

LITERATUUR

ACM (2017a) *Verscherpte aandacht voor concurrentierisico's ziekenhuisfusies*. Autoriteit Consument & Markt, Toelichting, 5 december.

ACM (2017b) *Prijs- en volume-effecten van ziekenhuisfusies: onderzoek naar effecten van ziekenhuisfusies 2007–2014*. Autoriteit Consument & Markt, Rapport, 5 december.

ACM (2018) *Fusiemeldingen in de medisch-specialistische zorg*. Autoriteit Consument & Markt, Werkwijze, 28 december.

ACM (2019) *ACM Beleidsregel over afspraken in het kader van de beweging 'De juiste zorg op de juiste plek'*. Autoriteit Consument & Markt, 17 december.

ACM (2020a) *Zorgverzekeraars mogen gezamenlijk zorgaanbieders financieel steunen tijdens coronacrisis*. Autoriteit Consument & Markt, Nieuwsbericht, 21 april.

ACM (2020b) *Ruimte voor samenwerking bij verdelen essentiële geneesmiddelen voor coronapatiënten*. Autoriteit Consument & Markt, Nieuwsbericht, 26 mei.

ACM (2020c) *ACM sluit onderzoek naar geneesmidde-*

lenfabrikant AbbVie, nu meer ruimte voor concurrentie. Autoriteit Consument & Markt, Nieuwsbericht, 24 september.

ACM (2020d) *Zorgverzekeraars mogen extra kosten corona-aanpak onderling verdelen*. Autoriteit Consument & Markt, Nieuwsbericht, 27 oktober 2020.

Baarsma, B., R. Kemp, R. van der Noll en J. Seldeslachts (2012) *Let's not stick together: anticipation of cartel and merger control in the Netherlands*. *De Economist*, 160(4), 357–376.

- Barros, P.P., W.B.F. Brouwer, S. Thomson en M. Varkevisser (2017) Competition among health care providers: helpful or harmful? *The European Journal of Health Economics*, 17(3), 229–233.
- Beaulieu, N.D., L.S. Dafny, B.E. Landon et al. (2020) Changes in quality of care after hospital mergers and acquisitions. *The New England Journal of Medicine*, 382(1), 51–59.
- Blokzijl, L., H. Schouten en C. van Zijp (2020) *Stand van het land: regiobeelden*. Berenschot, Eindrapport, 31 juli. Te vinden op www.rijksoverheid.nl.
- Capps, C., L. Kmitch, Z. Zabinski en S. Zayats (2019) The continuing saga of hospital merger enforcement. *Antitrust Law Journal*, 82(2), 441–496.
- Caroll, J.D. en A.J. Gilman (2020) Antitrust & COVID-19 in the U.S.: four key issues for healthcare providers. *Competition Policy International*, 2(1), 23–28.
- Cooper, Z., S.V. Craig, M. Gaynor en J. Van Reenen (2019) The price ain't right? Hospital prices and health spending on the privately insured. *The Quarterly Journal of Economics*, 134(1), 51–107.
- Dranove, D. en M.A. Satterthwaite (2000) The industrial organization of health care markets. In: A.J. Culyer en J.P. Newhouse (red.), *Handbook of health economics*, volume 1B. Amsterdam: Elsevier, p. 1093–1139.
- Fontein, C., I. Akker en W. Sauter (2018) *Reconciling competition and IP law: the case of patented pharmaceuticals and dominance abuse*. ACM Working Paper, 8 maart.
- Gaynor, M., K. Ho en R.J. Town (2015) The industrial organization of health-care markets. *Journal of Economic Literature*, 53(2), 235–284.
- Haas, J. de, J.P. Heida en T. Stoop (2020) *Concentratie van complexe ingrepen kan meer dan 200 sterftegevallen vermijden*. SIRM.
- Heida, J.P., S. Baeten en C. van Gent (2018) Mededingingsprobleem geldt niet voor elk type ziekenhuiszorg. *ESB*, 103(4766), 451–452.
- Ho, V., M. Short en M.-H. Ku-Goto (2012) Can centralization of cancer surgery improve social welfare? *Forum for Health Economics & Policy*, 15(2), 1–25.
- JZOJP (2018) *De juiste zorg op de juiste plek: wie durft?* Rapport Taskforce, te vinden op www.dejuistezorg-opdejuisteplek.nl.
- Lewis, M.S. en K.E. Pflum (2017) Hospital systems and bargaining power: evidence from out-of-market acquisitions. *RAND Journal of Economics*, 48(3), 579–610.
- Loozen, E., M. Varkevisser en F.T. Schut (2014) Beoordeling ziekenhuisfusies door ACM: staat de consument wel echt centraal? *Markt & Mededinging*, 2014(1), 5–14.
- NRC (2020) De ziekenhuisfusie na decennia uit de mode. *NRC Handelsblad*, 3 augustus.
- Roos, A.F., F.T. Schut en M. Varkevisser (2018) Een halve eeuw ziekenhuisfusies in Nederland. *ESB*, 103(4766), 440–443.
- Schors, W. van der, R. Kemp en M. Varkevisser (2020a) Collaboration and competition in a market-based hospital system: a case study from the Netherlands. *Journal of Competition Law & Economics*, 16(2), 262–288.
- Schors, W. van der, R. Kemp en M. Varkevisser (2020b) Toepassing kartelverbod in de zorg laat veel ruimte voor samenwerking. *ESB*, 105(4783), 127–129.
- Schors, W. van der, A.F. Roos, R. Kemp en M. Varkevisser (2020c) *Inter-organizational collaboration between healthcare providers*. Health Services Management Research, te verschijnen.
- Schut, F.T., E.M.H. Loozen en M. Varkevisser (2014) Consumentenwelvaart en ziekenhuisfusies. *ESB*, 99(4683S), 56–62.
- Significant (2016) *Ziekenhuisfusies en kwaliteit van zorg: onderzoek naar de effecten van ziekenhuisfusies op de kwaliteit van zorg*, 23 juni. Rapport te vinden op www.acm.nl.
- Tweede Kamer (2016) *Wijziging van de Wet marktordening gezondheidszorg en enkele andere wetten in verband met aanpassingen van de tarief- en prestatieregulering en het markttoezicht op het terrein van de gezondheidszorg: memorie van toelichting*. Kamerstuk 34445(3).
- Tweede Kamer (2020) *Wijziging van de Wet marktordening gezondheidszorg en enkele andere wetten in verband met aanpassingen van de tarief- en prestatieregulering en het markttoezicht op het terrein van de gezondheidszorg: brief van de minister van VWS*. Kamerstuk 34445(18).
- Uyl-de Groot, C.A. en B. Löwenberg (2018) Sustainability and affordability of cancer drugs: a novel pricing model. *Nature Reviews Clinical Oncology*, 15, 405–406.
- Varkevisser, M. (2019) Hand in hand: op zoek naar de juiste balans tussen marktwerking en overheidsingrijpen in de gezondheidszorg. *TPEdigitaal*, 13(3), 56–69.
- Varkevisser, M. en F.T. Schut (2019) Fusietoetsing in de zorg: een terug- en vooruitblik. *Tijdschrift voor Toezicht*, 2019(1), 5–12.
- Varkevisser, M. en F.T. Schut (2020) Kosten corona geven geen aanleiding om zorgstelsel fundamenteel te hervormen. *ESB*, 105(4785), 204–207.

