



Aan Nederlandse Zorgautoriteit
t.a.v. Secretariaat stafafdeling Ontwikkeling
Postbus 3017
3502 GA Utrecht

en

Nederlandse Mededingingsautoriteit
t.a.v. Directie Mededinging, cluster Zorg
Postbus 16326
2500 BH Den Haag

Oudlaan 4
3515 GA Utrecht
Postbus 9696
3506 GR Utrecht
Telefoon (030) 273 97 26
www.brancheorganisatieszorg.nl
CenE Bankiers 69 91 64 559

Datum : 15 februari 2010
Ons kenmerk : 100215/BH/JSp/MV
Uw kenmerk : MLUT/MZEE/2009/088
Betreft : **Consultatiedocument zorggroepen**

Geachte heer, mevrouw,

In uw brief d.d. 18 december 2009 onder meer gericht aan alle voorzitters van de brancheorganisaties in de zorg, nodigt u hen uit om een reactie te geven op het Consultatiedocument zorggroepen. Namens Actiz, GGZ-Nederland, NFU, NVZ en VGN, verenigd in de Brancheorganisaties Zorg (BoZ), berichten wij u als volgt.

Wij kunnen ons in het algemeen niet vinden in de inhoud van het consultatiedocument aangezien naar onze stellige overtuiging niet alleen de samenwerking van zorgorganisaties binnen zorggroepen hierdoor wordt bemoeilijkt, maar ook dat zorgorganisaties zullen afzien van samenwerking. Overigens is de definitie van 'zorggroepen' in het document niet helder.

U stelt dat het consultatiedocument de bouwstenen bevat voor de beoordeling van het mededingingsrechtelijk kader. Naar het oordeel van de BoZ is dit echter niet het geval. Het document doet naar onze opvatting niet meer dan het beschrijven van het huidige mededingingsrecht en de betekenis van de relevante bepalingen uit de Wmg.

Van de Brancheorganisaties Zorg (BoZ) maken deel uit:





Positief is volgens de BoZ dat u er oog voor hebt dat de markt waarin de zorggroepen zich begeven, een markt in transitie is waarbij partijen hun rol nog moeten vinden. Wat de consequenties daarvan zijn voor de uitvoeringspraktijk blijft volgens de BoZ echter onzeker. Het is naar ons oordeel te gemakkelijk dat wordt vastgesteld dat aanbieders/zorggroepen een eigen verantwoordelijkheid hebben om te voldoen aan de Mw en de Wmg en om zelf te toetsen of de manier waarop zij samenwerken past binnen het kader van de Mw/ Wmg. In dit verband vraagt de BoZ zich af waar dit document dan nog voor bedoeld is en welke (rechts)zekerheid hiermee aan partijen wordt geboden.

Een vraag aan de NMa is daarnaast hoe aan zorgaanbieders meer helderheid kan worden geboden over de uitzonderingsgronden ex artikel 6 lid 3 Mededingingswet, gegeven ook de wens van onder andere het Ministerie van VWS om ketenzorg, gebiedsgebonden samenwerking e.d. te realiseren, om te voorkomen dat zorgaanbieders terughoudend worden. Samenwerkingsafspraken tussen zorgaanbieders worden immers achteraf door de NMa onverkort getoetst aan het mededingingsrechtelijk kader.

Voor een antwoord en nadere toelichting op de door u gestelde consultatievragen verwijzen wij u graag naar de bijlage bij deze brief.

Met vriendelijke groet,

J.F. de Beer
voorzitter directeurenoverleg BoZ

Bijlage: reactie BoZ Consultatiedocument zorggroepen NMa en NZa

Van de Brancheorganisaties Zorg (BoZ) maken deel uit:



Reactie Brancheorganisaties Zorg (BoZ) Consultatiedocument zorggroepen NMa en NZa

In de kamerbrief "Ruimte en rekenschap voor zorg en ondersteuning" die de bewindslieden van VWS deze zomer naar de Kamer stuurden, merken zij op dat er onduidelijkheid bestaat over wat wel en niet is toegestaan op het gebied van samenwerking in de zorg en roepen zij toezichthouders op hun kaders zo veel mogelijk te expliciteren om waar mogelijk de onduidelijkheden uit de weg te ruimen. Het gebrek aan transparantie is vooral van belang omdat dit het vormen van samenwerkingsverbanden die in het belang van de cliënt zijn, tegen kan gaan: "Voorkomen moet worden dat het ontstaan van innovatieve samenwerkingsvormen wordt verhinderd vanwege onzekerheid of de samenwerkingsvorm wel wettelijk is toegestaan".

De BoZ constateert met teleurstelling dat de toezichthouders NMa en NZa er in het consultatiedocument Zorggroepen geenszins in slagen het zorgveld de vereiste duidelijkheid te bieden. Verwacht mag worden dat deze onzekerheid zorgaanbieders ervan weerhoudt samenwerkingsvormen aan te gaan die in het belang van de cliënt zijn. Daarmee staan de Richtsnoeren niet alleen in de weg van het beleid van het ministerie van VWS dat dergelijke samenwerking juist wil stimuleren, maar ook van het uiteindelijke belang – het welzijn van de cliënt – dat de mededingingswetgeving in de zorgsector beoogt te borgen.

De BoZ licht deze constatering hieronder toe.

1. Algemeen

De definitie van zorggroepen is helder noch eenduidig. Zorggroepen worden gedefinieerd als "organisaties van overwegend eerstelijnszorgaanbieders die met zorgverzekeraars contracten sluiten om de hierboven genoemde zorg in een bepaalde regio te coördineren en uit te voeren en hiermee de kwaliteit van zorg te verbeteren".

- Wie zijn precies "Organisaties van overwegend eerstelijnszorgaanbieders"?
- Wat is de "bepaalde regio" en hoe wordt de relevante markt nu precies afgebakend?
- Wat wordt exact verstaan onder "coördineren" en "uit te voeren" en hoe wordt het causale verband gemeten tussen de activiteiten van de zorggroepen en de verbetering van de kwaliteit?

De meest voorkomende vorm van een zorggroep zou die zijn waarbij de afzonderlijke zorgaanbieders zelfstandig blijven.

- Hoe is dit nu bepaald en uit welk onderzoek blijkt dit?

Het document stelt dat het voorkomt dat er in "regio's" maar één zorggroep actief is, binnen welke alle huisartsen in die regio zorg leveren.

- Naar de opvatting van de BoZ zijn hierbij echter meerdere varianten denkbaar waarbij bijvoorbeeld ook ziekenhuizen, GGZ-instellingen, verpleeghuizen en andere AWBZ-instellingen en thuiszorgorganisaties betrokken zijn. In het kader van de ketenzorg zijn dergelijke regionale samenwerkingsverbanden essentieel. Wanneer daar gezien de regio-omvang alle huisartsen bij betrokken zijn, wordt dan de mogelijk dominante marktpositie van de huisarts ook toegerekend aan de andere deelnemers in de keten die samenwerken in de zorggroep?

Het document stelt dat de wijze waarop zorggroepen op dit moment in de praktijk worden georganiseerd mededingingsproblemen met zich mee kan brengen en daadwerkelijke concurrentie kan belemmeren.

- Onduidelijk blijft in het document wanneer dat nu precies het geval is. Ook tijdens de consultatiebijeenkomst van 8 februari werd hier geen duidelijk antwoord op gegeven.

Gesteld wordt dat het consultatiedocument de bouwstenen bevat voor de beoordeling van het mededingingsrechtelijk kader.

Naar het oordeel van de BoZ is dit echter geenszins het geval. Het document doet niet meer dan het beschrijven van het huidige mededingingsrecht en de betekenis van de relevante bepalingen uit de Wmg.

- Positief is volgens de BoZ dat de beide toezichthouders er oog voor hebben dat de markt waarin de zorggroepen zich begeven een markt in transitie is, waarbij partijen hun rol nog moeten vinden. Wat de consequenties daarvan zijn voor de uitvoeringspraktijk blijft echter onzeker. Het is naar het oordeel van de BoZ te gemakkelijk dat wordt vastgesteld dat aanbieders/zorggroepen een eigen verantwoordelijkheid hebben om te voldoen aan de Mw en de Wmg en om zelf te toetsen of de manier waarop zij samenwerken, past binnen het kader van de Mw/Wmg. In dat verband vraagt de BoZ zich af waar dit document dan nog voor bedoeld is en welke (rechts)zekerheid hiermee aan partijen wordt geboden?

Antwoorden op specifieke vragen

Vraag 1

Herkent u zich in bovenstaande beschrijving van de organisatie van zorggroepen? Zo niet, dan verzoeken wij u om concreet aan te geven waar de beschrijving niet volledig of onjuist is.

- De BoZ herkent zich niet in de beschrijving van de zorggroepen, aangezien zich veel meer mogelijkheden in de praktijk voordoen dan hier zijn beschreven. Zo missen wij de positie van zorginstellingen binnen de zorggroep en zien wij geen varianten waarbij samenwerking tussen zorggroepen onderling zijn beschreven of zorggroepen die op hun beurt

weer onderdeel vormen van koepelzorggroepen (holdings) of zorggroepen die participeren in joint ventures.

- Verder zien wij hier geen verbinding die gelegd kan worden met de noodzakelijke ketenzorg waarbij de overheid de samenwerking van ketenpartners ook regionaal ondersteunt en stimuleert. In dat kader verwijst de BoZ o.a. naar het voorontwerp van de Wet cliëntenrechten zorg, in het bijzonder daar waar het recht op afstemming tussen zorgverleners betreft (zie ook de brief van de minister en staatssecretaris van VWS aan de voorzitter van de Tweede Kamer van 23 mei 2008, 31 476 nr 1 pagina 26 e.v.).

Vraag 2

Zijn dit volgens u de te onderscheiden samenwerkingsvormen in de praktijk? Zo nee, kunt u aangeven welke andere samenwerkingsvormen er in de praktijk zijn te onderscheiden?

- Zie voor de beantwoording van deze vraag ook de beantwoording van de vorige vraag.
- Bij de invulling van de figuren missen wij de aanduiding van de overige deelnemers in het blok "etc." en bij de vermelding van de "internist" blijft onduidelijk in hoeverre het hier gaat om een zelfstandig werkzame beroepsbeoefenaar, een specialist in loondienst (waarbij dan het ziekenhuis als deelnemer in de zorggroep moet worden vermeld) dan wel een vrijgevestigd internist al dan niet georganiseerd in maatschapsverband.

Vraag 3

Is voor u duidelijk waar de grenzen liggen bij het maken van prijs- en kwaliteitsafspraken tussen aanbieders? Zo niet, kunt u concreet aangeven welke onduidelijkheden er volgens u hierover bestaan? Mist u nog voorbeelden?

- Het is voor ons niet duidelijk waar de grenzen liggen bij het maken van prijs- en kwaliteitsafspraken tussen aanbieders. Bovendien zijn prijs- en kwaliteitsafspraken niet zo duidelijk te onderscheiden als in het document wordt verondersteld.
- De bestaande onduidelijkheden hebben vooral betrekking op de invulling van het begrip "kwaliteit" bij deze afspraken. En vooral de vraag wanneer een verweer ex artikel 6 lid 3 Mw kans van slagen heeft. Voordelen voor cliënten in ketenzorg zijn vaak te vatten in termen van tijdige en passende zorg, efficiënte doorstroom, veiliger zorg en kostenreductie. Wanneer wegen deze in voldoende mate op tegen de beperking van de mededinging? Wat is van groter belang: de keuzemogelijkheden van cliënten of de intrinsieke kwaliteit van een ketenzorgproduct?
- Wij missen nog voorbeelden die voor onze leden relevant zouden kunnen zijn.

Vraag 4

Is voor u duidelijk dat een zorggroep geen concurrentiegevoelige informatie mag delen met andere zorggroepen? Zo niet, kunt u concreet aangeven welke onduidelikheden er volgens u hierover bestaan?

- Ook dit is voor ons niet duidelijk, aangezien niet helder is wat precies onder "concurrentiegevoelige informatie" moet worden verstaan. Gaat het hierbij bijvoorbeeld ook over benchmarkinformatie-uitwisseling? Verder geldt dat in het geval dat zorggroepen in combinatie contracteren er ook altijd onderling overleg zal moeten plaatsvinden over de prijzen van de gezondheidszorg-diensten. Hoe moeten samenwerkingspartners een dergelijk proces inrichten zonder dat deze noodzakelijke informatie-uitwisseling verboden wordt?

Vraag 5

Zijn de hierboven genoemde vuistregels voldoende duidelijk en/of operationeel hanteerbaar om het marktaandeel van een zorggroep vast te stellen? Zo nee, welke invulling zou wel hanteerbaar zijn?

- De genoemde vuistregels zijn onvoldoende hanteerbaar om het marktaandeel van de zorggroep vast te stellen. Dat heeft onder meer te maken met het feit dat de definitie van de zorggroep al niet duidelijk is en dat de aanknopingspunten voor de vaststelling ontbreken.
- Als voorbeeld geven wij dat veel markten in de eerste lijn als (sub)lokale markten kunnen worden aangemerkt. Voor sommige vormen van zorg zal dit vrijwel automatisch leiden tot een hoog marktaandeel.
- Onduidelijk blijft bovendien wat bijvoorbeeld het aandeel van één (monopolistische) huisarts in een lokale gemeenschap kan betekenen voor de beoordeling van de samenwerking in een zorggroep met ziekenhuizen, GGZ-instellingen, verpleeghuizen en andere AWBZ-instellingen en thuiszorgorganisaties. Wordt de AMM-positie van de huisarts dan aan de hele zorggroep toegerekend? Hanteerbaar zou zijn dat er een heldere afbakening komt van welke samenwerkingsvormen nu wel en welke niet zijn toegestaan, mogelijk in de vorm van een groepsvrijstelling.

Vraag 6

Is het volgens u mogelijk dat er meerdere zorggroepen opereren in dezelfde regio, bijvoorbeeld op gemeenteniveau? Waarom wel, niet? Wij verzoeken u uw antwoord zo concreet mogelijk toe te lichten.

- Dat is inderdaad mogelijk, afhankelijk van de lokale situatie. De investering die zorgorganisaties doen in de zorggroep moet worden terugverdiend in het contracteren van voldoende zorgvolume. In dichtbevolkte gebieden zullen daarom vaker meerdere zorggroepen ontstaan dan in dunbevolkte. Tevens is het afhankelijk van het beleid van de zorgverzekeraar. De praktijk in de ketencontractering in de AWBZ laat zien dat verzekeraars om doelmatigheidsredenen het aantal te contracteren ketens veelal willen beperken.

Vraag 7

Is het mogelijk voor nieuwe partijen om tot een bepaalde regio toe te treden en een zorggroep op te richten? Welke succes- en faalfactoren spelen hierbij een rol (bijvoorbeeld minimum omvang)? Verschilt dit voor regio's waar al één grote regionale zorggroep actief is?

- Dat is niet altijd mogelijk en afhankelijk van concrete omstandigheden. Vooral contracten voor onbepaalde tijd (bijvoorbeeld de huidige toelatingsovereenkomsten bij de ziekenhuizen met vrijgevestigd medisch specialisten) belemmeren de toegang van nieuwe partijen.
- Succes- en faalfactoren liggen onder meer in een adequate toepassing van het AMM-instrumentarium door de NZa.

Vraag 8

Herkent u zich in bovenstaande beschrijving van de potentiële mededingingsproblemen rond zorggroepen? Zo niet, dan verzoeken wij u welke mededingingsproblemen u ziet.

- Nee, zie de opmerkingen bij de andere vragen. De relevantie voor onze sectoren ontbreekt hier.

Vraag 9

Kunt u uit de voeten met bovenstaande stappen voor het vaststellen van een risico op AMM-regulering? Zo niet, dan verzoeken wij u om concreet aan te geven waar de beschrijving niet volledig of juist is.

- Niet helder is wie tot de zorggroep behoren, daarmee vervalt ook de beoordeling via de stappen.

Vraag 10

Heeft u nog overige opmerkingen die u kwijt wilt met betrekking tot de zorggroepen?

Zie hiervoor de algemene opmerkingen.

Tot slot

De NMa en de NZa zijn voornemens zich te beperken tot deze beleidsregels en wijzen partijen vooral op de eigen verantwoordelijkheid. Een markt in transitie, waarin bovendien wordt gestuurd op concurrentie én samenwerking vraagt naar onze overtuiging om een andere opstelling van de toezichthouders. De BoZ sluit zich hiermee aan bij enkele mededingingsrechtsspecialisten (Reuder cs, De beoordeling van samenwerkingsvormen in de zorg onder artikel 6 Mededingingswet, Tijdschrift Markt & Mededinging, 2009, pp 89-96): "Gezien de relatief beperkte risico's van verboden mededingingsbeperkingen bij ketenzorg en de maatschappelijke wenselijkheid dat dergelijke samenwerking ondanks de inhoudelijke weerbarstigheid plaatsvindt" pleiten de schrijvers voor een toezichtstijl

bijlage



“waarbij de toezichthouder de dialoog met de onder toezicht gestelde niet uit de weg gaat”.

Deze vorm van toezicht brengt volgens de auteurs onder andere met zich mee “dat de NMa extra aandacht geeft aan ‘guidance’ en, zeker bij complexe vraagstukken, openstaat voor overleg met de ondertoezichtgestelden, het verstrekken van informele zienswijzen over de uitleg van mededingingsregels en, indien gepast, toezeggingsbesluiten”. Dit pleidooi geldt wat de BoZ betreft ook voor de NZa.