

**Uitvoeringstoets**

# **Mededingingsanalyse zorggroepen**

Samenwerken en concurreren in ketenzorg



## Inhoud

<b>Vooraf</b>	<b>5</b>
<b>Managementsamenvatting</b>	<b>7</b>
<b>1. Inleiding</b>	<b>11</b>
1.1 Aanleiding	11
1.2 Doelstelling uitvoeringstoets	11
1.3 Totstandkoming uitvoeringstoets	12
1.4 Opbouw uitvoeringstoets	14
<b>2. Wat zijn zorggroepen?</b>	<b>15</b>
2.1 Wat is een zorggroep?	15
2.2 Verschillende typen zorggroepen	15
<b>3. Wettelijk kader</b>	<b>19</b>
3.1 NZa	19
3.2 NMa	24
3.3 Governance	25
<b>4. Relevante markt zorggroepen</b>	<b>27</b>
4.1 Afbakening relevante markt: methodiek	27
4.2 Algemene beschrijving	27
4.3 Relevante productmarkt zorggroepen	28
4.4 Relevante geografische markt zorggroepen	30
4.5 Conclusie relevante markt	32
<b>5. Marktwerking zorggroepen: lange termijn perspectief</b>	<b>33</b>
5.1 Mogelijkheden voor concurrentie zorggroepen	33
5.2 Concurrentiedruk door concurrenten	33
5.3 Concurrentiedruk door afnemers	35
5.4 Conclusie	37
<b>6. Analyse marktmacht zorggroepen</b>	<b>39</b>
6.1 Inleiding	39
6.2 Analyse marktmacht zorggroepen	39
6.3 Conclusie marktmacht zorggroepen	48
<b>7. Het publieke belang</b>	<b>49</b>
7.1 Inleiding	49
7.2 Potentiële mededingingsproblemen	49
7.3 Kwaliteit	50
7.4 Betaalbaarheid	51
7.5 Toegankelijkheid	52
7.6 Conclusie	54
<b>8. Visie</b>	<b>55</b>
8.1 Inleiding	55
8.2 Scenario 1. Deregulering	56
8.3 Scenario 2. Voortzetten huidige regulering, versterkt toezicht	57
8.4 Scenario 3. Marktbrede AMM-inzet	63
8.5 Scenario 4. Aanvullende generieke regulering	64
8.6 Scenario 5. Tariefregulering	66
8.7 Conclusie	67

<b>Bijlage. Marktwerking en regulering</b>	<b>71</b>
A. Regulering en het publiek belang	71
B. Marktwerking en het publiek belang	73
C. Gereguleerde marktwerking	74

## Vooraf

Voor u ligt de uitvoeringstoets Mededingingsanalyse Zorggroepen. Hierin adviseert de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) de Minister van VWS over mededingingsrechtelijke vraagstukken rond zorggroepen. Deze vraagstukken signaleerde de NZa in haar visie op functionele bekostiging voor vier niet-complexe chronische zorgvormen: diabeteszorg, COPD-zorg, cardiovasculair risicomanagement en zorg voor hartfalen (april 2009).

De uitvoeringstoets Mededingingsanalyse Zorggroepen bevat een omschrijving van zorggroepen, het wettelijk kader waarbinnen deze opereren, een afbakening van de markt, het lange termijnperspectief voor marktwerking tussen zorggroepen, een analyse van potentiële marktmacht van zorggroepen en de mogelijke risico's daarvan voor de publieke belangen betaalbaarheid, kwaliteit en toegankelijkheid/keuzevrijheid. Op grond van deze analyse geeft de NZa zo concreet mogelijk aan hoe de publieke belangen op de relevante markten voor ketenzorg geborgd kunnen worden.

De specifieke toepassing van het mededingingskader voor zorggroepen in de Mededingingswet en de Wet marktordening gezondheidszorg legt de NZa samen met de NMa neer in het document *Richtsnoeren Mededinging Zorggroepen*. Dit document wordt gelijktijdig gepubliceerd.

Deze uitvoeringstoets is tot stand gekomen op grond van eigen onderzoek van de NZa, de inbreng van een brede klankbordgroep met daarin vertegenwoordigers van veldpartijen en een consultatieronde. In de consultatieronde hebben 31 partijen hun zienswijze ingediend op het gezamenlijke consultatiedocument van de NMa en NZa getiteld *Consultatiedocument Zorggroepen*. De reacties op dit document zijn mede gebruikt bij de totstandkoming van de analyse in deze uitvoeringstoets.

Wij bedanken alle partijen die mee hebben gewerkt aan de totstandkoming van deze uitvoeringstoets.

De Nederlandse Zorgautoriteit,



mw. drs. C.C. van Beek MCM  
Lid Raad van Bestuur / plv. voorzitter



## Managementsamenvatting

### *Inleiding*

In deze uitvoeringstoets staan de mededingingsvraagstukken rond zorggroepen centraal. Doelstelling is antwoord te geven op de vragen in hoeverre eventuele mededingingsproblemen rond zorggroepen de publieke belangen in de zorg (kwaliteit, toegankelijkheid, betaalbaarheid) in gevaar kunnen brengen, hoe de NZa deze problemen kan aanpakken en waar eventueel aanvullende juridische instrumenten nodig zijn.

De uitvoeringstoets is een vervolg op de visie functionele bekostiging van vier niet-complexe chronische zorgvormen van april 2009. Hierin heeft de NZa het bestaan van potentiële mededingingsvraagstukken rond zorggroepen gesignaleerd. In reactie hierop heeft de minister de NZa verzocht de mededingingsrechtelijke toezichtvraagstukken rond zorggroepen verder uit te werken, in nauw overleg met de NMa.

### *Beschrijving zorggroepen*

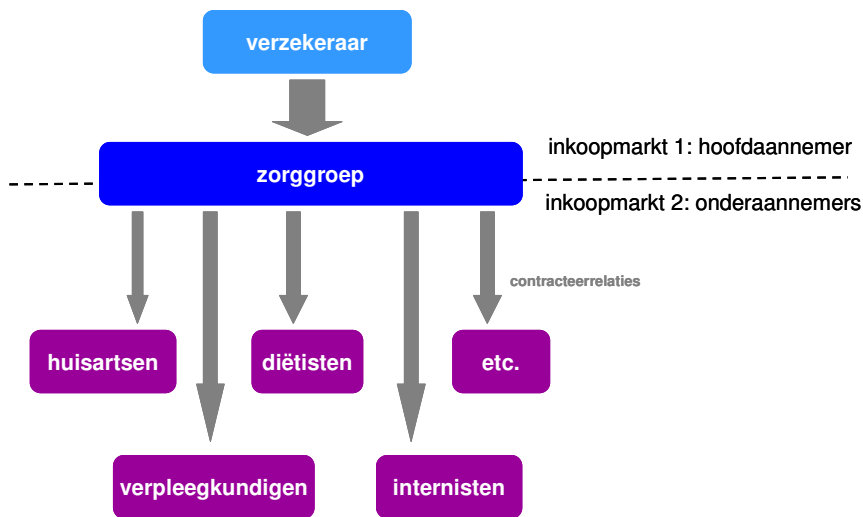
Zorggroepen zijn organisaties van overwegend eerstelijnszorgaanbieders die met zorgverzekeraars contracten sluiten om de chronische zorg in een bepaalde regio te coördineren en uit te voeren. Zorggroepen komen grofweg in twee hoofdvormen voor, plus een mengvorm:

- Hoofdvorm I. Zorggroep waarbij de zorgaanbieders zelfstandig blijven;
- Hoofdvorm II. Zorggroep waarbij de zorgaanbieders onderdeel vormen van de zorggroep;
- Mengvorm van I en II.

De ontwikkeling richting ketenzorg wordt actief gestimuleerd, onder meer door middel van de wijze van bekostiging. Voor diabetes, CVR en COPD kunnen zorggroepen één integraal tarief declareren. Daarnaast zijn voor vormen van ketenzorg onder de Zorgverzekeringswet (hierna: Zvw) mogelijkheden om aanvullende bekostiging te verwerven ter dekking van de kosten voor samenwerking. In de praktijk bestaan voor zorggroepen hierdoor twee bekostigingssystemen naast elkaar: losse financiering en keten-dbc's.

### *Relevante markt*

Er is op verschillende niveaus sprake van een 'markt'. De zorgverzekeraar koopt zorg in bij de zorggroep. De zorggroep koopt vervolgens de benodigde onderdelen in bij de betrokken zorgaanbieders. Welke aanbieders dit zijn, is afhankelijk van de betreffende zorgstandaard en het specifieke zorgprogramma dat de betreffende zorggroep hanteert.



In principe kan iedereen een zorggroep beginnen. Voorwaarde om op markt 1 een aanbod neer te kunnen zetten is dat de benodigde zorg wordt ingekocht op markt 2.

Vooralsnog kan ervan worden uitgegaan dat sprake is van separate relevante productmarkten voor elk van de genoemde chronische zorgvormen: diabeteszorg, cardiovasculair risicomangement, COPD, hartfalen, artrose, astma, CVA en obesitas. De relevante geografische markt wordt vooralsnog lokaal of regionaal afgebakend.

#### Concurrentie tussen zorggroepen

Er is in potentie voldoende ruimte voor concurrentie tussen zorggroepen, maar de NZa constateert dat de ontwikkeling hiervan nog grotendeels op gang moet komen. Hoewel op lange termijn in potentie voldoende ruimte is voor concurrentie tussen zorggroepen en/of andere aanbieders van ketenzorg, kan de concurrentie op korte termijn belemmerd worden door toe- en uittredingsdrempels voor zorgaanbieders en overstapdrempels voor patiënten en verzekeraars. Dit kan voortvloeiën uit, of leiden tot machtsposities van zittende partijen.

De ontwikkeling van zorggroepen lijkt zich nu nog in de beginfase te bevinden. De daadwerkelijke aanwezigheid van aanmerkelijke marktmacht van een zorggroep hangt af van de specifieke situatie. De NZa benadrukt dat het hebben een hoog marktaandeel op zichzelf geen probleem hoeft te zijn. Van belang is om te beoordelen of dit hoge marktaandeel waardoor een partij een sterke positie op de markt heeft, gecompenseerd wordt door andere factoren. Indien deze factoren het hoge marktaandeel onvoldoende compenseren, kan er sprake zijn van AMM. Belangrijk hierbij te vermelden is dat de daadwerkelijke aanwezigheid van marktmacht afhangt van specifieke omstandigheden per zorggroep.

Een positie van aanmerkelijke marktmacht van zorggroepen kan leiden tot mededingingsproblemen, die met name de toegankelijkheid en de betaalbaarheid van de zorg zouden kunnen schaden.

De NZa werkt in de uitvoeringstoets 5 scenario's uit die zij zou kunnen volgen, met als doelstelling de beleidsdoelen van de minister (ruimte voor de ontwikkeling van ketenzorg) en borging van de publieke belangen met elkaar te verenigen.



Scenario	Voor	Tegen
1. Deregulering	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Meer ruimte voor de zorgaanbieders om keten naar eigen inzicht in te richten en te tarifieren</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Risico marktfalen</li> <li>- Risico's betaalbaarheid, toegankelijkheid</li> <li>- Onzekerheid over bereiken lange termijn doelen</li> </ul>
2. Voortzetten huidige regulering, versterkt toezicht	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ruimte voor de markt</li> <li>- Consistentie</li> <li>- Zicht op marktontwikkeling, monitoring bereiken lange termijn doelen</li> <li>- Geen extra regulering voor partijen zonder AMM</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Risico's betaalbaarheid, toegankelijkheid</li> </ul>
3. Marktbrede AMM-inzet	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ruimte voor de markt</li> <li>- Consistentie</li> <li>- Geen extra regulering voor partijen zonder AMM</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Risico's betaalbaarheid, toegankelijkheid</li> <li>- Onzekerheid over bereiken lange termijn doelen</li> <li>- Onzekerheid veldpartijen</li> <li>- Tijdsduur inzet AMM-instrumenten</li> </ul>
4. Aanvullende generieke regulering	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Zekerheid ten aanzien van publieke belangen</li> <li>- Reguleringszekerheid</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Risico overheidsfalen</li> <li>- Inconsistent</li> <li>- Minder ruimte voor marktwerking (innovatie, nieuwe toetreding)</li> </ul>
5. Tariefregulering	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Zekerheid ten aanzien van publieke belangen</li> <li>- Reguleringszekerheid</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Risico overheidsfalen</li> <li>- Inconsistent</li> <li>- Aanzienlijk minder ruimte voor marktwerking (innovatie, nieuwe toetreding)</li> <li>- Administratieve lasten</li> </ul>

### Aanbevelingen

Zwaarwegend bij de te kiezen scenario's is voor de NZa het feit dat het hier gaat om een markt in transitie. De ontwikkeling naar ketenzorg komt nog op gang, pas zeer recent is een integraal tarief ingevoerd voor een drietal chronische zorgvormen. Om die reden is het naar oordeel van de NZa te vroeg om structurele stappen vooruit (scenario 1) of terug (scenario 5) te doen. De NZa adviseert de minister derhalve op dit moment geen bestaande regulering in te trekken of additioneel op te leggen.

Voor de NZa resteert dan nog de keuze uit scenario 2, 3 of 4 ten aanzien van de inzet van AMM-regulering of generieke regulering. Aangezien de nadelen bij inzet van marktbrede AMM-regulering (scenario 3) of generieke regulering (scenario 4) op dit moment groter zijn dan de voordelen, kiest de NZa op dit moment voor scenario 2. Dit betekent nauwgezette monitoring/toezicht en waar noodzakelijk gericht inzet van het AMM-instrument. Mocht de monitoring daartoe aanleiding geven, dan kan alsnog overgestapt worden naar een van de andere scenario's.

In alle scenario's verdient het aanbeveling het AMM-instrumentarium (neergelegd in artikel 48 Wmg) uit te breiden met de mogelijkheid structurele remedies op te leggen, om zo de omvang van zorggroepen in het uiterste geval te kunnen beperken.



# 1. Inleiding

## 1.1 Aanleiding

Op 1 april 2009 heeft de NZa een visie uitgebracht over functionele bekostiging van vier niet-complexe chronische zorgvormen: diabeteszorg, COPD-zorg, cardiovasculair risicomanagement en zorg voor hartfalen (hierna: visie functionele bekostiging). Hierin adviseert de NZa de Minister van VWS (hierna: de minister) functionele bekostiging in te voeren voor diabeteszorg en cardiovasculair risicomanagement per 1 januari 2010.

In de visie functionele bekostiging heeft de NZa het bestaan van potentiële mededingingsvraagstukken rond zorggroepen gesignaleerd. In reactie hierop heeft de minister de NZa verzocht de mededingingsrechtelijke toezichtsvraagstukken rond zorggroepen verder uit te werken, in nauw overleg met de NMa.<sup>1</sup>

## 1.2 Doelstelling uitvoeringstoets

Als onderdeel van de opzet en ontwikkeling van ketenzorg zijn zorggroepen ontstaan. De NZa acht een zorggroep aanwezig als een partij een afzonderlijke rechtsvorm heeft gecreëerd om een coördinerende rol te spelen op het gebied van de behandeling van een of meer chronische ziekten. Met de introductie van de keten-dbc's per 1 januari 2010 zal deze ontwikkeling naar verwachting versterkt worden.

Door de ontwikkeling van ketenzorg kan een belangrijke bijdrage geleverd worden aan de kwaliteit, samenhang en professionalisering van de zorg voor chronisch zieken. Zorggroepen kunnen hier een cruciale rol in spelen. De keerzijde kan echter zijn dat zorggroepen een positie verkrijgen van aanmerkelijke marktmacht (economische machtspositie). Zorggroepen kunnen te groot worden waardoor de consument geen keuze meer heeft. Zorggroepen kunnen te sterk worden ten opzichte van zorgverzekeraars die contracten willen afsluiten voor ketenzorg. En zorggroepen kunnen te dominant worden ten opzichte van zorgaanbieders die een deel van de ketenzorg kunnen (willen) verzorgen. Hierdoor kunnen er risico's ontstaan op mededingingsproblemen, dat wil zeggen omstandigheden waarin markten falen in die zin dat zij de gewenste resultaten opleveren voor de consument.

Wanneer zorggroepen mededingingsproblemen creëren kan dit negatieve gevolgen hebben voor het publieke belang in termen van kwaliteit (bijvoorbeeld onderbehandeling), betaalbaarheid (bijvoorbeeld te hoge prijzen) of toegankelijkheid (bijvoorbeeld beperking van de keuzevrijheid van patiënt door uitsluiting van zorgaanbieders die zich genoodzaakt zien activiteiten te staken of afzien van toetreding). Het is een taak voor de NZa de negatieve 'bijwerkingen' van het 'medicijn' ketenzorg zoveel mogelijk te beteugelen, het liefst op voorhand.

Over de mededingingsvraagstukken rond zorggroepen worden gelijktijdig twee documenten gepubliceerd:

---

<sup>1</sup> Brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 9 juli 2009 over ruimte en rekenschap voor zorg en ondersteuning (Kamerstukken II 2009-2010, 32 012, nr. 1)

- *Richtsnoeren Mededinging Zorggroepen*, een gezamenlijke publicatie van NMa en NZa. Op grond van de raakvlakken van bevoegdheden hebben NZa en NMa nauw samengewerkt om eventuele onduidelijkheid over het mededingingsrechtelijk kader voor zorggroepen zoveel mogelijk weg te nemen.
- de onderhavige uitvoeringstoets *Mededingingsanalyse Zorggroepen*, een publicatie van de NZa. Doelstelling hiervan is aanbevelingen te doen aan de minister om eventueel aanvullende instrumenten in de wet vast te leggen om potentiële mededingingsproblemen te bestrijden die de publieke belangen in de zorg (kwaliteit, toegankelijkheid, betaalbaarheid) in gevaar kunnen brengen.

Met de publicatie van deze stukken geeft de NZa nadere invulling aan een verzoek van de minister in de brief Ruimte en Rekenschap om bij samenwerking in zorggroepen zo concreet mogelijk aan te geven wat wel en niet is toegestaan, daar waar mogelijk<sup>2</sup>. De onderliggende analyse van beide stukken is dezelfde. De tekst en het advies in deze uitvoeringstoets komen echter volledig voor verantwoordelijkheid van de NZa.

#### **Doelstelling**

De doelstelling van de uitvoeringstoets *Mededingingsanalyse zorggroepen* is antwoord te geven op de vragen in hoeverre eventuele mededingingsproblemen rond zorggroepen de publieke belangen in de zorg (kwaliteit, toegankelijkheid, betaalbaarheid) in gevaar kunnen brengen, hoe de NZa deze problemen kan aanpakken en waar eventueel aanvullende juridische instrumenten nodig zijn.

#### **Vraagstelling**

De centrale vragen in onderhavige analyse zijn:

- 1. Welke maatregelen zijn proportioneel om de ontwikkeling van markten te stimuleren en het publieke belang te borgen door marktmacht van zorggroepen en eventueel misbruik daarvan te voorkomen?
- 2. Welke nieuwe juridische instrumenten heeft de NZa eventueel nodig om het publieke belang te borgen?

### **1.3 Totstandkoming uitvoeringstoets**

De uitvoeringstoets is tot stand gekomen op grond van eigen onderzoek, inbreng van een klankbordgroep, een consultatieronde en verdiepende gesprekken met betrokken veldpartijen.

Eigen onderzoek

Specifiek voor deze mededingingsanalyse zijn de volgende werkzaamheden uitgevoerd:

- presentaties werkgroep zorggroepen VWS/NMa/IGZ/NZa;
- veldonderzoek zorggroep;
- gesprek betrokken veldpartijen: LVG, LHV Adviesgroep Ketenzorg, ZN;
- gesprek NIVEL;
- presentatie in klankbordgroep integrale bekostiging;
- literatuurstudie, oa RIVM rapportage 'Experimenteren met de keten-  
dbc diabetes'.

<sup>2</sup> Brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 9 juli 2009 over ruimte en rekenschap voor zorg en ondersteuning (Kamerstukken II 2009-2010, 32 012, nr. 1)

*Klankbordgroep*

In het kader van de uitvoeringstoets integrale bekostiging is een brede klankbordgroep samengesteld van vertegenwoordigers van veldpartijen:

- De Orde van Medisch specialisten;
- Ergotherapie Nederland;
- FHI, federatie van technologiebranches;
- Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie;
- Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter Bevordering der Pharmacie;
- Landelijke Huisartsen Vereniging;
- Landelijke Vereniging Georganiseerde eerste lijn;
- Nederlandsche Internisten Vereeniging;
- Nederlandse Patiënten en Consumenten Federatie;
- Nederlandse Vereniging van Diëtisten;
- Nederlandse Vereniging voor Cardiologie;
- Samenwerkende Artsenlaboratoria en diagnostische centra in Nederland;
- Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland;
- Zorgverzekeraars Nederland;
- Ministerie van VWS (toehoorder).

De klankbordgroep integrale bekostiging is twee maal bij elkaar gekomen. In deze bijeenkomsten zijn de uitgangspunten van de mededingingsanalyse zorggroepen besproken, en vragen geïnventariseerd die leven bij partijen. De input van partijen in deze sessies is betrokken bij de afweging in deze rapportage.

*Consultatie*

Op 18 december 2009 hebben NMa en NZa een gezamenlijk consultatiedocument gepubliceerd getiteld *Consultatiedocument Zorggroepen*. Dit document is voorgelegd aan zorggroepen, verzekeraars en onafhankelijke deskundigen met de vraag om de in het document gestelde vragen te beantwoorden en om aan te geven waar er nog onduidelijkheid bestaat over de toepassing van de mededingingsregels van de Mededingingswet (hierna: Mw) en de Wet marktordening gezondheidszorg (hierna: Wmg). De vragen naar mogelijke onduidelijkheden betroffen de specifieke uitleg van de wet- en regelgeving in het specifieke geval van zorggroepen, niet de wet- en regelgeving zelf.

Op 8 februari 2010 vond een openbare consultatiebijeenkomst plaats. De NMa en NZa hebben tijdens deze bijeenkomst het consultatiedocument en de vragen daarin nader toegelicht en vragen van partijen beantwoord. Daarnaast heeft een aantal partijen een mondelinge reactie op het consultatiedocument gegeven. In totaal hebben 31 partijen een zienswijze ingediend, mondeling en/of schriftelijk. Onderstaande tabel bevat een overzicht van deze partijen. De openbare versies van de zienswijzen worden gepubliceerd op de website van de NZa ([www.nza.nl](http://www.nza.nl)).

**Tabel 1. Indieners zienswijzen**

Mondelinge reacties tijdens consultatiebijeenkomst	Schriftelijke reacties
PoZoB	Brancheorganisatie Zorggroepen
KNMP	EADV
UVIT	Eversheds Faasen
SGZ	FBA
iBMG – Erasmus Universiteit	Huisartsen zorg Drenthe
Apotheker JC Kortekaas	iBMG – Erasmus Universiteit
KNGF	Individuele dietitst
LHV	Ketenzorg Friesland
NPCF	KNGF
	KNMP
	Kortekaas
	LHV
	Medita
	Napco
	Nefarma
	NDF
	NPCF
	NVD
	Uvit
	Orde van Medisch Specialisten
	Pozob
	De SAN
	Korte Akkeren
	V&VN
	SGZ
	Stichting de Vrije Huisarts
	VvAA
	ZN
	Zorggroep Walcheren

De reacties op het consultatiedocument zijn mede gebruikt bij de totstandkoming van de analyse in onderhavige uitvoeringstoets.

## 1.4 Opbouw uitvoeringstoets

Deze uitvoeringstoets is als volgt opgebouwd. In hoofdstuk 2 wordt uiteengezet wat verstaan wordt onder een zorggroep. In hoofdstuk 3 komt het wettelijk kader van de NZa aan de orde. In hoofdstuk 4, 5 en 6 gaat de NZa achtereenvolgens in op de relevante markt voor zorggroepen, het lange termijn perspectief op deze markten en een analyse van de marktmacht van zorggroepen. In hoofdstuk 7 komen de gevolgen aan de orde die de positie van zorggroepen kan hebben op de consumentenbelangen van betaalbaarheid, kwaliteit en toegankelijkheid. In hoofdstuk 8 komen alle elementen samen de visie van de NZa op de positie van zorggroepen. Aan het slot van dit hoofdstuk worden de onderzoeksvragen beantwoord zoals gesteld aan het begin van dit inleidende hoofdstuk.

## 2. Wat zijn zorggroepen?

### 2.1 Wat is een zorggroep?

Een zorggroep is aanwezig als een partij een afzonderlijke rechtsvorm heeft gecreëerd om een coördinerende rol te spelen op het gebied van de behandeling van een of meer chronische ziekten. Het oprichten van zorggroepen is nu vooral het initiatief van zorgaanbieders. Een zelfde beoordeling is echter van toepassing op derden die een zorggroep opzetten en een coördinerende rol innemen richting verzekeraar op het gebied van de behandeling van een of meer chronische ziekten. De rechtsvormen waarvoor zorggroepen kiezen zijn in de praktijk stichtingen, coöperaties en besloten vennootschappen, maar ook maatschappen komen voor.

Een zorggroep sluit contracten met zorgverzekeraars om ten aanzien van een of meer chronische aandoeningen het leveren van zorg te coördineren en uit te voeren en heeft hierbij als doel de operationele kwaliteit van zorg te verbeteren.<sup>3</sup> De zorggroep maakt met zorgverzekeraars afspraken over de uitvoering van bijvoorbeeld een diabetesprogramma. Deze afspraken kunnen betrekking hebben op de inhoud (aan de hand van zorgstandaarden) en prijs van het programma. Over de prijs voor de verschillende zorgproducten kunnen de zorggroep en zorgverzekeraars vrij onderhandelen.<sup>4</sup> De zorggroep is ten opzichte van de zorgverzekeraar verantwoordelijk voor het bewaken van de kwaliteit van de zorgverlening.<sup>5</sup>

### 2.2 Verschillende typen zorggroepen

De zorggroep bepaalt al dan niet in samenspraak met de zorgverzekeraar ook de verdeling van de verschillende taken/diensten die binnen het programma geleverd moeten worden door de verschillende zorgaanbieders (bijvoorbeeld hoeveel uur diëtetiek, hoeveel uur fysiotherapie).

Bovenstaande leidt tot een onderscheid in grofweg twee hoofdvormen van zorggroepen, plus een mengvorm:

- Hoofdvorm I. De zorgaanbieders blijven zelfstandige ondernemers, los van de zorggroep.<sup>6</sup> De zorggroep is een juridische entiteit die zelfstandig opereert. De zorggroep vormt de schakel tussen de

<sup>3</sup> Zie ook visiedocument NZa, functionele bekostiging vier niet-complexe chronische zorgvormen (2009).

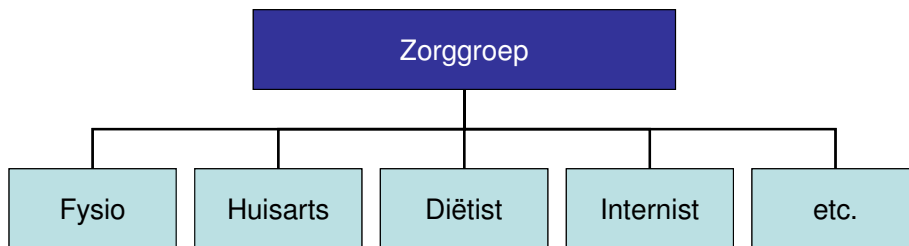
<sup>4</sup> Door de inkoop van zorg voor zijn rekening te nemen neemt de zorggroep indien hij een vast bedrag van de verzekeraar krijgt voor een patiënt ook een deel van het financiële risico over van de zorgverzekeraar. De zorggroep kan dit op zijn beurt weer bij de aanbieders waarbij hij zorg inkoop neerleggen door deze bijvoorbeeld ook een vast bedrag per patiënt te geven.

<sup>5</sup> Ook de zorgverzekeraar heeft op basis van de zorgplicht een verantwoordelijkheid met betrekking tot de borging van kwaliteit.

<sup>6</sup> Met 'zelfstandige ondernemers' worden zowel individuele beroepsbeoefenaren als combinaties van die beroepsbeoefenaren die met elkaar een onderneming vormen bedoeld. Waar het om gaat is dat de zorggroep en de 'onderaannemers' van elkaar te onderscheiden zelfstandige ondernemingen zijn. Het bestuur van een zorggroep kan bestaan uit zelfstandige zorgaanbieders die ook zorg leveren aan de zorggroep. Er is dan wel sprake van dubbele petten, aangezien de individuele aanbieder als bestuurder van de zorggroep meewerkt aan het inkopen van zorg bij zichzelf en dus invloed heeft op de prijs die hij als individuele aanbieder van de zorggroep krijgt.

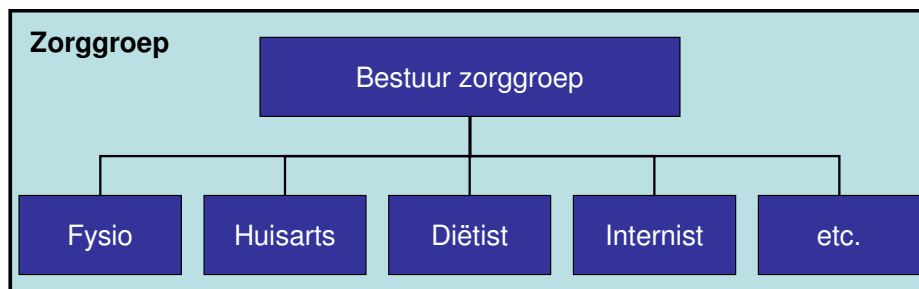
zorgverzekeraar aan wie hij zorg verkoopt en de individuele aanbieders bij wie hij zorg inkoop. De zorggroep is hoofdcontractant en de aanbieders die zorg leveren zijn 'onderaannemers'. Over de hoogte van de door de betrokken zorgaanbieders in rekening te brengen prijzen kan vrij onderhandeld worden. De onderaannemers maken dus geen deel uit van de zorggroep, maar leveren als zelfstandige ondernemers zorg krachtens een daartoe met de zorggroep gesloten overeenkomst. In deze structuur opereren zowel de zorggroep als de zorgaanbieders als zelfstandige ondernemingen en dus als meerdere aparte entiteiten.<sup>7</sup> Figuur 1 geeft deze organisatievorm weer.

**Figuur 1. Hoofdvorm I: de zorgaanbieders blijven zelfstandig**



- Hoofdvorm II. Zorgaanbieders zijn onderdeel van de zorggroep. Er is sprake van verschillende mogelijkheden. A) De zorgaanbieders brengen als zij al actief waren hun onderneming geheel of gedeeltelijk in de zorggroep in en houden op zelfstandig ondernemer te zijn voor het deel van de activiteiten dat zij aan de zorggroep hebben overgedragen. B) De zorggroep neemt zorgaanbieders in loondienst om de zorg te leveren. Figuur 2 geeft deze organisatievorm weer.<sup>8</sup>

**Figuur 2. Hoofdvorm II: zorgaanbieders als onderdeel van de zorggroep**



- Mengvorm. Er kan sprake zijn van een mengvorm, waarbij een zorggroep als onder II., die dus zorg aanbiedt door middel van

<sup>7</sup> Ook wanneer de zorggroep de vorm van een coöperatieve vereniging heeft is doorgaans van deze situatie sprake. De coöperatie vormt immers doorgaans niet één economische eenheid met haar leden. De NMa-NZa hebben uit de markt vernomen dat de individuele aanbieders bij wie zorg wordt ingekocht, dit mogelijk anders ervaren omdat zij lid zijn van een zorggroep of, bijvoorbeeld, omdat zij de oprichting hiervan mede hebben gefinancierd. Voor de NMa is bij deze hoofdvorm echter sprake van meerdere aparte entiteiten.

<sup>8</sup> Bij de vorming van een zorggroep zoals hierboven beschreven onder ii. kan sprake zijn van een concentratie in de zin van de Mw. Er kan immers sprake zijn van een fusie, of van de verkrijging van zeggenschap door een zorggroep over de ondernemingen van voorheen zelfstandige zorgaanbieders (art. 27 Mw). Ook kan sprake zijn van het tot stand brengen van een gemeenschappelijke onderneming. Indien de omzetten van de betrokken ondernemingen de meldingsdrempels overschrijden zal de concentratie voorafgaand aan de totstandbrenging bij de NMa moeten worden gemeld.



zorgaanbieders die bij haar in dienst zijn<sup>9</sup>, daarnaast zorg inkoop bij zelfstandige zorgaanbieders (bijvoorbeeld individuele vrijgevestigde aanbieders, zorginstellingen of huisartsenlaboratoria).

Zorggroepen kunnen naast de reeds genoemde taken verschillende andere taken op zich nemen. Zij kunnen bijvoorbeeld de informatievoorziening aan de patiënt verzorgen, er voor zorgen dat de bij de groep betrokken of gecontracteerde zorgaanbieders regelmatig bijgeschoold worden, dat er gegevens verzameld worden over het zorgproces en de registratie van de kwaliteit van de geleverde zorg en de terugkoppeling van deze informatie aan de zorgaanbieders voor hun rekening nemen. De zorggroep ondersteunt daarmee de zorgaanbieders bij het leveren van goede zorg aan patiënten.

De bestaande zorggroepen zijn veelal opgezet door huisartsen. In veel regio's zijn huisartsen daarom bestuurder en/of (mede-)eigenaar van de zorggroep.<sup>10</sup> Maar er zijn ook gevallen waarin ziekenhuizen en huisartsenlaboratoria samen met huisartsen, of samen met fysiotherapeuten een zorggroep hebben opgezet. Zowel eerstelijns als tweedelijns aanbieders kunnen een zorggroep opzetten, maar ook andere partijen kunnen hiertoe het initiatief nemen. In de toekomst zouden daarom bijvoorbeeld ook apothekers, zorgverzekeraars of zelfs patiëntenorganisaties het initiatief kunnen nemen om een zorggroep op te richten.

---

<sup>9</sup> Zorggroepen die volgens de mengvorm zijn georganiseerd, hebben over het algemeen medewerkers in dienst die ondersteunende taken verrichten, zoals POH'ers en gespecialiseerde verpleegkundigen.

<sup>10</sup> Huisartsen hebben deze rol opgepakt omdat zij in de praktijk nu veelal regievoerder zijn van de chronische zorg en daarnaast ook uitvoerder van (delen van) de zorg.



### 3. Wettelijk kader

#### 3.1 NZa

##### 3.1.1 Financiering zorggroepen

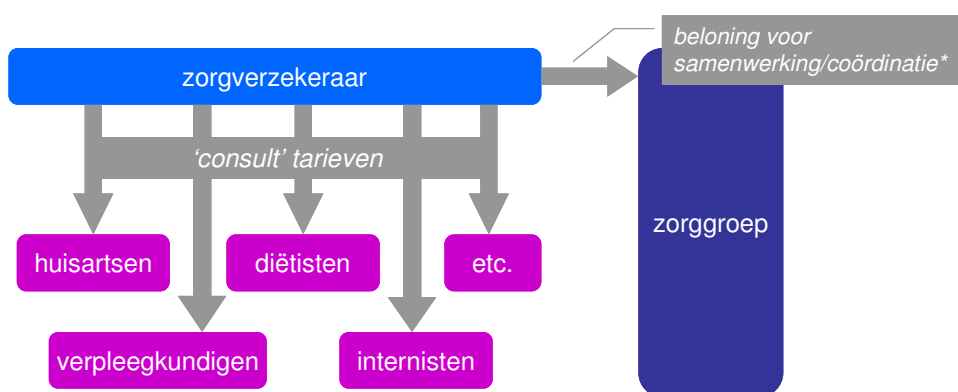
De ontwikkeling richting ketenzorg wordt actief gestimuleerd, onder meer door middel van de wijze van bekostiging. Voor diabetes, CVR en COPD kunnen zorggroepen één integraal tarief declareren. Daarnaast zijn voor vormen van ketenzorg onder de Zvw mogelijkheden om aanvullende bekostiging te verwerven ter dekking van de kosten voor samenwerking. In de praktijk bestaan voor zorggroepen hierdoor twee bekostigingssystemen naast elkaar: losse financiering en keten-dbc's.

##### 'Losse' financiering

'In geval van 'losse' financiering rekent de zorggroep per aanbieder het geldende consulttarief. Afhankelijk van de geleverde prestatie kan het hier om een gereguleerd tarief gaan of een tarief dat stand komt op basis van onderhandelingen tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder. De kosten voor samenwerking in de keten worden separaat bekostigd. Dit kan middels de beleidsregel Innovatie ten behoeve van nieuwe zorgprestaties, de beleidsregel Samenwerking ten behoeve van geïntegreerde eerstelijnszorgproducten (GEZ) en/of door gebruik te maken van de Module Modernisering & innovatie (M&I).

Op grond van de beleidsregels Innovatie en GEZ kunnen zorgverzekeraars met de verschillende zorgaanbieders die bij een aandoening betrokken zijn aparte afspraken maken en gelden verschillende, deels wettelijk vastgestelde, tarieven (tenzij er sprake is van een experiment onder beleidsregel innovatie of beleidsregel samenwerking).

**Figuur 3. 'Losse bekostiging'ketenzorg<sup>11</sup>**



\*) vergoeding voor de samenwerkings/coördinatiekosten via de NZa-beleidsregels Innovatie, GEZ en de module M&I

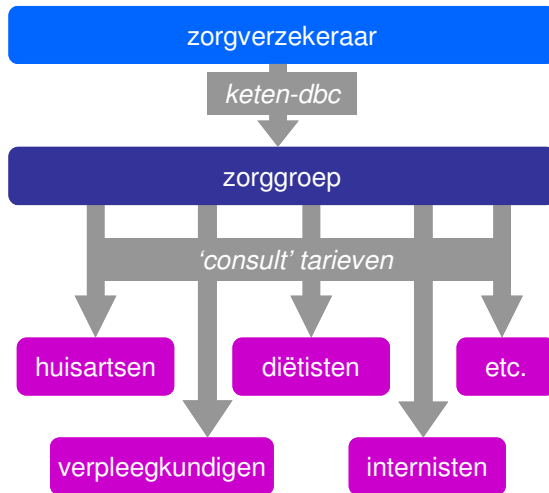
##### Keten-dbc's

Op grond van de keten-dbc's kunnen zorgverzekeraar en zorggroep voor een drietal chronische zorgvormen één, vrij onderhandelbaar, tarief afspreken voor de totale zorg ten aanzien van een bepaalde aandoening,

<sup>11</sup> Het betreft hier een illustratie. Het type zorgaanbieder dat gecontracteerd wordt, en de invulling van de onderaannemingscontracten kunnen per zorgvorm verschillen.

de zogeheten 'keten-dbc'. Dit geldt sinds 1 januari 2010 voor diabetes en CVR, vanaf 1 juli 2010 ook voor COPD.

**Figuur 4. DBC-bekostiging ketenzorg**



De NZa heeft in de visie functionele bekostiging de minister geadviseerd vooralsnog af te zien van tariefregulering van keten-dbc's. De hoogte van de tarieven voor keten-dbc's is dus vrij onderhandelbaar tussen zorggroepen en zorgverzekeraars. Dit betekent echter niet dat zorggroepen op dit moment volledig vrij zijn van regulering. Aan de keten-dbc's is de volgende regulering verbonden:

- prestatieregulering: in de beleidsregel prestatiebekostiging multidisciplinaire zorgverlening chronische aandoeningen is vastgelegd welke onderdelen van de keten declarabel zijn;
- contractueel: in de beleidsregel prestatiebekostiging multidisciplinaire zorgverlening chronische aandoeningen is opgenomen dat deze pas gedeclareerd mogen worden als hierover overeenstemming bestaat (contractueel) tussen de aanbieder van de keten en de zorgverzekeraar;
- tarieftransparantie: partijen die keten-dbc's declareren zijn verplicht een minimale dataset (MDS) bij te houden, en het overeengekomen tarief per keten-dbc.

#### *Transitieperiode*

Beide bekostigingssystemen bestaan vooralsnog naast elkaar. Hierdoor *hoeft* het zorgaanbod in ketens niet meer separaat bekostigd te worden, maar dit *kan* nog wel. In ieder geval tot 1 januari 2013 blijft deze situatie van kracht. Op grond van een evaluatie zal dan besloten worden of de losse financiering blijft voortbestaan voor die vormen van chronische zorg waarvoor keten-dbc's beschikbaar zijn.

#### **3.1.2 AMM-toezicht**

Zorggroepen leveren zorg in de zin van de Wmg en zijn zorgaanbieders in de zin van de Wmg. Hiermee is het markttoezicht op grond van de Wmg op hen van toepassing en rijst de vraag of zorggroepen aanmerkelijke marktmacht (hierna: AMM) kunnen hebben. AMM is de positie van een of meer zorgaanbieder(s) of ziektekostenverzekeraar(s) om alleen dan wel gezamenlijk de ontwikkeling van daadwerkelijke concurrentie op de Nederlandse markt of een deel daarvan te kunnen belemmeren door de mogelijkheid zich in belangrijke mate onafhankelijk te gedragen van: zijn concurrenten; ziektekostenverzekeraars indien het een zorgaanbieder betreft; zorgaanbieders indien het een

ziektekostenverzekeraar betreft; of consumenten. AMM-partijen kunnen hun concurrenten in potentie uitsluiten en/of consumenten uitbuiten, zonder dat de markt hen daarvoor "afstraft". De NZa heeft de bevoegdheid om met behulp van het AMM-instrumentarium regulerend op te treden in situaties waar dat gewenst is.

Het AMM-instrumentarium van de NZa is bedoeld om te sturen op het gedrag van een AMM-partij in markten die niet uit zichzelf op gang komen en meer specifiek ook om ongewenst gedrag van een dominante speler op de markt te voorkomen (ex ante), en andere spelers op de markt ook een kans te geven. Daarmee kan de ontwikkeling van markten gestimuleerd worden. Misbruik is hiervoor geen vereiste.

Hoe en wanneer de NZa een AMM-onderzoek met mogelijk als gevolg een AMM-verplichting doet, staat beschreven in de beleidsregel AMM en de toelichting erop.<sup>12</sup> In deze uitvoeringstoets geldt – waar het om AMM gaat – het gehele beoordelingskader dat in beide documenten is beschreven. De NZa hanteert beide documenten bij de inzet van het AMM-instrumentarium. Daarnaast zal de NZa de Richtsnoeren zorggroepen<sup>13</sup> hanteren bij toepassing van het AMM-instrumentarium op zorggroepen. Dit document is in deze toepassing leidend boven deze uitvoeringstoets.

De NZa kan verplichtingen opleggen om het gedrag van een partij met AMM te disciplineren. De mogelijke verplichtingen zijn limitatief opgesomd in artikel 48 Wmg. De AMM-verplichting is dus een specifieke verplichting ("op maat") gericht op het gedrag van één partij of, in geval van collectieve AMM, van een collectief van partijen. Dit in tegenstelling tot generieke verplichtingen opgelegd op basis van artikel 45 Wmg die voor alle partijen gelden. Deze verplichtingen worden opgelegd aan alle partijen op dezelfde (deel)markt, in dit geval aan alle zorggroepen. Doel van een dergelijke regel is de inzichtelijkheid van de zorgmarkten en de concurrentie te bevorderen. Met de regels wordt ingegrepen in de wijze van totstandkoming van overeenkomsten en de voorwaarden in die overeenkomsten. Inzet van instrumenten door de NZa dient aan het proportionaliteitsvereiste te voldoen. Dat wil zeggen dat de keuze voor het instrument ingegeven is door geschiktheid en passendheid. Daarnaast dient het lichtste instrument te worden ingezet waarmee het doel kan worden bereikt.

Een AMM-maatregel is per definitie tijdelijk. De NZa kan een verplichting in het kader van artikel 48 Wmg opleggen voor een periode van maximaal drie jaar, gerekend vanaf de datum waarop de verplichting ingaat. De NZa kan binnen deze termijn beslissen de verplichting in te trekken als die niet meer noodzakelijk is of te wijzigen en/of te verlengen, telkens voor een periode van ten hoogste drie jaar.

Bij het niet naleven van opgelegde verplichtingen kan de NZa sancties opleggen. Daartoe kan zij aan een aanbieder onder meer een bestuurlijke boete geven of een last, zonodig onder dwangsom, opleggen om de niet nagekomen verplichting(en) alsnog na te leven. In spoedeisende gevallen, kan de NZa bij een vermoeden van AMM maatregelen opleggen vooruitlopend op een artikel 48 Wmg onderzoek. Dit kan in het geval er onomkeerbare schade voor de publieke belangen worden verwacht als de artikel 48 Wmg procedure wordt afgewacht.

---

<sup>12</sup> Zie [www.nza.nl](http://www.nza.nl) voor de 'Beleidsregel AMM' en de 'Toelichting op de beleidsregel'.

<sup>13</sup> NMa en NZa, Richtsnoeren Zorggroepen, juli 2010

Zoals reeds aangegeven, geeft de NZa in de beleidsregel AMM en de toelichting daarop<sup>14</sup> uitleg over de wijze waarop zij artikelen 48 en 49 Wmg beoordeelt en toepast.

Voor het bepalen van AMM is de specifieke situatie van belang.

Vastgesteld moet worden:

- de afbakening van de relevante product- en geografische markt;
- de vaststelling van de positie van marktpartijen op de relevante markt;
- het bestaan van (potentiële) mededingingsproblemen door toedoen van een vastgestelde AMM-positie op de relevante markt;
- de proportionaliteit van de mogelijke oplegging van verplichtingen aan een AMM-partij.

Wanneer er sprake is van AMM kan de NZa op grond van artikel 48 Wmg verplichtingen opleggen. Deze verplichtingen betreffen (limitatieve opsomming):

- transparantie: de verplichting om door de NZa te bepalen categorieën van informatie aan door de NZa te bepalen groepen van belanghebbenden bekend te maken op een door de NZa te bepalen wijze;
- non-discriminatie: de verplichting om bij de levering van door de NZa te bepalen diensten, de afnemers van die diensten in gelijke gevallen gelijk te behandelen;
- ontbundeling: de verplichting om een door de NZa te bepalen dienst los te leveren van andere diensten;
- delen van voorzieningen (openbaar aanbod): de verplichting om voor het medegebruik van door de NZa aan te wijzen categorieën van zorg, diensten of voorzieningen een openbaar aanbod te doen en in stand te houden;
- wijzigingen in aanbod opvolgen: de verplichting om het hiervoor beschreven openbare aanbod volgens door de NZa gegeven aanwijzingen te wijzigen;
- contracteerplicht: de verplichting om onder redelijke voorwaarden te voldoen aan elk redelijk verzoek van een zorgaanbieder of ziektekostenverzekeraar tot het sluiten van een overeenkomst;
- gescheiden boekhouding: de verplichting om de kosten en opbrengsten van door de NZa te bepalen diensten die de zorgaanbieder of ziektekostenverzekeraar intern of extern aanbiedt, te scheiden van die van zijn overige activiteiten;
- geen overcapaciteit: het niet mogen reserveren van een onredelijke capaciteit (tegengaan schaarste);
- berekeningsmethode: de verplichting tot het vaststellen van de tarieven voor door de NZa aangewezen diensten of leveringen volgens een bepaalde berekeningsmethode;
- kostentoerekening (tariefregulering): de verplichting om bij het vaststellen van prijzen zoals genoemd onder prijscontrole een systeem van kostentoerekening te hanteren dat voldoet aan door de NZa te bepalen toerekeningsprincipes;
- aantonen aan verplichtingen te voldoen: de verplichting om op door de NZa te bepalen wijze, bijvoorbeeld door een accountantsverklaring, eenmalig of periodiek aan te tonen dat aan door de NZa opgelegde AMM-verplichtingen is voldaan.

---

<sup>14</sup> Zie [www.nza.nl](http://www.nza.nl) voor de 'Beleidsregel AMM' en de 'Toelichting op de beleidsregel'.

### 3.1.3 Ingrijpen in totstandkoming van of voorwaarden in overeenkomsten

In het geval de problemen die zich voordoen meer structureel en generiek van aard zijn, dan kan de NZa via een generieke regeling op grond van artikel 45 Wmg verplichtingen aan partijen opleggen. Deze verplichtingen worden opgelegd aan alle partijen op dezelfde (deel)markt, in dit geval aan alle zorggroepen. Doel van een dergelijke regel is de inzichtelijkheid van de zorgmarkten en de concurrentie te bevorderen. Met de regels wordt ingegrepen in de wijze van totstandkoming van overeenkomsten en de voorwaarden in die overeenkomsten.

Indien de NZa overgaat tot het opstellen van een regeling op grond van artikel 45 Wmg zal zij daarbij gebruik maken van het document 'Toepassing van artikel 45 Wmg'.<sup>15</sup> Zoals uit dit document volgt, zien de verplichtingen die NZa kan opleggen bijvoorbeeld op de duur van de contracten, de opzegmogelijkheden en tekentermijnen bij contracten. Daarnaast ziet het op het tegengaan van exclusieve contracten. Ook kunnen een transparantie, non-discriminatie en een ontbundelingsverplichting worden opgelegd. Deze verplichtingen zijn identiek aan de AMM-verplichtingen die op grond van art. 48 Wmg aan een partij met AMM kunnen worden opgelegd. Ook kan de NZa op grond van artikel 45 Wmg bepalen dat er een veiling of aanbesteding moet plaatsvinden.

### 3.1.4 Transparantie

Naast het opleggen van transparantieverplichtingen via AMM ofwel het stellen van regels over transparantie op grond van artikel 45 Wmg, kan de NZa ook op grond van artikel 38 en 39 Wmg regels stellen om informatie over de zorg die zorggroepen leveren transparant te maken voor de consument. Op die wijze kan de consument een weloverwogen keuze maken bij de beslissing voor een zorggroep. Hiervoor is nodig dat er indicatoren worden vastgesteld zodat inzichtelijk kan worden gemaakt bij welke zorggroep de beste zorg geleverd wordt.

Hiervan kan concurrentiedruk uitgaan, omdat de patiënt een zorgaanbieder zal kiezen die aantoonbare betere kwaliteit levert. Daarmee kan een zorggroep die minder goede zorg levert, patiënten kwijt raken. Dit zelfde geldt voor de (selectieve) zorginkoop door de zorgverzekeraar. Deze kan ook gebruik maken van informatie over de kwaliteit die door zorggroepen openbaar gemaakt zouden moeten worden. De zorgverzekeraar kan haar verzekerden informeren en daarmee een sturende factor zijn voor de keuze van een zorgaanbieder/zorggroep. Daarnaast kan de kwaliteit een rol spelen in de onderhandelingen en de totstandkoming van een tarief. Indien een zorggroep niet zelf de informatie openbaar maakt, kan de NZa hier toe over gaan (mits zij beschikking heeft over de juiste informatie).

### 3.1.5 Administratievoorschriften

Op grond van artikel 36 Wmg kan de NZa ter bevordering van de concurrentie regels stellen voor de administratie van zorgaanbieders (zorggroepen) ten behoeve van de vergelijkbaarheid van gegevens en het registreren van kwaliteit. De inzet van dit instrument zal de inzet van artikelen 38 en 39 Wmg nog versterken. Door de zorggroepen te dwingen in termen van vergelijkbaarheid en informatie over kwaliteit te

<sup>15</sup> NZa (december 2009), Toepassing van artikel 45 Wmg. Zie [www.nza.nl](http://www.nza.nl)

registeren, zal de stap naar het inzichtelijk maken voor zorgverzekeraars en patiënten minder groot zijn.

### 3.1.6 Kwaliteitswet

Op zorggroepen is de Kwaliteitswet Zorginstellingen van toepassing. Op grond van deze wet is een instelling verplicht verantwoorde zorg te leveren. Verantwoorde zorg is nader omschreven als zorg van goed niveau, die in ieder geval doeltreffend, doelmatig en patiëntgericht wordt verleend en die is afgestemd op de reële behoefte van de patiënt. De overheid heeft ervoor gekozen verdere uitwerking van het begrip 'verantwoorde zorg' over te laten aan de zorginstellingen, de verzekeraars en de organisaties van patiënten/consumenten.

## 3.2 NMa

Zorggroepen vallen – gelet op dat het ondernemingen betreffen - tevens onder het toezicht van de Nederlandse Mededingingsautoriteit (NMa). De NMa ziet toe op de naleving van het kartelverbod, zoals neergelegd in artikel 6 Mw. Kartels zijn concurrentiebeperkende afspraken tussen concurrerende ondernemingen, zoals marktverdelings- of prijsafspraken worden gemaakt.

De NMa en de NZa hebben allebei taken op het gebied van het markttoezicht op de zorggroepen.

- De NMa ziet toe op de naleving van het kartelverbod. De NMa kan daarnaast optreden als een zorggroep misbruik maakt van zijn economische machtspositie. Er is sprake van *ex post* toezicht.
- De NZa treedt in principe als eerste op bij AMM, ofwel wanneer een machtspositie van een zorggroep in potentie de publieke belangen kan schaden door uitbuiting of uitsluiting. We spreken dan van *ex ante* toezicht.
- Voorts ziet de NMa *ex ante* toe op de vorming van (grotere) concentraties (indien deze een zodanige omvang hebben dat de bevoegdheidsdrempels van de NMa worden overschreden).

Voor die gevallen waar samenloop met betrekking tot aanmerkelijke marktmacht en misbruik van een economische machtspositie aan de orde is, voorziet artikel 18 Wmg in een voorrangregeling. De toepassing van deze voorrangregeling is nader uitgewerkt in het Samenwerkingsprotocol tussen de NMa en de NZa.<sup>16</sup> Hoofdlijn is dat bij samenloop van de betreffende bevoegdheden de beide autoriteiten bevorderen dat belanghebbenden zich in eerste instantie wenden tot de NZa. Hiervan kan worden afgeweken indien de NMa en de NZa gezamenlijk vaststellen dat een zaak op basis van effectiviteit van het wettelijke instrumentarium, uit efficiëntie of uit andere overwegingen, beter door de NMa of door de NMa en de NZa gezamenlijk kan worden behandeld. De NZa dient zich te richten naar de uitleg van begrippen die de NMa hanteert in het kader van het mededingingsrecht.

Voor een nadere toelichting op de bevoegdheden van de NMa, en de mogelijke toepassing hiervan bij zorggroepen, wordt verwezen naar de gezamenlijke Richtsnoeren Zorggroepen van de NMa en de NZa<sup>17</sup>.

---

<sup>16</sup> Zie artikel 4 van het Samenwerkingsprotocol tussen de NMa en de NZa.

<sup>17</sup> NMa en NZa, Richtsnoeren Zorggroepen, juli 2010



### 3.3 Governance

De Wet toelating Zorginstellingen (hierna: WTZi) creëert een toelatingsregime op grond waarvan zorginstellingen aan bepaalde criteria moeten voldoen om een toelating te verkrijgen of geacht worden automatisch (dus zonder verzoek daartoe) over een toelating te beschikken. Het CIBG, ressorterend onder de minister, voert de WTZi uit.

Zorggroepen die zorg verlenen waarop een aanspraak bestaat in de zin van de AWBZ of Zvw, moeten een toelating hebben. Een toelating op grond van de WTZi is vereist als aan de volgende criteria is voldaan:

- er is een organisatorisch verband, alle verschijningsvormen van zorgaanbieders die geen individuele beroepsbeoefenaren zijn vallen hieronder;
- de zorgaanbieder(s) valt/vallen in een of meerdere van de bij het uitvoeringsbesluit WTZi aangewezen categorieën;
- er wordt verzekerde zorg, dus zorg op grond van de Zvw of AWBZ verleend.

Daarnaast kan een instelling van rechtswege geacht worden over een toelating te beschikken (dit wordt bepaald door het Uitvoeringsbesluit WTZi). Deze instellingen hoeven dus niet om een toelating te vragen, maar dienen wel aan de criteria van de toelating te voldoen. Dit geldt bijvoorbeeld voor instellingen van huisartsenzorg of paramedische zorg. De beoordeling of een instelling 'automatisch' toegelaten is ligt bij het CIBG.

Uit de WTZi volgt een aantal 'governance' bepalingen. Zo wordt de toelating alleen verleend als de zorgaanbieder voldoet aan "bij algemene maatregel van bestuur te stellen eisen omtrent bestuursstructuur, alsmede omtrent waarborgen voor een ordelijke en controleerbare bedrijfsvoering". Die eisen zijn opgenomen in het Uitvoeringsbesluit WTZi, dat een hoofdstuk bevat over transparantie-eisen. Het gaat daarbij onder meer over de scheiding tussen toezicht en uitvoering, de cliëntenraad en eisen aan de administratie.



## 4. Relevante markt zorggroepen

### 4.1 Afbakening relevante markt: methodiek

De afbakening van de relevante markt is het startpunt voor een mededingingsanalyse. In de kern gaat het er hierbij om vast te stellen welke producten of diensten met elkaar concurreren in welk gebied. Het afbakenen van de markt is van belang om de positie van een onderneming ten opzichte van andere ondernemingen op de markt te bepalen.

Hieronder wordt ingegaan op de afbakening van de relevante markt voor zorggroepen. Het betreft een eerste aanzet, met het doel betrokken partijen een indicatie te geven van de relevante markt. De daadwerkelijke marktabakening kan van geval tot geval verschillen, afhankelijk van de omstandigheden in een specifieke casus. Noch de NZa noch de NMa hebben in hun toezichtpraktijk een uitspraak gedaan over de afbakening van de markt waarop zorggroepen actief zijn. Voor het navolgende betekent dit dat, als over de markt of marktaandelen op die markt wordt gesproken, sprake is van een hypothetische relevante markt in mededingingsrechtelijke zin.

### 4.2 Algemene beschrijving

Zorggroepen bieden per definitie ketenzorg. Ketenzorg kan worden gezien als een gebundelde dienst; een set van diensten die ook los aangeboden kunnen worden. De huisarts, de diëtist, de apotheker, de fysiotherapeut, de verpleegkundige, de medisch specialist, etc. kunnen er immers ook voor kiezen chronisch zieke patiënten te behandelen buiten een keten om en hierover apart afspraken te maken met de zorgverzekeraar. De meerwaarde van de gebundelde dienst kan bestaan uit kwaliteitsvoordelen, lagere transactiekosten en het voorkomen van dubbele bekostiging.

Voor zorggroepen geldt dat het zwaartepunt van de door hen geleverde zorg ligt in de eerstelijns, voor patiënten met chronische aandoeningen. Het gaat hierbij in ieder geval om zorg voor patiënten met de volgende aandoeningen<sup>18</sup>:

- Diabetes;
- Cardiovasculair risicomanagement (CVR);
- COPD;
- Hartfalen;
- Artrose;
- Astma;
- CVA;
- Obesitas.

Voor zorg voor diabetes, CVR en COPD geldt dat zorggroepen op dit moment kunnen kiezen uit twee financieringsmogelijkheden: losse financiering en keten-dbc's (zie paragraaf 3.1.1). Voor de overige vormen van ketenzorg is alleen losse financiering mogelijk.

---

<sup>18</sup> Zie ook NZa Uitvoeringstoets Integrale Bekostiging Ketenzorg, januari 2010. Hierin worden ook dementie en depressie genoemd. Deze zorgvormen worden thans primair vanuit de AWBZ bekostigd, en worden om die reden buiten beschouwing gelaten in deze analyse.

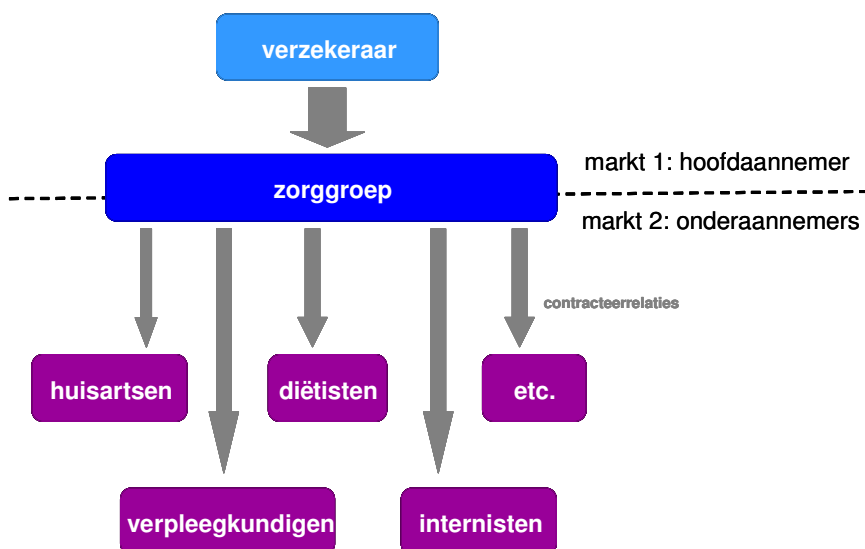
### 4.3 Relevante productmarkt zorggroepen

De relevante productmarkt bestaat uit alle producten of diensten die – op grond van hun kenmerken, hun prijzen en het gebruik waarvoor zij zijn bestemd – door patiënten als onderling verwisselbaar of substitueerbaar worden beschouwd. Aangezien het hier gaat om zorgverlening, spreken we in deze Richtsnoeren niet van een product maar van een dienst.

De belangrijkste bron van concurrentiedruk op aanbieders van een bepaalde dienst is de mogelijkheid van een afnemer om op andere diensten over te stappen. Dit wordt ook wel vraagsubstitutie genoemd. Concurrentiedruk kan ook ontstaan doordat bepaalde ondernemingen, die nu nog andere diensten produceren, makkelijk en snel de betreffende dienst op de markt zouden kunnen brengen omdat zij over alle bronnen en expertise beschikken. De vakterm hiervoor is aanbods substitutie. Voorwaarde hiervoor is dat die zorgaanbieders de dienst op korte termijn op de markt kunnen brengen zonder aanzienlijke bijkomende kosten te hoeven maken of risico's te lopen.

Er is op verschillende niveaus sprake van een 'markt'. De zorgverzekeraar koopt zorg in bij de zorggroep. Dit is markt 1 (zie figuur 5). De zorggroep koopt althans in hoofdvorm I vervolgens de benodigde onderdelen in bij de betrokken zorgaanbieders. In hoofdvorm II heeft de zorggroep de aanbieders al in dienst en hoeft hij deze zorg niet in te kopen, terwijl bij hoofdvorm III een deel van de zorg ingekocht dient te worden. Bij welke aanbieders zorg ingekocht dient te worden, is afhankelijk van de betreffende zorgstandaard en het specifieke zorgprogramma dat de betreffende zorggroep hanteert. Dit is markt 2 (zie figuur 5). Dit is ook de markt waar de zorg aan de patiënt geleverd wordt.

**Figuur 5. Markten zorggroepen**



In principe kan iedereen een zorggroep beginnen. Voorwaarde om op markt 1 een aanbod neer te kunnen zetten is dat de benodigde zorg (in hoofdvorm 1) wordt ingekocht bij de verschillende aanbieders die op de verschillende verkoopmarkten op markt 2 opereren. Bij de afbakening van de relevante markt dient rekening gehouden te worden met het perspectief van de patiënt, de zorgaanbieders en de zorgverzekeraars.

### 4.3.1 Markt 1: zorgverzekeraar/zorggroep

In principe kan iedereen die dat wil een zorggroep oprichten. Voorwaarde op grond van de beleidsregels die betrekking hebben op keten-dbc's is wel dat hij over de competenties dient te beschikken (c.q. deze competenties dient te hebben gecontracteerd) om basis huisartsgeneeskundige zorg te kunnen aanbieden. Dit hoeft niet uitsluitend een zorgaanbieder te zijn. Ook voor bijvoorbeeld een zorgverzekeraar, een patiëntenorganisatie of een externe commerciële partij bestaat de mogelijkheid om toe te treden tot deze markt en deze zorg aan te bieden.<sup>19</sup>

Aanbieders kunnen tot de relevante markt gerekend worden wanneer zij makkelijk en snel tot de productmarkt kunnen toetreden omdat zij over alle bronnen en expertise beschikken c.q. kunnen beschikken. Voorwaarde hiervoor is dat die aanbieders daadwerkelijk kunnen overschakelen en het product of de dienst op korte termijn op de markt kunnen brengen zonder aanzienlijke bijkomende kosten en risico's te lopen.

Op dit moment wordt ketenzorg met het zwaartepunt in de eerste lijn voor zover bekend voornamelijk aangeboden door zorggroepen, gezondheidscentra en eventueel combinaties van losse aanbieders.

Andere mogelijke aanbieders van ketenzorg - zoals thuiszorgorganisaties, verpleeg- en verzorgingsinstellingen, GGZ-instellingen en ziekenhuizen - hebben op dit moment reeds (een deel van) de benodigde zorgaanbieders onder contract en beschikken bovendien over de benodigde organisatiestructuur, daarom moet elk van deze partijen in staat geacht worden om ketenzorg aan te bieden. Om die reden maken zij - afhankelijk van het type keten waarover het gaat - in potentie deel uit van de relevante productmarkt. Het zelfde geldt voor reeds actieve zorggroepen. Deze zijn over het algemeen in staat om meerdere vormen van chronische ketenzorg aan te bieden.

In de toekomst zouden ook ketens actief kunnen worden die in meerdere (niet noodzakelijk aaneengesloten) regio's zorg leveren, maar dat is op dit moment nog niet het geval.

Zoals aangegeven worden de diensten uit de keten ook los aangeboden. De huisarts, de diëtist, de apotheker, de fysiotherapeut, de verpleegkundige, medisch specialist, etc. kunnen er immers ook voor kiezen chronisch zieke patiënten te behandelen buiten een zorggroep om en hierover apart afspraken te maken met de zorgverzekeraar, zolang zij zich hierbij aan de zorgstandaard houden. Het alternatief, de losse afname van zorg, impliceert dat de benodigde coördinatie en afstemming worden uitgevoerd binnen de 'standaard' consulten eventueel aangevuld met dekking van de kosten voor samenwerking via de beleidsregel GEZ, of de module M&I.

Mogelijk zal de zorg voor chronisch zieke patiënten in de toekomst alleen nog via ketens vergoed en dus aangeboden worden, maar dat is op dit moment niet het geval. Dit betekent dat in de huidige situatie zowel het (gebundelde) ketenaanbod als het losse aanbod in beginsel tot dezelfde markt behoren.

<sup>19</sup> Zorggroepen die zorg verlenen waarop aanspraak op grond van Zvw of AWBZ bestaat, dienen een toelating te hebben op grond van de Wet Toelating Zorginstellingen (WTZI).

De zorgverzekeraar dient op grond van zijn zorgplicht zorg in te kopen of te vergoeden waar de verzekerden op grond van behoefte en aanspraak recht op hebben. Indien de zorgverzekeraar een keten-dbc inkoop, betreft dit voor een groot deel zorg die onder de basisverzekering valt, maar bevat deze mogelijk ook elementen buiten de te verzekeren prestaties.

Voor zover ontwikkeld is de zorg die de zorgverzekeraar voor chronisch zieke patiënten dient in te kopen vastgelegd in de zorgstandaard. Bij zorg voor chronisch zieke patiënten betekent dit dat de zorgverzekeraar ofwel meerdere zorgaanbieders/beroepsgroepen zal moeten contracteren ofwel de zorg gebundeld contracteert bij een zorggroep. Net zoals de zorgaanbieders niet verplicht zijn deze zorg als (gebundelde) keten aan te bieden, zijn zorgverzekeraars niet verplicht deze als (gebundelde) keten af te nemen. In principe kan de zorgverzekeraar kiezen of hij de zorg voor chronisch zieke patiënten los inkoop of gebundeld.

### **4.3.2 Markt 2: zorggroep/onderaannemers**

Vanuit het perspectief van de chronisch zieke patiënt is de relevante zorg die hij geboden krijgt de zorg zoals omschreven in de zorgstandaard – als deze ontwikkeld is – voor de betreffende chronische aandoening. Dit is in ieder geval de zorg waar hij volgens de basisverzekering recht op heeft, mogelijk aangevuld met elementen die buiten de te verzekeren prestaties vallen (artikel 10 en 11 Zorgverzekeringswet).

Daar waar de zorgstandaard vereist dat minimaal een aantal zorgaanbieders betrokken is bij de behandeling, zoals de huisarts, de fysiotherapeut en de diëtist in het geval van diabeteszorg, dient deze zorg al dan niet gebundeld ingekocht te worden.

Vanuit het perspectief van de chronisch zieke patiënt is relevant dat een andere vorm van zorg voor bijvoorbeeld diabeteszorg geen alternatief is. Een diabetespatiënt heeft niets aan COPD-zorg, althans niet zonder dat hem ook diabeteszorg wordt verleend. In economische termen: er is geen sprake van vraagsubstitutie tussen verschillende vormen van zorg voor chronische aandoeningen.

Voor een aantal vormen van zorg voor chronisch zieke patiënten geldt dat de zorg inhoudelijk op elkaar lijkt. Dit is bijvoorbeeld het geval voor diabeteszorg en CVR. Op grond van regelgeving is het echter niet mogelijk dat een patiënt zowel CVR als diabeteszorg ontvangt, omdat keten-dbc's niet tegelijk open mogen staan.

### **4.3.3 Conclusie productmarkt**

Op grond van bovenstaande kan vooralsnog aangenomen worden dat sprake is van separate relevante markten voor elk van de genoemde chronische zorgvormen: diabeteszorg, cardiovasculair risicomanagement, COPD, hartfalen, artrose, astma, CVA en obesitas. Voor de leesbaarheid wordt in het vervolg van dit document gesproken van 'ketenzorg', daar waar deze productmarkten bedoeld worden. De daadwerkelijke productmarkt afbakening hangt af van de specifieke situatie.

## **4.4 Relevante geografische markt zorggroepen**

De relevante geografische markt is het gebied waarbinnen de bij de zorggroep in dienst zijnde of door de zorggroep gecontracteerde aanbieders zorg aanbieden (markt 2), waarbinnen vraag is naar hun

diensten en de concurrentievoorwaarden voldoende gelijkwaardig zijn én duidelijk afwijken van die in aangrenzende gebieden. Van belang voor de afbakening van de markt zijn de reistijden en de reisbereidheid van patiënten, omdat patiënten bij de keuze voor een zorgaanbieder reistijd vaak een rol laten spelen. De reisbereidheid van patiënten hangt af van het type zorg en het type patiënt.

#### *Perspectief van de patiënt*

Vanuit de patiënt bezien is de behoefte aan zorg, zeker waar het gaat om chronische zorg, doorgaans lokaal of regionaal. Voor meer specialistische vormen van zorg die planbaar zijn, zal een patiënt eerder bereid zijn om meer reistijd te accepteren. Bij het afbakenen van de relevante markt moet met dergelijke verschillen rekening worden gehouden.

De relevante geografische markt voor zorg aangeboden door zorggroepen wordt dus bepaald door de tijd die patiënten bereid zijn te reizen naar de zorgaanbieders die betrokken zijn bij de keten. Deze reistijd kan gemeten worden vanaf het huisadres van de patiënt, maar ook bijvoorbeeld vanaf de werkgever.<sup>20</sup> Van de betrokken zorgaanbieders in de keten bevindt de huisarts zich in afstand tot de patiënt doorgaans het dichtst bij, en dient voor andere zorgaanbieders zoals de fysiotherapeut in voorkomende gevallen een (iets) grotere afstand afgelegd te worden. Hoewel sterk vanuit het bestaande aanbod geredeneerd, en dus de vraag gerechtvaardigd is of in werkelijkheid de reisbereidheid voor patiënten niet anders is, is dit een sterke indicatie voor het bestaan van een lokale/regionale markt.

#### *Perspectief van de zorgaanbieder*

De zorg geleverd door zorggroepen is afkomstig van vrije beroepsbeoefenaren (waaronder huisartsen, fysiotherapeuten, verpleegkundig specialisten, diëtisten) en medisch specialisten. Uit de beschikkingenpraktijk van de NMa en monitors van de NZa<sup>21</sup> blijkt dat voor deze soorten aanbieders de relevante geografische markt in hoofdzaak lokaal/regionaal van aard zijn. Vrije beroepsbeoefenaren in de eerstelijnszorg opereren doorgaans op lokaal niveau (huisarts, fysiotherapeut) en/of regionaal niveau (medisch specialist). Derhalve geldt dat ook voor ketenzorg de geografische markt lokaal/regionaal van aard is.

In de toekomst zouden ook ketens actief worden die in meerdere (niet noodzakelijk aaneengesloten) regio's zorg leveren, maar dat is op dit moment nog niet het geval.

#### *Perspectief van de zorgverzekeraar*

Voor de zorgverzekeraar is het perspectief van de patiënt leidend. Gegeven de beperkte reisbereidheid van patiënten betekent dit dat ook voor de zorgverzekeraar de relevante geografische markt van zorg lokaal/regionaal bepaald is.

#### *Conclusie relevante geografische markt*

Gegeven waargenomen beperkte reisbereidheid van patiënten lijkt de relevante geografische markt voor zorg die wordt geleverd door of namens de zorggroep lokaal of regionaal. De daadwerkelijke geografische marktabakening hangt af van de specifieke situatie. Voor deze Richtsnoeren is het voorsnog voldoende om ervan uit te gaan dat

<sup>20</sup> Reistijd vanaf de werkgever is relevant bij bezoek aan de zorgaanbieder tijdens, voor of na werktijd.

<sup>21</sup> Zie onder meer NZa Visiedocument fysiotherapie (2005), Visiedocument dieetadviesing (2008), Langetermijnvisie geneesmiddelenbeleid (2008), Monitor Huisartsenzorg (2009).

de geografische markt voor ketenzorg naar alle waarschijnlijkheid lokaal of regionaal bepaald is.

#### **4.5 Conclusie relevante markt**

Vooralsnog kan ervan worden uitgegaan dat sprake is van separate relevante productmarkten voor elk van de genoemde chronische zorgvormen: diabeteszorg, cardiovasculair risicomanagement, COPD, hartfalen, artrose, astma, CVA en obesitas. De relevante geografische markt wordt vooralsnog lokaal of regionaal afgebakend.

De NMa en de NZa hebben in hun toezichtpraktijk nog geen uitspraak gedaan over de afbakening van de markt(en) waarop zorggroepen actief zijn. Voor het navolgende betekent dit dat, als over een markt of marktaandeel op die markt wordt gesproken, sprake is van een hypothetische relevante markt in mededingingsrechtelijke zin. Een relevante markt wordt pas 'definitief' afgebakend in een specifieke casus, afhankelijk van de omstandigheden van het geval. Verder is de afbakening niet statisch. Het is bijvoorbeeld denkbaar dat wanneer de transparantie over kwaliteit toeneemt en kwaliteitsverschillen tussen aanbieders en zorggroepen inzichtelijk worden, patiënten bereid zullen zijn verder te gaan reizen en zo de omvang van de geografische markt toeneemt.



## 5. Marktwerving zorggroepen: lange termijn perspectief

### 5.1 Mogelijkheden voor concurrentie zorggroepen

Uitgangspunt van het beleid van de minister en van de regulering van de NZa op deze markt is dat concurrentie tussen aanbieders van ketenzorg mogelijk is, en van meerwaarde is voor de patiënt. Dit uitgangspunt is vastgesteld in de visie functionele bekostiging en op basis hiervan zijn de prestaties ketenzorg vastgesteld.

In deze uitvoeringstoets komt de vraag aan de orde welke mededingingsproblemen mogelijk kunnen zijn ten aanzien van zorggroepen. Voordat naar potentiële mededingingsproblemen gekeken wordt, is het echter goed – mede naar aanleiding van de resultaten van de consultatie – te kijken naar de vraag in hoeverre zorggroepen überhaupt kunnen concurreren.

Concurrentie tussen zorggroepen kan plaatsvinden op twee niveaus:

- *concurrentiedruk door concurrenten*: de concurrentiedruk die reeds bestaande concurrenten en/of nieuwe toetreders kunnen uitoefenen;
- *concurrentiedruk door afnemers*: de inkoopmacht die patiënten en zorgverzekeraars kunnen uitoefenen.

Hieronder worden deze twee vormen van concurrentie nader uitgewerkt.

### 5.2 Concurrentiedruk door concurrenten

#### *Bestaande concurrenten*

Binnen de huidige regelgeving moeten zorggroepen in principe in staat zijn direct met elkaar te concurreren en patiënten van elkaar te verwerven. Dit kan ofwel door in hetzelfde gebied zorg aan te bieden, ofwel door patiënten uit een ander gebied aan te trekken met een beter aanbod. In de praktijk komt deze vorm van concurrentie tot dusver weinig voor in directe vorm. Wel is sprake van (indirecte) concurrentie doordat aanbieders van ketenzorg in aangrenzende gebieden elkaars voorwaarden beïnvloeden. Een toetredende partij kan met zijn toetreding aanbieders in aangrenzende gebieden 'dwingen' hun programma te verbeteren, bijvoorbeeld omdat patiënten hierom vragen. Deze verbetering kan plaatsvinden in termen van zowel prijs, kwaliteit als toegankelijkheid.

#### *Nieuwe toetreders*

Bestaande zorggroepen zouden daarnaast concurrentiedruk kunnen ervaren van nieuwe toetreders. Er zijn twee categorieën nieuwe toetreders. De eerste categorie is die van nieuwe aanbieders die een vergelijkbaar aanbod in de markt zetten. Een voorbeeld hiervan is een nieuwe toetreders die eerstelijnsaanbieders in een regio contracteert om daar ketenzorg aan te kunnen gaan bieden. De tweede categorie is die van alternatieve aanbieders. Bijvoorbeeld ziekenhuizen of thuiszorgaanbieders, die met hun bestaande infrastructuur ook eerstelijns ketenzorg gaan aanbieden, of een groep fysiotherapeuten die nu alleen COPD aanbiedt, maar die diabeteszorg aan zou kunnen bieden.

Of de nieuwe aanbieders tot de markt kunnen toetreden hangt gezien de centrale rol die de huisarts bij ketenzorg inneemt, af van de

mogelijkheden om huisartsen aan te trekken. Dit kunnen huisartsen zijn die nog niet tot een zorggroep behoren, maar ook die al door een zorggroep zijn gecontracteerd en bereid zijn naar een andere zorggroep over te stappen. De patiënten zouden dan via hun huisarts mee kunnen gaan naar de nieuwe aanbieder van ketenzorg.

Potentiële nieuwe toetreders hoeven niet daadwerkelijk toe te treden tot een markt om disciplinerende werking uit te oefenen op de zittende partijen. De dreiging van toetreding op zichzelf kan voldoende zijn voor een concurrerende markt.

#### *Resultaten consultatie*

Uit de consultatie blijkt dat concurrentie door nieuwe toetreders tot dusver beperkt is.

Inschatting toetredingsmogelijkheden door partijen in reactie op consultatiedocument zorggroepen:

- *"Is alleen mogelijk als er voldoende marktaandeel over blijft."*
- *"Is mogelijk als de zorg kwalitatief maar goed is."*
- *"Het is mogelijk voor nieuwe partijen om toe te treden, deze moeten wel zelf een netwerk van goed samenwerkende zorgverleners kunnen opzetten van een bepaalde minimumomvang. Wanneer er daar te weinig van zijn, is splitsing van zo'n netwerk lastig en ook weinig zinvol. Verzekeraars stellen zelf ook eisen aan de minimumomvang."*
- *"Het is mogelijk dat er meerdere zorggroepen opereren in dezelfde regio. Dit is wel afhankelijk van de mate waarin een zorggroep zorgaanbieders in de relevante markt heeft gecontracteerd. Indien nagenoeg alle huisartsen in een regio zijn gecontracteerd zal het bijna onmogelijk zijn voor concurrerende zorggroepen om nog toe te treden tot de markt."*
- *"Meerder zorggroepen kunnen opereren in dezelfde regio, maar zullen in de praktijk niet elkaars concurrent zijn. Patiënten gaan niet shoppen voor betere zorg bij een andere zorggroep omdat ze bij hun huisarts willen blijven. "*
- *"In theorie mogelijk, het is echter zeer de vraag of toetreding tot een regio daadwerkelijk aan de orde is. Zorggroepen betreffen in de regel samenwerking tussen gevestigde individuele zorgaanbieders. "*
- *"Is mogelijk, afhankelijk van de lokale situatie (dun of dicht bevolkte gebieden) en contracteerbeleid verzekeraar (die stuurt op bepaalde minimumomvang) en daarnaast van de duur van de contracten die zorgverleners hebben gesloten met hun huidige werkgevers."*
- *"Is mogelijk, maar meerdere zorggroepen komen niet ten goede aan de schaalvoordelen die behaald worden m.b.t. kwaliteit en kosten."*
- *"Vanuit de verzekeraars komt een gemengd beeld naar voren. Enkele verzekeraars stellen dat dit mogelijk en wenselijk is en faciliteren dit ook. Een verzekeraar geeft alle partijen de mogelijkheid om toe te treden en hecht niet aan een minimumomvang, het gaat om een goede prijs- kwaliteit verhouding. In regio's waar de huisartsen al zijn aangesloten bij een zorggroep zal het voor een nieuwe partij moeilijk zijn om toe te treden."*
- *"De mogelijkheid van invechten is er, maar het blijft moeilijk of er moet substantiële onvrede zijn met de huidige zorggroep."*
- *"Daarnaast geldt dat verzekeraars huisartsen vooral stimuleren om zich aan te sluiten bij bestaande zorggroepen omdat zij hiermee kunnen besparen op hun transactiekosten. Het is voor hen prettiger om met één partij zaken te doen in plaats van meerdere partijen."*

Concluderend kan gesteld worden dat als partijen binnen de zorggroep een hecht collectief vormen het moeilijk zal zijn voor nieuwe aanbieders

om toe te treden, omdat huisartsen dan niet snel hun eigen zorggroepen zullen verlaten, zeker niet als ze hiervan zelf eigenaar zijn.

#### *Uittreding zorgaanbieders uit zorggroep*

Daarnaast kunnen zorggroepen concurrentiedruk ervaren vanuit hun eigen gelederen. Bijvoorbeeld als een groep huisartsen uit de zorggroep stapt en een eigen zorggroep begint omdat zij ontevreden zijn over het door de zorggroep gevoerde beleid. Uit de consultatie blijkt dat tot dusver beperkt sprake is van uittreding.

### 5.3 Concurrentiedruk door afnemers

#### *Patiënten*

De mate waarin zorggroepen concurrentiedruk op elkaar uitoefenen hangt af van de vraag of patiënten kunnen overstappen naar een andere zorggroep als zij ontevreden zijn over de door de zorggroep geleverde zorg en dan met name de individuele aanbieders die namens de zorggroep zorg leveren. Een overstap naar een andere aanbieder binnen een zorggroep zal op het niveau van de zorggroep niet voor concurrentiedruk zorgen.<sup>22</sup>

Binnen de zorggroepen spelen de huisartsen op dit moment een centrale coördinerende rol en zij brengen ook de patiënten in bij de zorggroep als zij hiermee een inkoopcontract aangaan. De huisarts verzorgt daarmee een bundel van generieke basiszorg en ketenzorg (of althans het huisartsspecifieke gedeelte daarvan). Door deze relatie hangen de concurrentiemogelijkheden tussen zorggroepen sterk af van de bereidheid van patiënten om van huisarts te veranderen (al dan niet voor dit specifieke gedeelte van door huisartsen geleverde zorg), van de bereidheid van de huisartsen dit te faciliteren en van de aanwezigheid van een andere zorggroep op een voor patiënten bereisbare afstand. Daarnaast zou de verzekeraar zijn verzekerden direct kunnen sturen naar zorggroepen van hun voorkeur.

Op het moment dat ook nieuwe toetreders actief worden ontstaan er meer keuzemogelijkheden voor de patiënt. Gegeven het feit dat binnen de bestaande regelgeving de mogelijkheid bestaat voor andere zorgverleners dan huisartsen om ketens te coördineren (zolang de ketenaanbieder minimaal ook basis huisartsgeneeskundige zorg aanbiedt, oftewel gecontracteerd heeft), lijkt op dit vlak ruimte te zijn voor concurrentie.

Om dit te voorkomen zouden bestaande partijen over kunnen gaan tot koppelverkoop: een patiënt krijgt alleen toegang tot het programma van 'zijn' zorggroep als hij bij zijn eigen huisarts blijft. Of omgekeerd: hij stuurt zijn patiënt weg wanneer deze een andere zorggroep kiest dan zijn eigen. In beide gevallen is mogelijk sprake van een AMM-positie. Deze wordt benut doordat de marktmacht die de huisarts heeft op de markt voor generieke basiszorg de markt voor ketenzorg/chronische zorg

<sup>22</sup> Binnen de zorggroep kunnen ontevreden patiënten wel voor concurrentiedruk zorgen voor individuele huisartsen als zij kunnen overstappen naar andere huisartsen. Het valt echter niet te verwachten dat zij op zorggroepniveau inzicht krijgen in de kwaliteitsverschillen van de door een zorggroep gecontracteerde huisartsen. De zorggroep kan daarnaast direct ingrijpen bij huisartsen die niet goed presteren en daar kwaliteitsverbeteringen doorvoeren. Zij zal echter niet direct patiënten gaan sturen naar bepaalde goed presterende aanbieders. Op aanbieder niveau kan er dus concurrentiedruk blijven om goede kwaliteit te leveren, maar zullen huisartsen zich ook niet veel te van elkaar kunnen onderscheiden omdat ze via hetzelfde protocol/zorgprogramma werken. Prijsconcurrentie zal er alleen ontstaan als de zorggroep gedifferentieerd inkoop en ook actief patiënten stuurt van de ene huisarts naar de andere. Dit lijkt op dit moment niet realistisch.

kan beïnvloeden. In economische termen is dan sprake van 'leveraging' van marktmacht.

Of er concurrentie tussen zorggroepen kan plaatsvinden hangt dus af van de mogelijkheden van patiënten om van zorggroep/huisarts te veranderen, de redenen van patiënten om dit te doen (alleen bij ontevredenheid over de geleverde prestaties of ook bijvoorbeeld als blijkt dat zorggroep A betere uitkomsten laat zien dan zorggroep B), de sturingsmogelijkheden van verzekeraars en of deze patiëntverschuivingen inderdaad effect hebben op de prijs- en kwaliteitverhouding die door zorggroepen wordt geleverd. Als bijvoorbeeld maar een heel klein percentage overstapt zal de zorggroep mogelijk zijn prijs- kwaliteit verhouding niet aan passen en wordt er dus nauwelijks tot geen concurrentiedruk uitgeoefend. Er moet in die zin sprake zijn van een kritische massa.

Uit de consultatie blijkt dat nog niet duidelijk is in hoeverre patiënten daadwerkelijk overstappen.

Inschatting overstapmogelijkheden patiënten door partijen in reactie op consultatiedocument zorggroepen:

- *"Niet duidelijk in hoeverre de patiënt bereid is om over te stappen naar een andere huisarts vanwege de door hem geleverde chronische zorg."*
- *"Op dit moment ook niet duidelijk of huisartsen patiënten van elkaar aannemen. Veel signalen in de markt dat huisartsen weigeren om elkaars patiënten over te nemen. Huisartsen werken voor de reguliere zorg ook veel met elkaar samen in de regio en zullen naast de zorggroep veel contact met elkaar hebben."*
- *"Alleen in gemeenten waar meerdere zorggroepen opereren kan een patiënt kiezen voor een andere zorggroep. In gebieden waar maar 1 zorggroep opereert zal dit lastig zijn. Alleen de patiënten die een keuze kan maken uit twee zorggroepen op vergelijkbare reisafstand kan dan overstappen (patiënten die aan de randen van de werkgebieden van verschillende zorggroepen wonen)."*
- *"Verzekeraars zullen waarschijnlijk niet over de mogelijkheden beschikken om patiënten te sturen. Zij kunnen niet met financiële prikkels werken omdat de ketenzorg grotendeels geen eigen risico kent en in het basispakket valt en het voor verzekeraars moeilijk zal zijn om patiënten te sturen als dit betekent dat zij ook van huisarts moeten veranderen. Patiënten hebben namelijk een sterke vertrouwensrelatie met de huisarts en zullen deze niet zo snel opgeven."*

#### Zorgverzekeraars

In het – vanuit mededingingsoogpunt – ideale geval kunnen zorgverzekeraars per verzekerde kiezen uit verschillende aanbieders van ketenzorg/verschillende zorggroepen. De aanwezigheid hiervan hangt af van de (potentiële) concurrenten in de buurt. Als deze keuze er is, kunnen verzekeraars inkopen op basis van de kwaliteit/prijs/toegankelijkheid verhouding van de verschillende concurrenten.

Als concurrentie tussen zorggroepen niet mogelijk is, beschikken verzekeraars over mogelijkheden om de prestaties van zorggroepen te benchmarken als zij zorggroepen in verschillende regio's contracteren (en kunnen hiermee ook in regio's waar maar 1 zorggroep actief is voor een concurrerende omgeving zorgen). Zij kunnen hier mee voor de juiste prikkels voor zorggroepen zorgen om efficiënt te opereren en een goede kwaliteit te leveren. Verzekeraars moeten dan wel deze

prestatiecontracten kunnen sluiten met zorggroepen (zorggroepen moeten hiermee instemmen) en dit zal lastiger zijn als de zorggroep de enige partij is die deze zorg levert.

## **5.4 Conclusie**

De NZa concludeert dat in potentie voldoende ruimte is voor concurrentie tussen zorggroepen, maar dat de ontwikkeling hiervan nog op gang moet komen. Patiënten en zorgverzekeraars kunnen ofwel directe invloed uitoefenen door over te stappen, ofwel indirect door aanbieders met elkaar te 'benchmarken'.

De NZa concludeert voorts dat hoewel op de lange termijn in potentie voldoende ruimte is voor concurrentie tussen zorggroepen en/of andere aanbieders van ketenzorg, de concurrentie op korte termijn belemmerd kan worden door toe- en uittredingsdrempels voor zorgaanbieders en overstapdrempels voor patiënten en verzekeraars. Dit kan voortvloeien uit, of leiden tot machtsposities van zittende partijen en tot mededingingsproblemen die de publieke belangen van de zorg (kwaliteit, toegankelijkheid, betaalbaarheid) in gevaar kunnen brengen.

In de navolgende hoofdstukken komt aan de orde of en hoe deze machtsposities kunnen ontstaan, en welke gevolgen dit kan hebben voor de publieke belangen.



## 6. Analyse marktmacht zorggroepen

### 6.1 Inleiding

Zorggroepen opereren simultaan op twee markten. Enerzijds leveren zij ketenzorg aan patiënten, betaald door de zorgverzekeraar (markt 1). Anderzijds kopen zij de hiervoor benodigde zorg in bij individuele zorgaanbieders (markt 2).

In het voorgaande hoofdstuk wordt geconcludeerd dat hoewel op lange termijn voldoende ruimte is voor concurrentie tussen zorggroepen en/of andere aanbieders van ketenzorg, deze op korte termijn wordt belemmerd door toe- en uittredingsdrempels voor zorgaanbieders en overstapdrempels voor patiënten en verzekeraars. Dit kan voortvloeien uit, of leiden tot machtsposities van zittende partijen, en leiden tot mededingingsproblemen die de publieke belangen van de zorg in gevaar kunnen brengen.

In dit hoofdstuk komt de positie aan de orde die zorggroepen innemen op de relevante markten voor ketenzorg, en de vraag of dit mogelijk een AMM-positie inhoudt. Deze analyse wordt uitgevoerd vanuit twee gezichtspunten: de theorie en de praktijk. De praktijkervaringen zijn afkomstig van de opgedane ervaringen tot dusver en de input naar aanleiding van het consultatiedocument.

### 6.2 Analyse marktmacht zorggroepen

De machtspositie van een zorggroep hangt af van een samenspel van factoren. De belangrijkste hiervan zijn: marktaandeel, inkoopmacht zorgverzekeraars, toe- en uittredingsdrempels, overstapdrempels en schaaleffecten. Hieronder komen deze factoren aan de orde.

#### 6.2.1 Marktaandeel

##### *De theorie*

Marktaandelen kunnen behulpzaam zijn om bijvoorbeeld de impact van een gedraging op de concurrentieverhoudingen op die markt te beoordelen. Bij lage marktaandelen zullen patiënten namelijk meer keuzemogelijkheden overhouden en zullen zorgaanbieders of zorgverzekeraars vanwege de (potentiële) concurrentiedruk meer geneigd zijn om eventuele voordelen uit de overeenkomst door te geven aan de patiënt of verzekerde.

### Voorbeeld berekening marktaandeel

Zorggroep A in regio B biedt diabeteszorg aan alle patiënten van de door zorggroep A gecontracteerde huisartsen.

Als ter illustratie de markt voor huisartsenzorg als relevante markt zou worden beschouwd dan kan het marktaandeel van zorggroep A als *vuistregel* worden ingeschat als:

1. het aantal ingeschreven patiënten van de door de zorggroep gecontracteerde huisartsen,

gedeeld door

2. het totaal aantal ingeschreven patiënten bij alle huisartsen in het werkgebied van de zorggroep.

Stel dat in regio B in totaal 8 huisartsen werkzaam zijn, met in totaal 20.000 ingeschreven patiënten. Stel vervolgens dat 5 van deze huisartsen gecontracteerd zijn door zorggroep A, en dat bij deze huisartsen in totaal 12.500 patiënten ingeschreven staan. Het marktaandeel van zorggroep A bedraagt dan 62,5%.

De grootte van het marktaandeel van de zorggroep is een belangrijke aanwijzing voor AMM. Hoe hoger het marktaandeel, hoe sterker de indicatie voor de aanwezigheid van een AMM-positie. Hierbij is geen exacte grens te trekken, maar wel bij benadering aan te geven waar de gevarenszone zich bevindt. De Memorie van Toelichting bij de Wmg geeft een aantal categorieën weer. Een marktaandeel lager dan 25% zal niet snel een probleem opleveren, het bestaan van AMM is dan onwaarschijnlijk. Tussen de 25 en de 40% marktaandeel is een AMM-positie mogelijk, bijvoorbeeld wanneer sprake is van essentiële voorzieningen. Tussen de 40 en de 55% marktaandeel is AMM aannemelijk en nader onderzoek vereist. Bij meer dan 55% marktaandeel kan geconcludeerd worden dat sprake is van AMM, tenzij er andere factoren zijn die er sterk op wijzen dat er toch effectieve concurrentie is.<sup>23</sup>

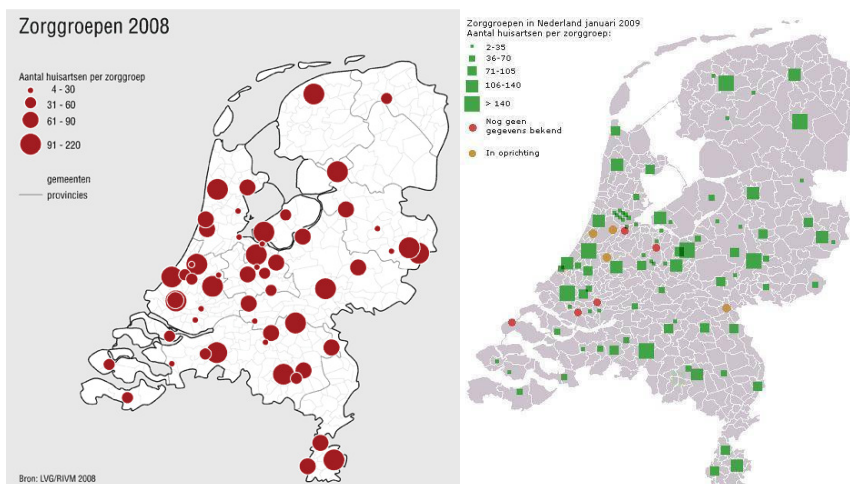
#### *De praktijk*

Onderstaande figuur geeft een overzicht van de bestaande zorggroepen in juni 2008 en in januari 2009.

<sup>23</sup> Zie NZa (2008), Toelichting op de beleidsregel Aanmerkelijke Marktmacht in de Zorg



**Figuur 6 – Overzichten aantal en grootte zorggroepen 2008 en 2009**



Bron: LVG Nulmeting zorggroepen (2008, links), Adviesgroep Ketenzorg (2009, rechts)

Ten eerste valt op dat relatief veel zorggroepen een aanzienlijke omvang hebben, in termen van het aantal huisartsen per zorggroep. In sommige gevallen gaat het om meer dan 200 gecontracteerde huisartsen (zie 2008 kaart).

Verder valt op dat er in relatief veel regio's slechts één zorggroep actief is. De kaarten in figuur 6 geven niet het volledige beeld omdat alleen de locaties van de 'hoofdkantoren' van de zorggroep worden aangegeven, terwijl de gecontracteerde huisartsen door de regio heen verspreid zijn. In de praktijk kan er dan enige 'overlap' bestaan tussen zorggroepen bij de grenzen van de werkgebieden. Op basis van de bevindingen bij een specifieke casus die de NZa heeft onderzocht<sup>24</sup>, is de verwachting dat deze overlap aan de randen van het werkgebied beperkt is.

Ook kan er over het algemeen vanuit worden gegaan dat er in een werkgebied slechts een beperkt aantal huisartsen is die niet zijn gecontracteerd door een zorggroep. In veel gevallen zijn er naast de zorggroep geen andere zorggroepen in hetzelfde werkgebied aanwezig. Andere aanbieders zijn dan huisartsen in het werkgebied die niet gecontracteerd zijn door de zorggroep. Aangezien volgens schattingen minstens 80% van alle huisartsen in Nederland op enigerlei wijze aangesloten is bij een zorggroep, vormen 'losse' huisartsen niet echt een alternatief voor de zorgverzekeraar om ketenzorg bij in te kopen.

Uit bovenstaande volgt dat zorggroepen op beide kaarten die worden aangeduid als een vierkant of cirkel die *niet* overlapt met een andere vierkant of cirkel, hoogstwaarschijnlijk een zeer hoog marktaandeel hebben (groter dan 55%). In 2008 hadden 31 van de 55 zorggroepen geen overlap met andere zorggroepen (56%). In 2009 hadden volgens de kaart 64 van de 83 zorggroepen geen overlap met andere zorggroepen (77%).

Verder kunnen zorggroepen die wel een overlap hebben met het werkgebied van andere zorggroepen, ook een aanzienlijk marktaandeel hebben.

<sup>24</sup> Het werkgebied van zorggroep x grenst aan de werkgebieden van zorggroepen y en z. Zorggroep x heeft aangegeven dat er niet of nauwelijks overlap is omdat in het grensgebied alle huisartsen in een bepaald postcodegebied ofwel bij de ene ofwel bij de andere zorggroep zijn aangesloten. Op deze manier is er nauwelijks overlap tussen werkgebieden, ook niet aan de rand.

### *Conclusie marktaandeel zorggroepen*

Een belangrijke aanwijzing voor AMM is een marktaandeel groter dan 55%. Nogmaals gebruik makend van de vuistregel voor het berekenen van het marktaandeel, is bovenstaande een belangrijke indicatie dat een significant aantal zorggroepen in Nederland een marktaandeel heeft groter dan 55%.

Tenzij er andere factoren zijn die er sterk op wijzen dat er toch effectieve concurrentie is, kan bij meer dan 55% marktaandeel de conclusie getrokken worden dat er sprake is van AMM.<sup>25</sup> Factoren die hierbij een rol spelen zijn de aanwezigheid van compenserende inkoopmacht van zorgverzekeraars, toetredingsdrempels, overstapdrempels en schaaffecten.

## **6.2.2 Inkoopmacht zorgverzekeraars**

### *De theorie*

Inkoopmacht is marktmacht aan de inkoopzijde van een markt en betreft de positie die een afnemer of inkoper heeft ten opzichte van leveranciers. Inkoopmacht aan de zijde van de zorgverzekeraar kan een eventuele positie van AMM aan de zijde van een zorggroep compenseren.

Wanneer (bepaalde) afnemers, zoals de zorgverzekeraars, een sterke positie hebben in de onderhandelingen met de zorggroep, beperkt dit de mogelijkheid van deze aanbieder om zich onafhankelijk te gedragen. Inkoopmacht kan gebaseerd zijn op de omvang van de afnemer, zijn commerciële betekenis voor de leverancier en het vermogen om over te stappen naar andere (potentiële) leveranciers, dan wel zelf tot de markt toe te treden (de vroegere afnemer wordt dan concurrent).

Hoe groter het aandeel is dat de ingekochte dienst uitmaakt van de totale kosten van de verzekeraar of hoe groter het absolute bedrag is dat voor de ingekochte dienst betaald zou moeten worden, hoe groter de prikkel van een verzekeraar is om scherp te onderhandelen. In het algemeen wordt aangenomen dat een zekere mate van inkoopmacht voordelen met zich meebrengt zolang de voordelen doorgegeven worden aan de consument (via de premies).

Als aan deze voorwaarden is voldaan, vormt eventuele inkoopmacht van zorgverzekeraars geen probleem vanuit het perspectief van de consument. Onder het systeem van de Wmg en de Zvw is het juist de beoogde rol van de ziektekostenverzekeraars om namens de consument een goede prijs/kwaliteitverhouding te realiseren bij de inkoop van zorg.<sup>26</sup> In haar meest recente monitor over de zorgverzekeringsmarkt komt de NZa tot een positief oordeel over de positie van de consument op de zorgverzekeringsmarkt. Voor een nadere onderbouwing van dit oordeel zij verwezen naar de NZa-monitor.<sup>27</sup>

Om te kunnen beoordelen of een zorgverzekeraar voldoende compenserende inkoopmacht heeft ten opzichte van een zorggroep moeten de relatieve onderhandelingsposities van beide partijen nader worden bekeken. Relevante factoren in het geval van zorggroepen zijn:

---

<sup>25</sup> Zie NZa (2008), Beleidsregel AMM, AL/BR-100.086

<sup>26</sup> Zie ook NZa (2010), Visiedocument Inkoopmacht en collectief onderhandelen en NZa (2007), Toelichting op de Beleidsregel Aanmerkelijke Marktmacht in de Zorg, juni 2007, pag. 22.

<sup>27</sup> NZa (2009), Monitor Zorgverzekeringsmarkt

- De zorgplicht van de zorgverzekeraar: hij moet de toegang tot de zorg voor zijn verzekerden mogelijk maken;
- Alternatieven zoals inkoop van losse diensten;
- Angst voor reputatieschade bij zorgverzekeraars, wanneer ketens van een zorggroep niet worden ingekocht;
- De (on)mogelijkheden van sturing van verzekerden;
- Concurrentie op de zorgverzekeringsmarkt: als een concurrent wel inkoop, welke (potentiële) gevolgen heeft dat voor verzekeraar die niet inkoop;
- (On)mogelijkheden voor de zorgverzekeraar om de toetreding van andere zorggroepen te faciliteren.

Daarnaast is er de invloed van de 'dominante' verzekeraar: als die een goed contract weet af te sluiten, lijken andere zorgverzekeraars daar van mee te kunnen profiteren. Het omgekeerde kan ook het geval zijn, wanneer een voorheen volgende verzekeraar andere contractvoorwaarden eist dan de dominante verzekeraar, omdat hij die elders (vaak in zijn eigen werkgebied) heeft weten te bedingen.

Indien een zorgverzekeraar gelet op deze elementen geen of onvoldoende inkoopmacht kan uitoefenen, vormt dit een belangrijke aanwijzing van AMM van de betreffende zorggroep.

#### *De praktijk*

- *Zorgplicht.* De zorgverzekeraar dient op grond van zijn zorgplicht zorg in te kopen of te vergoeden waar de verzekerde op grond van zijn behoefte en aanspraak recht op heeft. Een zorgverzekeraar moet dus toegang tot bijvoorbeeld diabeteszorg bieden. Dit betekent dat een zorgverzekeraar in elk geval niet de optie heeft om niet te voorzien in zorg voor diabetespatiënten. Daarmee is niet gezegd dat de zorgverzekeraar alleen aan deze zorgplicht kan voldoen door met een zorggroep het ketenproduct diabeteszorg te contracteren. Diabetespatiënten kunnen ook diabeteszorg krijgen via 'losse' zorgaanbieders, zoals het geval was vóór de invoering van integrale bekostiging van ketenzorg.
- *Alternatief van losse diensten.* Voor zorgverzekeraars staat het alternatief (de 'outside option') open om geen contract over ketenzorg met een zorggroep af te sluiten. Zonder contract met de zorggroep worden huisartsen en andere zorgaanbieders voor de ketenzorg die ze leveren op de 'oude wijze' bekostigd, via losse consulten.
- *Reputatie.* Zorgverzekeraars die geen contract afsluiten met een zorggroep in een bepaalde regio kunnen reputatieschade oplopen. Publiciteit met de boodschap dat een zorgverzekeraar verzekerden bepaalde zorg – in dit geval zorg aangeboden in ketens – onthoudt kan schadelijk zijn voor de verzekeraar.
- *Sturing verzekerden.* De NZa constateert dat het op dit moment voor een zorgverzekeraar lastig is patiënten te 'sturen' naar een bepaalde zorgaanbieder. Dat betekent dat selectief contracteren met zorggroepen op dit moment lastig is.
- *Concurrentie op de zorgverzekeringsmarkt.* Stel een zorgverzekeraar sluit geen contract voor ketenzorg af met een zorggroep en een concurrent van die zorgverzekeraar doet dat wel. Als verzekerden een voorkeur hebben voor ketenzorg boven zorg via losse aanbieders, dan loopt de zorgverzekeraar het risico verzekerden om deze reden te verliezen aan de concurrent. In een gebied waar een zorgverzekeraar een klein aantal verzekerden heeft is deze factor minder belangrijk. Het kan wel belangrijk zijn in het kerngebied van een zorgverzekeraar.
- *Transparantie van tarieven en opbouw zorgprogramma's.* Een zorgverzekeraar staat sterker ten opzichte van zorggroepen als hij in

staat is tarieven en de opbouw van een zorgprogramma te vergelijken met tarieven en de opbouw van andere zorggroepen.

- *Faciliteren van toetreding*. Een zorgverzekeraar kan mogelijk toetreding van een zorggroep faciliteren door huisartsen van een zorggroep te bewegen zich bij een andere zorggroep aan te sluiten. In bepaalde gevallen kan dit een geloofwaardige dreiging zijn die de bestaande zorggroep onder druk zet een contract af te sluiten.

Uit de consultatie komt een diffuus beeld naar boven van de mate van inkoopmacht van zorgverzekeraars, dat het beeld lijkt te bevestigen van een markt in transitie. Enerzijds zijn er beroepsorganisaties en zorggroepen die aangeven weinig tot geen ruimte te hebben in de onderhandelingen met zorgverzekeraars; zij worden geacht 'te tekenen bij het kruisje'. Anderzijds blijkt dat zorgverzekeraars weinig alternatieven hebben wanneer aanbieders van ketenzorg weigeren te tekenen.

In de praktijk is het in eerste instantie de zorgaanbieder die beslist of hij zijn diensten via ketenzorg aanbiedt of 'los'. Als vervolgens de 'dominante' zorgverzekeraar in de regio hier een contract aan verbindt, lijken andere zorgverzekeraars bij de betreffende zorgaanbieder geen keuze meer te hebben. Zorgaanbieders geven aan niet de ene patiënt wel in de keten te behandelen, en de andere niet. Dit brengt het risico van 'free rider' gedrag met zich mee: wanneer de dominante zorgverzekeraar wel een contract afsluit en andere verzekeraars niet willen volgen, maar wel verwachten dat ketenzorg wordt geleverd tegen een lagere prijs. Dit kan ertoe leiden dat verzekeraars helemaal geen ketenzorg meer willen contracteren, en daarmee ook het aanbod wegvalt.

Tot nu toe heeft de NZa een aantal meldingen/signalen ontvangen ten aanzien van (vermeende) aanmerkelijke marktmacht van zorggroepen. Een aantal zorggroepen gaf aan dat ook zij marktmacht van zorgverzekeraars ervaren. Op basis van meer informele berichten en geluiden uit het veld is duidelijk dat de contractonderhandelingen voor de zorgtrajecten tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders scherper worden gevoerd dan in voorgaande jaren en dat overeenkomsten moeizaam tot stand komen.

#### *Conclusie inkoopmacht*

Of er sprake is van compenserende inkoopmacht dient per geval bekeken te worden. De ontwikkeling van zorggroepen lijkt nog in een beginfase te verkeren. De machtsverhoudingen in de zorginkoop zijn dan ook nog niet uitgekristalliseerd. Indien een zorgverzekeraar gelet op voorgenoemde elementen haar inkoopmacht niet kan uitoefenen zal een eventuele AMM-positie aan de kant van de zorggroep hierdoor niet gecompenseerd worden.

Overigens lijkt omgekeerd geen sprake van AMM van zorgverzekeraars op de markt voor ketenzorg naar voorlopige inschatting van de NZa. Er is – mede op grond van de zorgplicht – geen sprake van inkoopmacht van zorgverzekeraars die ervoor zorgt dat er te lage tarieven voor ketenzorg tot stand komen. Bovendien geldt dat, zou er wel sprake zijn van AMM van zorgverzekeraars, dit minder problematisch zou zijn dan AMM van zorggroepen. De reden is dat de lage tarieven voor ketenzorg door verzekeraars naar verwachting worden doorgegeven aan verzekerden via lagere premies.

### 6.2.3 Toetredingsdrempels

#### *De theorie*

Voor het bestaan van een AMM-positie is van belang de mate waarin toetreding tot de relevante markt wordt bemoeilijkt door bijvoorbeeld schaalvoordelen, investeringskosten, beperkte beschikbaarheid van geschikte of goede locaties en wettelijke en technische belemmeringen. Een partij met AMM kan blijvend de mededinging beïnvloeden als zij geen of onvoldoende dreiging ondervindt van een nieuwkomer die toetreedt tot de relevante markt en daarmee voor (bijvoorbeeld) prijsdruk zorgt.

Een partij met AMM kan blijvend de mededinging beïnvloeden als zij geen of onvoldoende dreiging ondervindt van een nieuwkomer die toetreedt tot de relevante markt en daarmee voor (bijvoorbeeld) prijsdruk zorgt. Als er nauwelijks toetredingsdrempels bestaan kan alleen al de dreiging van potentiële toetreding een partij met een potentiële AMM-positie er van weerhouden zijn prijzen zodanig te verhogen dat ze boven een concurrerend niveau liggen - zelfs als uiteindelijk geen daadwerkelijke toetreding plaatsvindt. In dit geval zal vermoedelijk geen AMM bestaan zelfs al heeft de partij een hoog marktaandeel.

#### *De praktijk*

Er zijn verschillende opties voor toetreding tot de markt door andere zorggroepen (zorggroepen die in een ander en/of aanpalend werkgebied opereren), door nieuwe toetreders (bijvoorbeeld thuiszorgaanbieders, apothekers, ziekenhuizen) en/of door betrokken zorgaanbieders die verbonden zijn of gecontracteerd zijn door de bestaande zorggroep (die uittreden uit de zorggroep of hun contract verbreken).

Een van de belangrijkste aspecten die de toetredingsmogelijkheden van nieuwe aanbieders bepalen is de duur en exclusiviteit van de contracten die de zorggroep heeft gesloten met zijn onderaannemers. Als een nieuwe zorggroep niet kan toetreden tot de markt, omdat de bestaande zorggroep met alle aanbieders in een regio exclusieve contracten heeft gesloten waarin (onredelijk) lange opzegtermijnen zijn opgenomen, dan is er waarschijnlijk sprake van AMM. Nieuwe partijen kunnen dan immers niet tot de markt toetreden en dit leidt tot een verstarring van de markt. Dit kan bijvoorbeeld leiden tot een eenvormig aanbod (weinig differentiatie) of te hoge prijzen. Aannemelijk moet worden dat de toetredende partijen voor deze toetreding afhankelijk zijn van de door de bestaande zorggroep gecontracteerde aanbieders.

Er bestaan hoge toetredingsdrempels om zorggroepen te starten voor zorgaanbieders die geen huisarts zijn. Zorgaanbieders als ziekenhuizen of fysiotherapeuten, of niet-zorgaanbieders, zijn voor doorverwijzing van patiënten sterk afhankelijk van huisartsen. Bovendien dient bij het aanbod van keten-dbc's de hoofdcontractant altijd over de competenties te beschikken (c.q. deze competenties te hebben gecontracteerd) om basis huisartsgeneeskundige zorg te kunnen aanbieden.<sup>28</sup> Dit betekent dat huisartsen in de praktijk altijd betrokken zijn bij nieuwe zorggroep initiatieven. Aangezien de meeste huisartsen (naar schatting minstens 80%) inmiddels aangesloten zijn bij bestaande zorggroepen, zullen nieuwe toetreders huisartsen moeten contracteren die een contract hebben bij bestaande zorggroepen.

<sup>28</sup> Zie NZa Beleidsregel Prestatiebesteding multidisciplinaire zorgverlening chronische aandoeningen (DM type 2, CVR, COPD), CV-7000-5.0-2

De NZa heeft gedurende 2009 een aantal signalen ontvangen dat het voor zorgaanbieders moeizaam kan zijn om toe te treden. Het gaat hier dan met name om zorgverleners die voor doorverwijzing binnen de ketenzorg afhankelijk zijn van de huisarts, zoals diëtisten en fysiotherapeuten. Een diëtist of fysiotherapeut die niet deelneemt aan de keten, loopt een significant deel van de patiënten mis. De zorggroep heeft hiermee een machtspositie ten opzichte van deze groep zorgaanbieders. Dit is een ingecalculeerd risico dat voortvloeit uit de keuze om zorggroepen verantwoordelijk te maken voor de coördinatie van het gehele zorgtraject.

Uit de consultatie blijkt dat toetreding moeilijk is tot een regio waar al een zorggroep actief is, en dat dit met name voortkomt uit de vereiste schaalgrootte. Deze schaalgrootte hangt samen met het aantal betrokken zorgaanbieders. Veldpartijen – zowel zorggroepen als zorgverzekeraars – geven aan dat zorgverzekeraars in meerdere gevallen eisen van zorggroepen een bepaalde schaalomvang te hebben. Daarnaast geven zorgaanbieders, met name huisartsen, aan in niet meer dan één zorggroep deel te nemen. Hierdoor is het voor nieuwe toetreders moeilijk om een gelijkwaardig aanbod – in termen van prijs/efficiency – op te stellen als de bestaande aanbieder, en dus een goede concurrentiepositie te verwerven.

Partijen brengen daarnaast in de consultatie naar voren dat een drempel voor toetreding gevormd wordt door het feit dat de huisarts het eerste aanspreekpunt voor patiënten is. Partijen geven aan dat het in de huidige praktijk onwaarschijnlijk is dat huisartsen hun eigen patiënten doorverwijzen naar een andere dan de zorggroep waarin ze zelf een (financieel) belang hebben. Daarnaast wordt gesteld dat het onwaarschijnlijk is dat die huisartsen als onderaannemer willen werken voor een concurrerende zorggroep.

#### *Conclusie toe- en uittredingsdrempels*

De daadwerkelijke toe- en uittredingsdrempels hangen af van het specifieke geval. In algemene termen lijkt echter sprake van significante toe- en uittredingsdrempels.

### **6.2.4 Overstapdrempels**

#### *De theorie*

Als bij een geringe of afnemende patiënttevredenheid het aantal patiënten dat van zorggroep verandert relatief beperkt blijft, duidt dit op de mogelijke aanwezigheid van overstapdrempels. Overstapdrempels worden beïnvloed door het bewustzijn van de patiënt (weet hij dat hij kan overstappen, weet hij dat hij zich in het programma van een zorggroep bevindt) en de mate waarin eventuele kwaliteitsverschillen tussen zorggroepen transparant zijn. Een andere belangrijke factor is de bereidheid van betrokken zorgaanbieders om patiënten van elkaar over te nemen en/of zij capaciteit hebben om deze patiënten over te nemen. Voor het bestaan van AMM is van belang in hoeverre de patiënten overstapdrempels ervaren, zodanig dat de kansen voor eventuele concurrenten bemoeilijkt worden.

#### *De praktijk*

Op dit moment is het de vraag in hoeverre patiënten zich bewust zijn van het feit dat de zorg die zij krijgen in verband met hun chronische aandoening afkomstig is van een zorggroep. Een eventuele overstap naar een andere zorggroep zal voor hen dan ook vooral betekenen een

overstap naar andere zorgaanbieders, in het bijzonder naar een andere huisarts.

Voor het bestaan van AMM is het van belang in hoeverre patiënten *kunnen* overstappen naar een andere zorggroep als zij ontevreden zijn over de door de zorggroep geleverde zorg en dan met name de individuele aanbieders die namens de zorggroep zorg leveren.

In de eerste plaats is in dit kader relevant dat als gevolg van toe- en uittredingsdrempels eventuele alternatieven kunnen worden beperkt. De omvang van de bestaande zorggroepen draagt hieraan bij: wanneer in een regio alle aanbieders gecontracteerd zijn door één zorggroep, hebben patiënten binnen die regio geen of minder alternatieven dan het geval zou zijn geweest wanneer meerdere (kleinere) zorggroepen actief zouden zijn. In de voorgaande paragraaf concludeert de NZa dat in algemene termen sprake lijkt te zijn van significante toe- en uittredingsdrempels.

In de tweede plaats zouden bestaande partijen over kunnen gaan tot koppelverkoop: een patiënt krijgt alleen toegang tot het programma van 'zijn' zorggroep als hij bij zijn eigen huisarts blijft. Of omgekeerd: hij stuurt zijn patiënt weg wanneer deze een andere zorggroep kiest dan zijn eigen. In beide gevallen is mogelijk sprake van een AMM-positie. Deze wordt benut doordat de marktmacht die de huisarts heeft op de markt voor generieke basiszorg de markt voor ketenzorg/chronische zorg kan beïnvloeden. In economische termen is dan sprake van 'leveraging' van marktmacht.

In de derde plaats bestaat op dit moment weinig tot geen inzicht in kwaliteitsverschillen tussen zorggroepen. Als patiënten hier geen vergelijking in kunnen maken, is het ook lastig een beslissing te maken over te stappen. De NZa werkt op dit moment aan het verhogen van de transparantie van de ketenzorg, onder meer door het opstellen van een Minimale Dataset (MDS) voor ketenzorg.

#### *Conclusie overstapdrempels*

De daadwerkelijke overstapdrempels hangen af van het specifieke geval. In algemene termen lijkt echter sprake van significante overstapdrempels.

### **6.2.5 Schaafeffecten**

#### *De theorie*

Er zijn schaalvoordelen verbonden aan zorggroepen. Bepaalde investeringen moeten worden verricht, ongeacht de grootte van de zorggroep. Denk bijvoorbeeld aan de kosten van het ontwerpen en opzetten van een zorgprogramma, aan de kosten van onderhandelen met zorgverzekeraars en zorgaanbieders (transactiekosten), of aan de kosten van het opzetten van een informatiesysteem voor door de zorggroep gecontracteerde zorgaanbieders.

#### *De praktijk*

Zowel verzekeraars als zorgaanbieders geven aan dat er een bepaalde grootte nodig is om goede ketenzorg te kunnen leveren. Het is daarbij volgens partijen vooral belangrijk dat zij zorg kunnen leveren aan een minimum aantal patiënten. Alleen dan kan de zorggroep voldoende kwaliteitsinformatie verzamelen, registreren en terugkoppelen aan de aanbieders met wie zij afspraken heeft gemaakt. Ook de omvang van (bijvoorbeeld ICT-)investeringen nodig om deze kwaliteitsinformatie te verzamelen kan een zekere schaalgrootte vereisen. Er zijn geen eenduidige uitspraken over de precieze hoogte van de minimum omvang.

In de consultatie geven veldpartijen aan dat het van belang is dat een minimum aantal huisartsen door een zorggroep is gecontracteerd, om zo een minimum aantal patiënten te garanderen. Dit is een van de redenen waarom in de praktijk een groot aantal huisartsen in dezelfde regio wordt gecontracteerd door dezelfde zorggroep. Veldpartijen geven hierbij aan dat bestaande schaalvoordelen ervoor zorgen dat nieuwe toetreders met lagere aantallen patiënten een hoger tarief nodig hebben om de gemiddelde totale kosten terug te verdienen.

Op grond van het bestaande feitenmateriaal concludeert de NZa dat op dit moment nog niet voldoende inzicht bestaat om een uitspraak te doen over de tariefontwikkeling binnen de ketens en de onderlinge verschillen tussen zorggroepen. Daarmee valt in dit stadium ook nog weinig te zeggen over eventueel behaalde schaalvoordelen.

#### *Conclusie schaalvoordelen*

De daadwerkelijke schaalearselen hangen af van het specifieke geval. In algemene termen lijkt in theorie sprake van significante schaalearselen, maar in de praktijk is tot dusver onduidelijk wat precies aan schaal nodig is en of dat ook niet anders georganiseerd kan worden.

### **6.3 Conclusie marktmacht zorggroepen**

De ontwikkeling van zorggroepen lijkt zich nu nog in de beginfase te bevinden. De daadwerkelijke aanwezigheid van aanmerkelijke marktmacht van een zorggroep hangt af van de specifieke situatie. De NZa benadrukt dat het hebben een hoog marktaandeel op zichzelf geen probleem hoeft te zijn. Van belang is om te beoordelen of dit hoge marktaandeel waardoor een partij een sterke positie op de markt heeft, gecompenseerd wordt door andere factoren. Indien deze factoren het hoge marktaandeel onvoldoende compenseren, kan er sprake zijn van AMM. De NZa kan in dat geval ex ante (op voorhand) ingrijpen, wanneer het risico op mededingingsproblemen reëel is. Zoals reeds eerder gesteld dient de daadwerkelijke aanwezigheid van AMM in de praktijk per geval onderzocht te worden.



## 7. Het publieke belang

### 7.1 Inleiding

In het voorgaande hoofdstuk wordt geconcludeerd dat er veel signalen zijn die in algemene termen wijzen op AMM van zorggroepen. Dit kan leiden tot mededingingsproblemen die de publieke belangen in gevaar kunnen brengen. De mogelijke mededingingsproblemen worden in dit hoofdstuk nader geanalyseerd.

### 7.2 Potentiële mededingingsproblemen

In het algemeen zijn er twee categorieën van onwenselijk gedragingen die een aanbieder met AMM zou kunnen veroorzaken, en die met regulering/ingrijpen aan de zijde van de NZa voorkomen zouden kunnen worden:

- *uitsluiting*: gedragingen waarbij de positie van AMM wordt gebruikt om de eigen positie verder te versterken door die van haar (potentiële) concurrenten op een oneigenlijke manier te verzwakken of toetreding te bemoeilijken. Concreet kan het hierbij gaan om gedragingen als exclusief contracteren;
- *uitbuiting*: gedragingen waarbij de aanmerkelijke marktmachtspositie wordt gebruikt om voordelen te behalen die in normale marktomstandigheden niet behaald zouden kunnen worden. In zijn algemeenheid kan het hierbij bijvoorbeeld gaan om gedragingen als te hoge tarieven voor zorgverzekeraars, te lage tarieven voor onderaannemers, te lage kwaliteit, etc.<sup>29</sup>.

Beide gedragingen liggen in elkaars verlengde en kunnen leiden tot de volgende mededingingsproblemen:

- Uitsluiting kan de concurrentiepositie van de zorgaanbieder met AMM versterken. De concurrentiepositie kan worden versterkt door exclusieve contracten met "schaarse" faciliteiten zoals een huisartsenlaboratorium of een ziekenhuis af te sluiten, waarmee een concurrerende zorgaanbieder geen voet aan de grond krijgt. Deze sterke concurrentiepositie kan leiden tot de macht om te hoge (integrale) tarieven voor ketenzorg met de zorgverzekeraars af te dwingen ten opzichte van de kwaliteit die wordt geleverd. Zorgverzekeraars en patiënten hebben geen of weinig keus om uit te wijken naar concurrerende aanbieders. Met te hoge tarieven ten opzichte van de geleverde kwaliteit kan een zorggroep winsten genereren die niet in verhouding staan tot de onderliggende kosten.
- AMM van een zorggroep, al dan niet verkregen of versterkt door uitsluiting, kan tevens een prikkel geven om te lage tarieven af te dwingen voor onderaannemers binnen de keten. Indien er geen concurrerende zorggroepen zijn om mee in zee te gaan, kan dit ertoe leiden dat onderaannemers ofwel tegen te lage prijzen aan de slag gaan, ofwel geen contract tekenen. Hiermee kan de kwaliteit van de geleverde zorg in het geding komen, en staat de prijs van de keten niet in verhouding tot de geleverde zorg.
- Zorggroepen zouden kunnen weigeren om bepaalde zorgaanbieders toe te laten tot een zorggroep. Zorggroepen zijn in principe vrij in hun keuze om niet elke zorgaanbieder toe te laten tot hun organisatie of om niet elke zorgaanbieder te contracteren. Voor zorgaanbieders buiten de keten bestaat tevens de mogelijkheid om de specifieke zorg

<sup>29</sup> Zie beleidsregel AMM en de toelichting erop.

te leveren, maar profiteren dan niet van de voordelen die deelname in de ketenzorgorganisatie met zich meebrengen. Er zou sprake zijn van een mededingingsprobleem als de weigering om een contract te sluiten of als bepaalde exclusiviteitsafspraken in een contract er toe leiden dat het zorgaanbod in zodanige mate van de markt zou verdwijnen dat (potentieel) concurrerende zorggroepen niet meer over voldoende onderaannemers kunnen beschikken. Ook in dat geval kan de machtspositie van de zorggroep leiden tot te hoge prijzen en/of verschraling van de kwaliteit.

### **7.3 Kwaliteit**

Alle patiënten hebben recht op zorg van voldoende kwaliteit. Dat wil zeggen: zorg die veilig, effectief en patiëntgericht is. Hiervoor zijn wettelijke waarborgen ontwikkeld.<sup>30</sup> Deze voorzien niet in normen voor de geleverde zorg, want die worden door het veld zelf opgesteld in de vorm van onder meer richtlijnen en zorgstandaarden. Voor diabetes, CVR en COPD zijn door zorgaanbieders geaccepteerde en door patiëntenverenigingen gelegitimeerde zorgstandaarden aanwezig.

De wettelijke waarborgen voorzien in normen voor toetreding van aanbieders en normen voor de behandelrelatie. Op grond van de Kwaliteitswet Zorginstellingen zijn zorggroepen verplicht verantwoorde zorg te leveren: zorg van goed niveau, die in ieder geval doeltreffend, doelmatig en patiëntgericht wordt verleend en die is afgestemd op de reële behoefte van de patiënt. De IGZ bevordert vervolgens de volksgezondheid door handhaving van de kwaliteit van zorg, preventie en medische producten. De IGZ treedt op als primaire toezichthouder op het gebied van kwaliteit van zorg, dus ook voor zorg geleverd door zorggroepen.

De NZa op haar beurt heeft als taak de doeltreffendheid, juistheid, inzichtelijkheid en vergelijkbaarheid van de informatievoorziening – product, prijs, kwaliteit en toegankelijkheid – op zorgmarkten te waarborgen. In wezen kan gesteld worden dat de IGZ zich buigt over de transparantie van kwaliteit en de NZa over de kwaliteit van de transparantie.

In de visie functionele bekostiging heeft de NZa een aantal specifieke risico's benoemd ten aanzien van kwaliteit, in het geval van marktmacht van de aanbieder van ketenzorg:

- uitsluiting van concurrerende zorgaanbieders met als gevolg afname van kwaliteit door gebrek aan concurrentieprikkels;
- excessief lage tarieven voor zorgaanbieders en daardoor verschraling van zorg.

De NZa heeft de minister bij de invoering van integrale bekostiging in de eerstelijnszorg geadviseerd dit alleen daar in te voeren waar kwaliteit voldoende gewaarborgd is. De aanwezigheid van een door betrokken zorgaanbieders geaccepteerde en door patiëntenverenigingen gelegitimeerde zorgstandaard is hierbij een voorwaarde. Verder dienen ontwikkelingen na invoering systematisch te worden gevolgd, zodat bijgestuurd kan worden mochten de risico's zich in de praktijk openbaren.

De minister heeft dit advies opgevolgd. Op basis van de aanwijzing van de minister heeft de NZa per 1 januari 2010 integrale bekostiging

---

<sup>30</sup> Wet BIG, WGBO

ingevoerd voor diabeteszorg en CVR en met ingang van 1 juli 2010 voor COPD. Zodra de zorgstandaard gereed is voor hartfalen, zal ook hiervoor integrale bekostiging ingevoerd worden.

Onderdeel van de regelgeving rondom deze ketenzorg is de in nadere regelgeving vastgelegde verplichting tot registratie van een Minimale Dataset (MDS). In deze MDS zijn naast een aantal organisatorische parameters tevens een aantal indicatoren opgenomen die een oordeel kunnen geven over de kwaliteit van de geleverde zorg. De verwachting is dat de NZa in 2011 deze registratieverplichting aanvult met een aanleververplichting van deze gegevens.

Op basis van de in 2011 aan te leveren gegevens kan een oordeel worden gegeven over de kwaliteit van de geleverde zorg en met name de verschillen tussen de zorggroepen. Op basis van deze gegevens kan nader geïnventariseerd worden in hoeverre de verschillen in overeengekomen prijzen voor ketenzorg tot uiting komt in kwalitatieve uitkomsten.

De verwachting is dat met de gegevens uit de MDS op langere termijn tevens een oordeel kan worden gegeven over de ontwikkeling van de kwaliteit van de geleverde zorg.

Vooralsnog is de NZa van oordeel dat de kwaliteit van de geleverde ketenzorg geborgd is door de zorgstandaarden. Tot op heden zijn de NZa ook geen signalen bekend dat de kwaliteit door de invoering van regelgeving rondom ketenzorg in het geding komt. Toekomstige monitoring op basis van de MDS moet uitwijzen in hoeverre de geleverde kwaliteit in verhouding staat tot de overeengekomen prijzen en in hoeverre AMM een rol speelt in de hoogte van de tarieven.

## 7.4 Betaalbaarheid

Bij het publiek belang betaalbaarheid gaat het erom dat de zorg betaalbaar blijft, zowel op microniveau, een betaalbare basisverzekering, als op macroniveau, geen afkalving van koopkracht of explosief stijgende overheidsuitgaven. Daarvoor is het belangrijk dat de geleverde zorg op een doelmatige, efficiënte manier tot stand komt. Hierbij gaat het om de prijs/kwaliteit verhoudingen. Bij dit publiek belang doet zich duidelijk een 'trade-off' voor van voor- en nadelen van functionele bekostiging van geïntegreerde eerstelijnszorg

Specifieke risico's ten aanzien van betaalbaarheid, in het geval van marktmacht van de aanbieder van ketenzorg, zoals geconcludeerd in de visie functionele bekostiging:

- het risico dat kostenbesparingen niet worden doorgegeven aan verzekeraars dan wel patiënten;
- het risico van excessief hoge vergoedingen binnen de zorggroep, ten koste gaan van de betaalbaarheid
- een verminderde concurrentiedruk als gevolg van uitsluiting kan leiden tot een verminderde prikkel tot efficiëntie, hetgeen leidt tot hogere prijzen dan in een goed functionerende markt tot stand zou komen.

In de praktijk blijkt dat de zorgverzekeraar vooralsnog meer betaalt voor de gehele keten-DBC dan betaald zou worden indien de zorgprestaties afzonderlijk bij de individuele aanbieders wordt ingekocht. Dit valt te verklaren, aangezien de opstartkosten van de zorggroepen in de tarieven wordt verrekend, en is ook meegenomen in de afweging om integrale bekostiging voor ketenzorg te introduceren.

In de praktijk blijkt tevens dat de overeengekomen prijzen voor ketenzorg regionaal variëren. Daarbij is duidelijk dat enkele zorgverzekeraars weinig variatie kennen in de prijzen voor overeengekomen ketenzorg, en andere zorgverzekeraars een grote fluctuatie kennen in deze prijsstelling. Dit kan voortkomen uit verschillen in kwaliteit (voor zover daar binnen de vereisten van de zorgstandaard mogelijkheid toe bestaat), of gebaseerd zijn op regionale verschillen. De geconstateerde afwijking in overeengekomen prijzen kan echter tevens een signaal zijn dat de marktmacht van zorgverzekeraars dan wel zorgaanbieders regionaal verschilt.

De verwachting is dat ketenzorg leidt tot kwalitatief betere zorg door betere afstemming, hetgeen een meerprijs zou rechtvaardigen. Daar staat echter tegenover dat ketenzorg een efficiënter zorgtraject zou moeten bewerkstelligen, wat een dempend effect op de prijs zou moeten hebben. Toekomstige monitoring moet uitwijzen of dit dempende effect daadwerkelijk optreedt. Toekomstige monitoring moet tevens uitwijzen in hoeverre de fluctuatie in overeengekomen prijzen te verklaren zijn door verschillen in geleverde kwaliteit, dan wel door regionaal afwijkende vormen van marktmacht van zorgaanbieders dan wel zorgverzekeraars.

## **7.5 Toegankelijkheid**

Zorg moet voor alle consumenten toegankelijk zijn. Dit omvat onder meer toegankelijkheid in de zin dat patiënten toegang hebben tot de juiste zorg binnen een redelijke reisafstand en binnen een redelijke tijd. Keuzevrijheid vormt ook onderdeel van toegankelijkheid. De toegankelijkheid van zorg wordt beperkt indien patiënten niet de aanbieder van hun voorkeur kunnen kiezen.

De inrichting van ketenzorg brengt met zich mee dat de keuzevrijheid wordt beperkt. Sturing van de patiënt richting gecontracteerde zorgaanbieders binnen de keten (zowel door zorgaanbieders als door zorgverzekeraars) is een essentieel onderdeel van de ketenconstructie en de hiermee beoogde efficiencywinst. Deze sturing van de patiënt is daarmee een bewuste keuze bij de introductie van de ketenzorg. Het mag echter niet leiden tot het volledig ontnemen van de keuzevrijheid van de patiënt.

Het voordeel van een zorggroep is dat deze van tevoren heeft vastgelegd welke zorgaanbieders bij het zorgaanbod betrokken kunnen worden. Het is dus vooral van belang dat een patiënt bewust kan kiezen om deel te nemen aan een specifiek zorgprogramma, en daarmee gebonden wordt aan de aanbieders binnen dat zorgprogramma, of om zorg af te nemen buiten de keten.

In de visie functionele bekostiging wordt een tweetal specifieke risico's benoemd ten aanzien van toegankelijkheid, in het geval van marktmacht van de aanbieder van ketenzorg:

- afname van keuzevrijheid en langere reistijd door uitsluiting van zorgaanbieders;
- het ontbreken van concurrentieprikkels voor zorgaanbieders met AMM om toegankelijkheid dan wel bereikbaarheid voor de patiënt te vergroten.

In de praktijk blijkt, op basis van signalen die de NZa ontvangt, dat indien de huisarts de patiënt verwijst deze zich wel degelijk laat sturen naar de overige zorgaanbieders binnen de keten. De patiënt is eerder

geneigd om over te stappen naar een andere diëtist of fysiotherapeut dan om te wisselen van huisarts. Voor zorgaanbieders als diëtisten en fysiotherapeuten is het daarom van belang om aansluiting te vinden bij de zorgketens.

Dit versterkt de reeds eerder geconstateerde afhankelijkheid van deze zorgaanbieders ten opzichte van de zorggroepen. Deze afhankelijkheid blijft bestaan zolang de zorggroepen voldoende keuze in de regio hebben om onderaannemers als diëtisten en fysiotherapeuten te contracteren.

Uit de consultatie komt het beeld naar voren dat patiënten beperkt zouden worden in hun keuzevrijheid door de inrichting van ketenzorg en/of de sturing van zorggroepen. De NZa is van oordeel dat dit maar in beperkte mate het geval is. Voor zover de zorgstandaarden vereisen dat chronisch zieke patiënten doorverwezen worden naar specifieke *zorgfuncties*, is keuzevrijheid vanuit medisch inhoudelijke insteek per definitie niet aan de orde. Wel is het van belang dat patiënten de vrijheid hebben te kiezen van welke specifieke *zorgaanbieder* zij deze zorg vervolgens willen ontvangen. Zo stelt de zorgstandaard diabetes dat een patiënt jaarlijks minimaal één consult van een diëtist dient te krijgen.<sup>31</sup>

Dit laat de keuze open voor de zorggroep van wie de patiënt dit advies ontvangt: van een POH (mits voorzien van de vereiste diploma's) of een diëtist, en vervolgens van welke POH of diëtist specifiek. Het voordeel van een zorggroep is nu echter juist dat deze van tevoren (in een zorgprogramma) heeft vastgelegd welke zorgaanbieders bij het ketenzorgaanbod betrokken (kunnen) worden. Het is dus vooral van belang dat een patiënt er bewust voor kan kiezen deel te nemen aan een specifiek zorgprogramma, en daarmee gebonden te worden aan de aanbieders in dat zorgprogramma. Of dat hij buiten het zorgprogramma om ook een of meerdere zorgaanbieders naar eigen keuze kan inschakelen.

De NZa merkt op dat dit op grond van de huidige regelgeving reeds mogelijk is. In alle gevallen heeft de patiënt zelf de initiële keuzemogelijkheid. Hij kan er ofwel voor kiezen zelf te beslissen bij welke zorgaanbieder hij terecht wil (zoals in een restitutiepolis) of ervoor kiezen de zorgverzekeraar deze keuze voor hem te laten maken (zoals in een naturapolis). Op het moment dat de diagnose wordt gesteld van een chronische aandoening, wordt een behandelplan opgesteld. Dat is het tweede keuzemoment en zou binnen de huidige regels tot een bewuste keuze van patiënten moeten leiden.

Uit inbreng in de consultatie blijkt dat dit in de praktijk tegenvalt, en dat het bewustzijn onder patiënten van hun keuzemogelijkheden, al dan niet gefaciliteerd door de arts die de diagnose stelt, beperkt is. Naar oordeel van de NZa betekent dit echter vooral dat het van belang is op dit punt de transparantie te verhogen. Dit betekent niet dat de ketenzorg de keuzevrijheid beperkt. Zowel zorgaanbieders zelf, hun brancheorganisaties als de zorgverzekeraars en de NZa werken op dit moment aan de verbetering van de transparantie voor de patiënt, ten behoeve van het maken van keuzes.<sup>32</sup>

<sup>31</sup> Bron: NDF zorgstandaard, diabeteszorg voor mensen met diabetes type 2, bijlage 3, punt 9.

<sup>32</sup> Zie onder meer het programma 'Zichtbare Zorg', [www.zichtbarezorg.nl](http://www.zichtbarezorg.nl).

## **7.6 Conclusie**

De introductie van ketenzorg brengt een aantal risico's met zich mee ten aanzien van de publieke belangen. Deze risico's zijn reeds onderkend in de visie functionele bekostiging. Aanwezigheid van AMM zal deze risico's nog versterken. De risico's met betrekking tot kwaliteit zijn beperkt, aangezien de minimale kwaliteit is geborgd in de zorgstandaarden.

Met betrekking tot de betaalbaarheid constateert de NZa dat de introductie van ketenzorg vooralsnog heeft geleid tot hogere prijzen. Deze prijsstijging was in eerste instantie ook verwacht. Op dit moment kan nog niet worden geconstateerd of deze prijsstijging mede een gevolg is van AMM van zorggroepen. Toekomstige monitoring moet uitwijzen in hoeverre de prijsstijging gekoppeld is aan een toename van de geboden kwaliteit van de zorg en in hoeverre AMM hier mogelijk een rol speelt.

Ten aanzien van de toegankelijkheid concludeert de NZa dat de introductie van ketenzorg per definitie met zich meebrengt dat de patiënt gestuurd wordt in zijn keuze. Bij AMM van een zorggroep bestaat althans in theorie het risico dat deze sturing leidt tot een ernstige beperking van de keuzevrijheid van de patiënt of zelfs van beperking van de toegankelijkheid. Tot op heden zijn bij de NZa geen signalen bekend dat patiënten een dergelijke ernstige beperking ondervinden. Wel acht de NZa het van belang om de transparantie rondom de keuzevrijheid van de patiënt nader vorm te geven.

Als zich daadwerkelijk misbruik heeft voorgedaan, kan de NMa ex post ingrijpen. De NZa heeft hierin echter het voortouw (zie artikel 18 Wmg). In hoofdstuk 6 is dit nader uiteen gezet. Ingrijpen op grond van AMM gebeurt door middel van het opleggen van verplichtingen. De specifieke verplichting hangt af van de specifieke potentiële mededingingsproblemen. Deze worden hierna nader beschreven, voor het specifieke geval van de zorggroepen.

## 8. Visie

### 8.1 Inleiding

In het voorgaande concludeert de NZa dat het gevaar bestaat dat machtsposities van zorggroepen zouden kunnen ontstaan. Dit zou kunnen leiden tot mededingingsproblemen, die met name de toegankelijkheid en de betaalbaarheid van de zorg zouden kunnen schaden. De doelstelling van het beleid van de Minister is dat ketenzorg zich verder kan ontwikkelen. De doelstelling van de NZa is dit zo goed mogelijk te faciliteren en tegelijkertijd de publieke belangen te borgen.

De vraag is of deze in de huidige situatie voldoende geborgd zijn, of dat additionele regulering daarvoor noodzakelijk is.

#### *Marktwerking en regulering*

Als marktpartijen hun rol op de markt goed kunnen vervullen, is overheidsregulering niet nodig en kan dat zelfs verstorend werken. Het is de taak van de NZa om de voorwaarden te scheppen om markten goed te laten functioneren. Hierbij moet zij een afweging maken tussen meer of minder regulering, ofwel minder of meer marktwerking. Beide richtingen hebben voor- en nadelen. Door middel van regulering kunnen de publieke belangen centraal geborgd worden. Voordelen hiervan zijn lage transactiekosten, kleine(re) kans op prijsstijgingen, transparantie en bereikbaarheid van de zorg voor alle inwoners van Nederland. Daar staat tegenover dat regulering kan leiden tot overwinsten (bij te hoge tarieven) of continuïteitsrisico's (bij te lage tarieven), nivellering van het aanbod, extra administratieve lasten, beperkte innovatieprikkels, beperkte sturingsmogelijkheden voor de consument en informatieproblemen.

Marktwerking geeft individuele partijen de ruimte hun aanbod in te richten naar eigen inzicht. Op die wijze kunnen zij hun individuele toegevoegde waarde bewijzen. Dit geeft zowel zorgaanbieders als verzekerden sturingsmogelijkheden, meer inzicht in de prijs/kwaliteit verhouding van het zorgaanbod, prikkels voor innovatie en minder risico op fouten veroorzaakt door foutief vastgestelde prestaties of tarieven. Daar staat tegenover dat met marktwerking meer risico kan ontstaan ten aanzien van de borging van de publieke belangen, in termen van prijsstijgingen en kwaliteitsdaling. Daarbij kan marktwerking net als regulering tot informatieproblemen leiden.<sup>33</sup>

In de praktijk is in de zorg altijd sprake van gereguleerde marktwerking, ofwel een combinatie van marktwerking en regulering. Voor de keten-DBC's geldt bijvoorbeeld dat de prestaties wel gereguleerd zijn, maar de bijbehorende tarieven vrij onderhandelbaar.

#### *Bekostiging*

In de huidige situatie bestaan twee bekostigingssystemen naast elkaar. Voor diabetes, CVR en COPD geldt dat zorggroepen kunnen kiezen of zij dit 'los' financieren (via losse consulten plus dekking van de kosten voor samenwerking via de beleidsregel GEZ, of de module M&I), of dit integraal bekostigen via keten-DBC's. De NZa merkt op dat zij geen voorkeur heeft voor een specifiek bekostigingssysteem. In haar visie dient het veld waar mogelijk zoveel mogelijk ruimte te krijgen eigen

<sup>33</sup> Zie bijlage voor een nadere toelichting van de voor- en nadelen van regulering en marktwerking.

beslissingen te maken. Het bestaan van twee bekostigingsvormen betekent dat veldpartijen zelf kunnen uitmaken van welk bekostigingssysteem zij gebruik maken: via losse financiering of via keten-DBC's.

#### *Scenario-analyse*

De NZa weegt in dit hoofdstuk verschillende scenario's die zij kan volgen tegen elkaar af. Uitgangspunt hierbij is bij te dragen aan haar eigen doelstelling en die van de minister: ruimte voor de ontwikkeling van ketenzorg, zonder dat de publieke belangen hierbij geschaad worden. De NZa ziet hierbij vijf scenario's:

- Scenario 1: deregulering;
- Scenario 2: voortzetten huidige regulering en versterkt toezicht;
- Scenario 3: marktbrede AMM-inzet;
- Scenario 4: aanvullende generieke regulering;
- Scenario 5: tariefregulering.

## **8.2 Scenario 1. Deregulering**

### **8.2.1 Beschrijving**

In dit scenario introduceert de NZa – op basis van een aanwijzing hiertoe van de Minister – meer vrijheid op de huidige markt door de bestaande beperkingen geheel of gedeeltelijk op te heffen. Naast een aantal registratie- en transparantieplichtingen worden binnen de huidige NZa-regelgeving de zorgaanbieder en zorgverzekeraar gebonden door de volgende verplichtingen:

- 1. De zorgaanbieder dient zich te conformeren aan de zorgstandaard voor de betreffende ketenzorg.
- 2. De hoofdcontractant dient over de competenties te beschikken, dan wel deze competenties te hebben gecontracteerd, om huisartsgeneeskundige zorg te kunnen aanbieden (op grond van de prestaties ketenzorg, de zogeheten 'keten-DBC's').
- 3. Voor declaratie van de keten-DBC's dient een schriftelijke overeenkomst te bestaan tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar.

De verplichtingen onder 1 en 2 richten zich op de inhoud van de geboden zorg. De verplichting onder 3 maakt het noodzakelijk dat zorgaanbieder en zorgverzekeraar overeenstemming bereiken over prijs en inhoud van de geleverde zorgprestatie.

Indien verplichtingen onder 1 en 2 opgeheven dan wel versoepeld zouden worden, zouden zorgaanbieders (nog) meer vrijheid krijgen om zich onderling zorginhoudelijk te onderscheiden. Bij een goed functionerende markt kan dit leiden tot meer innovatie, verhoging van de kwaliteit, meer keuzevrijheid voor de patiënt én meer betaalbare zorg. Door de verplichting onder 3 op te heffen of te versoepelen, zouden zorgaanbieders minder afhankelijk zijn van de wensen van de zorgverzekeraar bij het aanbieden van ketenzorgproducten.

### **8.2.2 Instrumentarium**

Het creëren van meer vrijheden voor de zorggroepen door het opheffen of versoepelen van één of meerdere verplichtingen uit de huidige regelgeving valt binnen de bevoegdheden van de NZa.

Hier staat tegenover dat het opheffen of versoepelen van de verplichtingen de zorgaanbieders een grotere machtspositie ten opzichte van de zorgverzekeraars kan verschaffen. Daarmee wordt het risico



vergroot dat de NZa het AMM-instrument zal moeten toepassen (artikel 48 Wmg).

Het doel van inzet van AMM-verplichtingen is het voorkomen dat de ontwikkeling van de concurrentie wordt verhinderd ofwel het op gang brengen van concurrentie in markten in transitie. Zo kunnen via het opleggen van een AMM-instrument toetredings- of overstapsdrempels weggenomen worden. Toepassing van het AMM-instrument staat niet gelijk aan duurzaam ingrijpen in de markt. De toepassing van het AMM-instrument is tijdelijk van aard.

### 8.2.3 Afweging

Door te kiezen voor scenario 1 zou de NZa meer vrijheden in de markt introduceren dan aanbevolen in het de visie functionele bekostiging. Uitgangspunt van het achterliggend beleid is dat de markt zoveel mogelijk zelf haar werk moet kunnen doen. Bij een goed functionerende markt kan dit leiden tot meer innovatie, verhoging van de kwaliteit van zorgverlening, meer keuzevrijheid voor de patiënt en meer betaalbare zorg.

Uit de analyse in deze uitvoeringstoets volgt dat er een reëel gevaar bestaat van (toename van) aanmerkelijke marktmacht van aanbieders van ketenzorg, inclusief de negatieve effecten die deze marktmacht met zich brengt. Deregulering in de vorm van versoepeling van de bestaande verplichtingen lijkt daarmee niet voor de hand te liggen.

Daarbij wordt opgemerkt dat het bestaande reguleringskader nu al een relatief grote vrijheidsgraad kent, waarbinnen zorgverleners en zorgverzekeraars onderling tot een gewenste inrichting van de keten kunnen komen. De bepalingen voor de zorgstandaard en de te contracteren competenties van de huisarts vormen een minimale kwaliteitsborging. De NZa ziet vooralsnog geen reden om deze bepalingen aan te passen of te schrappen en daarmee af te wijken van het de visie functionele bekostiging.

Scenario 1. Deregulering	
Voor	Tegen
Meer ruimte voor de zorgaanbieders om keten naar eigen inzicht in te richten en te tarifieren.	Risico marktfalen
	Risico's betaalbaarheid, toegankelijkheid/keuzevrijheid
	Onzekerheid over bereiken lange termijn doelen

## 8.3 Scenario 2. Voortzetten huidige regulering, versterkt toezicht

### 8.3.1 Beschrijving

In dit scenario continueert de NZa het huidige beleid. Dat wil zeggen het faciliteren van ketenzorg door invoering van integrale bekostiging, zonder additionele generieke regelgeving. Hierbij wordt uitgegaan van de korte termijn, te weten de 3-jaars termijn waarbinnen de overgangsregeling van kracht is voor gebruik van de beleidsregels Innovatie/M&I/GEZ voor het bekostigen van ketenzorg, naast de bestaande keten-dbc's.

In dit scenario gaan de bestaande aanbieders op de huidige voet verder. Dit kan leiden tot concurrentie tussen zorggroepen, of tot vorming van (grotere) machtsposities van zorggroepen. Dit zijn twee kanten van dezelfde medaille. De uitkomst is afhankelijk van de mogelijkheid van de markt om te concurreren. De voornaamste belemmeringen voor de ontwikkeling van concurrerende markten voor ketenzorg zijn, zoals toegelicht in hoofdstuk 7, toetredingsdrempels voor concurrenten en gebrek aan alternatieven voor patiënten en verzekeraars. Voornaamste risico's voor de publieke belangen zijn, zoals toegelicht in hoofdstuk 6, hoge tarieven (betaalbaarheid) en beperking van de toegang tot zorgaanbieders (toegankelijkheid).

Voor dit scenario kan uitsluitend gekozen worden indien de belemmeringen voor marktwerking afdoende aangepakt kunnen worden en de risico's voor de publieke belangen afdoende bestreden kunnen worden. In dit scenario zou dat dienen te gebeuren op grond van de bestaande regulering verbonden aan de bekostigingsvoorwaarden (o.a. contracteerplicht, prestatieregulering, tarieftransparantie, maximum tarieven losse huisartsenconsulten, zie hoofdstuk 3), in combinatie met intensief toezicht op de positie van zorggroepen. Eventueel kan indien daar aanleiding voor is, overgestapt worden op scenario 3 of 4.

### **8.3.2 Instrumentarium**

Intensief toezicht kent vele verschijningsvormen. In dit geval wordt hieronder verstaan intensieve monitoring en/of thematisch onderzoek door de NZa, dat resulteert in een AMM-onderzoek zodra (voldoende) concrete aanwijzingen bestaan dat een AMM positie negatieve effecten teweeg brengt.

Op grond van haar bevoegdheden kan de NZa ten behoeve van de uitoefening van (onder meer) haar toezichttaken gedetailleerde informatie bij marktpartijen opvragen. De NZa start in 2010 een aantal pilot projecten waarin deelsectoren van de zorg onderwerp zijn van een zogeheten 'thematisch onderzoek'. In 2011 zou de NZa dit voor zorggroepen kunnen starten, met als doelstelling mededingingsspecifieke factoren te monitoren op de relevante markten voor ketenzorg, zoals marktaandelen, uitkomsten van contractonderhandelingen en toetredingsdynamiek. Daarnaast of in plaats hiervan zou aangesloten kunnen worden bij de monitor ketenzorg, die de NZa opzet op basis van de Minimale Dataset (MDS) verplichting die verbonden is aan de keten-dbc.

De NZa kan partijen met AMM verplichtingen opleggen op basis van artikel 48 Wmg (zie paragraaf 3.1.2). In die limitatieve lijst met AMM-verplichtingen ontbreekt de mogelijkheid tot het opleggen van structuurmaatregelen.

In scenario 2 kan de NZa er op dit moment voor kiezen de volgende maatregelen op te leggen aan partijen met AMM.

Problemen	Categorie	Maatregelen
Overstapdrempels	Bevorderen concurrentie	Verhogen transparantie Non-discriminatie
Toe- en uittredingsdrempels	Bevorderen concurrentie, toegankelijkheid/kwaliteit	Toegang voor andere zorgaanbieders Transparantie
Hoge tarieven	Betaalbaarheid	Tariefregulering

### 8.3.3 Afweging

Door te kiezen voor scenario 2 zou de NZa de lijn doortrekken van de visie functionele bekostiging. Uitgangspunt van het achterliggend beleid is dat de markt zoveel mogelijk zelf haar werk kan en moet doen. Het zou nu, een paar maanden na de invoering van de keten-dbc's, aan de vroege kant zijn om verandering aan te brengen in dit beleid. Vroegtijdig wijzigen van de regulering ontnemt het veld bovendien de benodigde reguleringszekerheid.

Voor een markt in transitie als die van de zorggroepen is het van belang dat zoveel mogelijk ruimte bestaat om de zorg, en de bijbehorende prijs, in te richten naar eigen inzicht, uitgaande van de bestaande beroepsnormen in de zorgstandaarden. Deze vrije ruimte bevordert de innovatie, differentiatie in het aanbod, keuzemogelijkheden, etc. In de praktijk moet dit nog op gang komen. Door nu het beleid te wijzigen zou dit proces negatief beïnvloed kunnen worden.

De vrije ruimte moet echter niet leiden tot AMM-posities waardoor de concurrentie op de markt niet op gang komt. Om die reden is verscherpt AMM-toezicht in dit scenario noodzakelijk. De analyse in deze uitvoeringstoets toont immers aan dat de markt zich in potentie kan ontwikkelen richting meerdere AMM-posities. De NZa zal daarom in dit scenario scherp monitoren op AMM-posities en de consequenties ervan op de concurrentie. Waar nodig zal een AMM-onderzoek gestart worden tegen individuele zorggroepen.

In aanvulling op mogelijk preventief ingrijpen door de NZa door AMM kan de NMa daarnaast *ex post* maatregelen opleggen in geval van misbruik van een economische machtspositie, en in geval van kartelvorming.<sup>34</sup> Mogelijke nadelen voor de publieke belangen als gevolg van een AMM-positie van een zorggroep kunnen hiermee zowel vooraf als achteraf aangepakt worden.

<sup>34</sup> Zie NMa, NZa (2010), Richtsnoeren zorggroepen

Scenario 2. Voortzetten huidige regulering, versterkt toezicht	
Voor	Tegen
Ruimte voor de markt	Risico's betaalbaarheid, toegankelijkheid
Consistentie	
Zicht op marktontwikkeling, monitoring bereiken lange termijn doelen	
Geen extra regulering voor partijen zonder AMM	

### 8.3.4 Uitbreiding juridisch instrumentarium

Indien gekozen wordt voor dit scenario verdient het aanbeveling het AMM-instrumentarium uit te breiden met de mogelijkheid een structuurmaatregel op te leggen, om zo de vorming van (te) grote zorggroepen tegen te gaan en de concurrentie op gang te brengen door meerdere zorggroepen in één regio actief te laten zijn.

#### *Structuurmaatregel*

Het opleggen van een verplichting die ingrijpt in de structuur/omvang van de zorggroep (structuurmaatregel) is noodzakelijk indien de (potentiële) problemen veroorzaakt worden door de omvang en deze problemen niet weggenomen kunnen worden door de gedragsverplichtingen van AMM. Met een gedragsverplichting (zoals de contracteerverplichting en tariefregulering) kan ingegrepen worden in de symptomen, maar niet in de oorzaak van het probleem.

#### *Schaalomvang zorggroepen*

Uit de analyse in deze uitvoeringstoets (zie paragraaf 6.2) blijkt in de eerste plaats dat relatief veel zorggroepen een aanzienlijke omvang hebben, in termen van het aantal gecontracteerde zorgaanbieders. In sommige gevallen gaat het om meer dan 200 gecontracteerde zorgaanbieders. In de tweede plaats blijkt dat in relatief veel regio's slechts één zorggroep actief is. De NZa concludeert in hoofdstuk 6 dat schaalgrootte van bestaande zorggroepen kan bijdragen aan een eventuele AMM-positie, en een belemmering kan vormen voor nieuwe toetreding. Nieuwe toetreding is een van de motoren van opkomende marktwerking tussen zorggroepen. Het potentiële effect van een AMM-positie van zorggroepen op de publieke belangen is beschreven in hoofdstuk 7. Door de omvang is het moeilijk voor nieuwe aanbieders om toe te treden tot de markt, waardoor een positieve druk op kwaliteit en toegankelijkheid ontbreekt. Daarnaast kan dit leiden tot een opwaartse druk op de prijzen, hetgeen slecht is voor de betaalbaarheid van de zorg.

Losse zorgaanbieders lopen bovendien het risico dat zij onvoldoende inkomsten genereren wanneer zij geen contract kunnen afsluiten met de bestaande grote zorggroep. Op markt 2 hebben zij dan geen enkele keuze. De patiënt wordt hier de dupe van, doordat ook voor hem de keuzevrijheid afneemt. Daarnaast wordt bij grote zorggroepen (zorggroepen die veel aanbieders hebben gecontracteerd) het mechanisme van indirecte concurrentie sterk gedempt, waarbij concurrentiedruk ontstaat door andere zorggroepen binnen de regio. Hoe minder (geografisch) raakvlak met andere aanbieders, hoe minder verzekeraars en patiënten een keuze zullen hebben tussen verschillende aanbieders, hoe minder concurrentiedruk (zie hoofdstuk 5 en hoofdstuk 6).

De NZa kan op dit moment niet ex ante ingrijpen in de omvang en structuur van een zorggroep. Het potentiële probleem van uitsluiting van andere zorgaanbieders zou ondervangen kunnen worden door een zorggroep met AMM te verplichten deze aanbieders onder redelijke voorwaarden een contract aan te bieden (op grond van artikel 48 en 49 Wmg). De concurrentie (op markt 1) neemt hiermee echter niet toe, de bestaande zorggroep wordt hiermee simpelweg groter. De NZa hanteert als uitgangspunt dat concurrentie tussen aanbieders van ketenzorg mogelijk is en van meerwaarde is voor de patiënt. Dit uitgangspunt is vastgesteld in de visie functionele bekostiging en op basis hiervan zijn de prestaties ketenzorg vastgesteld. Dit uitgangspunt wordt ook gehanteerd in scenario 2.

Met het opleggen van een structuurmaatregel zou direct meer ruimte voor concurrentie kunnen worden geboden. Daarbij dient in alle gevallen de proportionaliteit van het opleggen van de maatregel in acht genomen te worden. Het opleggen van een structuurmaatregel kan in geval van structuurproblemen (zoals de grote schaalomvang van zittende partijen) een proportioneler middel zijn dan het opleggen van gedragsmaatregelen. Gedragsmaatregelen, zoals prijsregulering of een contracteerplicht, zijn in dit geval een minder goed alternatief, omdat dit kan leiden tot afhankelijkheid en het wegnemen van marktprikkels.

De mogelijkheid tot het opleggen van een structuurmaatregel zou tot slot een preventieve werking kunnen hebben. Wanneer aanbieders met een AMM-positie weten dat de toezichthouder dit middel op kan leggen, kunnen zij zich hier preventief naar gaan gedragen door vrijwillig hun omvang te beperken.

#### *Instrumentarium NMa*

De NMa heeft al de mogelijkheid om bij geconstateerd misbruik van een economische machtspositie, als ultimum remedium, structurele maatregelen op te leggen. Door een dergelijke maatregel toe te voegen aan het AMM-instrumentarium van de NZa zou ook preventief ingrijpen in de structuur van aanbieders die nu reeds een aanmerkelijke marktmacht positie hebben door de NZa mogelijk worden. Dit past bij de doelstellingen van de NZa in de Wmg om vooraf de juiste marktcondities te scheppen

De NMa beschikt op basis van Art 58a Mw over de mogelijkheid een structurele maatregel op te leggen tot het opleggen van een last tot afstoting van bedrijfsonderdelen. De NMa kan derhalve uitsluitend ingrijpen wanneer sprake is van één onderneming (zorggroep hoofdvorm II, zie hoofdstuk 2) en moet daarbij eerst misbruik aantonen alvorens zij kan optreden. Op basis van de onderlinge werkverdeling met de NMa laat deze inzake machtsposities dan ook het voortouw aan de NZa met haar AMM instrument (de NMa concentreert zich op fusies en kartels).<sup>35</sup>

Dit is ook logisch gelet op de rol die de NZa heeft als marktmeester, te weten het op gang brengen van markten. Het inzetten van een ex ante instrument voor het beperken van de schaalgrootte van zorggroepen met AMM is ook in die zin een toevoeging aan het bestaande juridische instrumentarium.

<sup>35</sup> De NMa is ook beperkt tot het toezicht op "ondernemingen". Dat is voor de NZa niet het geval (het moet wel gaan om zorg of tarieven in de zin van de Wmg, en om zorgaanbieders respectievelijk zorgverzekeraars).

### *Voorbeeld toepassing schaalverkleining*

Er zijn zorggroepen die op dit moment een volledige regio als werkgebied hebben. Zowel individuele zorgaanbieders als zorgverzekeraars zien zich dan geconfronteerd met een blok waar zij niet omheen kunnen, willen zij ketenzorg aanbieden of afnemen in die provincie.

Het opknippen van een dergelijke zorggroep in meerdere kleinere zorggroepen zou voor individuele aanbieders betekenen dat zij meer mogelijkheden krijgen een contract af te sluiten om zorg te verlenen aan chronisch zieke patiënten. Voor de patiënten betekent dit dat zij meer keuzemogelijkheden krijgen. Voor de betreffende zorggroepen betekent dit meer prikkels om zich te onderscheiden van de concurrentie, bijvoorbeeld door middel van innovatie.

Het opknippen kan in die zin minder zwaar uitpakken voor de zorggroep dan bijvoorbeeld tariefregulering, dat onder meer kan leiden tot continuïteitsrisico's (bij te lage tarieven), nivellering van het aanbod, extra administratieve lasten en beperkte innovatieprikkels.<sup>36</sup> Vanwege het structurele, moeilijk omkeerbare karakter van de maatregel ligt het voor de hand deze niet als voorlopige maatregel op te leggen, maar als bodembesluit.

Voor nieuwe toetreders betekent het bovendien dat zij beter kunnen concurreren op schaalgrootte en meer mogelijkheden hebben bij het aangaan van benodigde samenwerking met bestaande partijen, bijvoorbeeld ten aanzien van ICT-gebruik (binnen de regels van het kartelverbod in artikel 6 Mw).

### *Conclusie uitbreiding instrumentarium*

De NZa concludeert dat:

- de NZa niet beschikt over de mogelijkheid in te grijpen schaalgrootte van bestaande zorggroepen kan bijdragen aan een AMM-positie;
- de keuzevrijheid van de patiënt hiermee beperkt kan worden;
- de concurrentie tussen aanbieders van ketenzorg hiermee op lange termijn geschaad zou kunnen worden en daarmee de meerwaarde voor de patiënt die de beleidsmakers hiermee beogen;
- de NZa een structuurmaatregel preventief zou kunnen opleggen om zo de marktwerking te bevorderen;
- het *kunnen* opleggen van een dergelijke maatregel op zichzelf al preventief kan werken.

De NZa acht het op grond van deze argumenten van belang in uiterste geval en ter waarborging van de continuïteit van zorg een verplichting op te kunnen leggen tot schaalverkleining. Hiermee zou duurzaam het hoofd geboden kunnen worden aan belemmeringen van de concurrentie of het op gang komen ervan, die het gevolg zijn van de ongebreidelde (natuurlijke) groei van een zorggroep leidend tot een AMM-positie.

In de brief Ruimte en Rekenschap geeft de minister aan te onderzoeken of het mogelijk is de NZa de bevoegdheid te geven om aanbieders met aanmerkelijke marktmacht in het uiterste geval en ter waarborging van de continuïteit van zorg te verplichten tot schaalverkleining.<sup>37</sup> Ook de RVZ heeft in haar rapport 'Schaal en zorg' aangegeven dat, mochten risico's van schaalvergroting zich manifesteren, ervoor kan worden

---

<sup>36</sup> Zie bijlage voor een nadere toelichting van de voor- en nadelen van regulering.

<sup>37</sup> Brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 9 juli 2009 over ruimte en rekenschap voor zorg en ondersteuning (Kamerstukken II 2009-2010, 32 012, nr. 1)

gekozen om de bevoegdheden van de NZa in het kader van AMM uit te breiden.<sup>38</sup> Dit ondersteunt de analyse van de NZa.

Op dit moment is en kan geen sprake zijn van ex ante opleggen van een structuurmaatregel aan een groeiende zorggroep. Indien gekozen wordt voor dit scenario verdient het dan ook aanbeveling het opleggen van een structuurmaatregel die het in uiterste gevallen mogelijk maakt de schaalgrootte van een zorggroep te beperken toe te voegen aan het AMM instrumentarium van de NZa.

## 8.4 Scenario 3. Marktbrede AMM-inzet

### 8.4.1 Beschrijving scenario

In dit scenario continueert de NZa het huidige beleid, en zet daarnaast het AMM-instrument marktbreed in. Dat wil zeggen het faciliteren van ketenzorg door invoering van integrale bekostiging zonder additionele generieke regelgeving, maar dit aanvult met specifieke regulering in de vorm van de marktbrede inzet van het AMM-instrument. Daarbij is een AMM-onderzoek niet het gevolg van monitoring en/of signalen, maar wordt over de gehele breedte van de markt onderzocht welke partijen AMM hebben en wordt nagegaan in hoeverre dit problemen oplevert en welke regulering daarbij voor de AMM partijen moet worden toegepast.

Evenals in scenario 2 gaan de bestaande aanbieders in scenario 3 op de huidige voet verder, en kan dit leiden tot concurrentie tussen zorggroepen, en/of tot vorming van (grotere) machtsposities van zorggroepen. Daar waar de concurrentie niet door de markt zelf op gang komt, kan de NZa het AMM-instrument inzetten.

### 8.4.2 Instrumentarium

De NZa kan partijen met AMM verplichtingen opleggen op basis van artikel 48 Wmg. Zie scenario 2 waarin dit reeds is uitgewerkt. Ook in scenario 3 geldt dat het aanbeveling verdient de mogelijkheid een structuurmaatregel op te leggen toe te voegen aan het instrumentarium van de NZa.

### 8.4.3 Afweging

Door te kiezen voor scenario 3 zou de NZa vasthouden aan de visie functionele bekostiging. Uitgangspunt van het achterliggend beleid is dat de markt zoveel mogelijk zelf haar werk kan en moet doen. Het zou nu, een paar maanden na de invoering van de keten-dbc's, aan de vroege kant zijn om verandering aan te brengen in dit beleid. Vroegtijdig wijzigen van de regulering kan leiden tot overheidsfalen en getuigt op zijn minst niet van reguleringszekerheid.

Aan de andere kant toont de praktijk aan dat niet zeker is dat zonder ingrijpen het einddoel – kwalitatief goede, betaalbare, voor iedereen toegankelijke ketenzorg – bereikt wordt.

Omdat de risico's zich alleen daar voordoen waar sprake is van een machtspositie van een of meerdere zorggroepen/aanbieders van ketenzorg, ligt het voor de hand hier het AMM-instrument in te zetten. Hiermee worden in theorie uitsluitend die partijen die risico's opleveren aan AMM-verplichtingen onderworpen.

<sup>38</sup> Schaal en zorg, Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, 2008

Belangrijke argumenten die tegen dit scenario pleiten zijn dat de risico's ten aanzien van de publieke belangen blijven bestaan zolang een of meerdere AMM-maatregelen niet zijn opgelegd. Dit is een proces dat per casus veel tijd in beslag kan nemen. Het staat daardoor ook niet vast dat de lange termijn doelstellingen behaald kunnen worden. Tot slot levert dit voor alle partijen onzekerheid op, zolang niet vaststaat welke partijen wel en welke niet als AMM worden aangewezen.

Daarnaast kan afgevraagd worden of bij het opleggen van AMM-verplichtingen in een groot aantal gevallen niet gekozen zou moeten worden voor generieke regulering. Voor een generieke aanpak van de problemen, wordt verwezen naar scenario 4.

Scenario 3. Marktbrede AMM-inzet	
Voor	Tegen
Ruimte voor de markt	Risico's betaalbaarheid, toegankelijkheid
Consistentie	Onzekerheid over bereiken lange termijn doelen
Geen extra regulering voor partijen zonder AMM	Onzekerheid veldpartijen
	Tijdsduur inzet AMM-instrumenten

#### 8.4.4 Uitbreiding juridisch instrumentarium

Indien gekozen wordt voor dit scenario verdient het aanbeveling het AMM-instrumentarium uit te breiden met de mogelijkheid een structuurmaatregel op te leggen om zo de vorming van (te) grote zorggroepen tegen te gaan en de concurrentie op gang te brengen. Zie scenario 2 voor een nadere toelichting hierop.

### 8.5 Scenario 4. Aanvullende generieke regulering

#### 8.5.1 Beschrijving scenario

In dit scenario legt de NZa aanvullende regulering op aan aanbieders van ketenzorg met het oog op het stimuleren van concurrentie op de relevante markten voor ketenzorg. Onder generieke regulering wordt verstaan regulering van de *gehele* markt door alle partijen aan dezelfde regulering te onderwerpen en zo de mededinging en/of transparantie te bevorderen en op gang te brengen.

De NZa kan de concurrentie kan op generieke basis stimuleren door de inzet van haar bevoegdheden in artikel 45 Wmg. Doelstelling van deze regulering is het wegnemen van de belemmeringen voor de ontwikkeling van concurrerende markten en het beheersen van de risico's ten aanzien van de publieke belangen.

Aangezien de problematiek hetzelfde is, zijn de op te leggen maatregelen vergelijkbaar – maar niet altijd hetzelfde – met op te leggen AMM-maatregelen. Het belangrijkste verschil is dat de maatregelen bij dit scenario voor de gehele (deel)markt gelden en dus ook gelden voor de aanbieders op die (deel)markt die (nog) geen AMM-positie hebben.



## 8.5.2 Instrumentarium

### *Ingrijpen in totstandkoming van of voorwaarden in overeenkomsten*

Indien zich problemen voordoen die voortvloeien uit (het gedrag van) zorggroepen kunnen via generieke verplichtingen op grond van artikel 45 Wmg aangepakt worden indien de aard van de problemen daar aanleiding toe geeft. Met 'generiek' wordt bedoeld van toepassing op alle betrokken partijen. Op grond van artikel 45 Wmg kan de NZa regels stellen betreffende de wijze van totstandkoming van overeenkomsten en de voorwaarden in die overeenkomsten, met het oog op de inzichtelijkheid van de zorgmarkten of de bevordering van de concurrentie.

De keuze om verplichtingen op te leggen op grond van artikel 45 Wmg wordt mede bepaald door de vraag of een individuele partij de (ontwikkeling van de) concurrentie op de markt belemmerd of dat het breder speelt in de markt (generiek). Zo zet de NZa het AMM-instrument in wanneer een partij met marktmacht (potentieel) de concurrentie verstoort, terwijl problemen die breder in een (deel)markt spelen, worden geredresseerd in een regeling op basis van artikel 45 Wmg. De verplichtingen die op grond van artikel 45 Wmg kunnen worden opgelegd zijn voor een deel anders dan bij AMM en andersom.

De verplichtingen die NZa kan opleggen zien bijvoorbeeld op de duur van de contracten, de opzegmogelijkheden en tekentermijnen bij contracten. Daarnaast ziet het op het tegengaan van exclusieve contracten. Ook kunnen een transparantie, non-discriminatie en een ontbundelingsverplichting worden opgelegd. Deze verplichtingen zijn identiek aan de AMM-verplichtingen die op grond van artikel 48 Wmg aan een partij met AMM kunnen worden opgelegd. Ook kan de NZa op grond van artikel 45 Wmg bepalen dat er een veiling of aanbesteding moet plaatsvinden.

Uit de analyse in deze uitvoeringstoets blijkt het risico te bestaan van uitsluiting van zorgaanbieders door een zorggroep. Dit kan nadelige gevolgen hebben voor de (opkomende) marktwerking en de consument, doordat de keuzemogelijkheden hierdoor beperkt worden. Zoals toegelicht in paragraaf 7.2 kan uitsluiting verschillende vormen aannemen. Juist in verband met het op gang brengen van daadwerkelijke mededinging in zorgmarkten is het bevorderen van effectieve toetreding van het grootste belang. De NZa kan in dat geval op grond van artikel 45 Wmg eventueel maatregelen opleggen die belemmeringen wegnemen voor deelname aan zorggroepen.

In scenario 4 kan de NZa ervoor kiezen de volgende maatregelen generiek op te leggen.

Problemen	Categorie	Maatregelen
Overstapdrempels	Bevorderen concurrentie	Verhogen transparantie
Toetredingsdrempels	Bevorderen concurrentie, toegankelijkheid/kwaliteit	Toegang voor andere zorgaanbieders Transparantie Non-discriminatie

### 8.5.3 Afweging

Door te kiezen voor dit scenario zou de NZa afwijken van de visie functionele bekostiging.

Belangrijkste voordelen van dit scenario is dat de NZa kiest voor korte termijn zekerheid ten aanzien van het borgen van de publieke belangen. De beoogde generieke regulering zou echter niet alleen eventuele AMM-partijen, maar ook aanbieders zonder AMM kunnen treffen. Het risico is hiermee aanwezig dat de dynamiek uit de markt verdwijnt. Innovatie en nieuwe toetreding kunnen zo bevorderd, maar evengoed belemmerd worden. Wat heeft het voor zin om een uniek programma op te zetten als je vervolgens iedere zorgaanbieder mee moet laten doen? Of een andere zorggroep met een kwalitatief mager programma meer verdient dan een zorggroep met een topprogramma omdat hij minder kosten heeft en de tarieven gelijk zijn? Uiteraard valt dit soort zaken op te vangen in de invulling van regulering, maar dergelijke vormen van overheidsfalen blijven een rol spelen bij inzet van generieke regulering.

Scenario 4. Aanvullende generieke regulering	
Voor	Tegen
Zekerheid ten aanzien van publieke belangen	Risico overheidsfalen
Reguleringszekerheid	Inconsistent
	Minder ruimte voor marktwerking (innovatie, nieuwe toetreding)

## 8.6 Scenario 5. Tariefregulering

### 8.6.1 Beschrijving scenario

In dit scenario perkt de NZa – op basis van een aanwijzing hiertoe van de Minister – de onderhandelings- en contracteervrijheid tussen zorggroepen en zorgverzekeraars drastisch in door middel van het opleggen van maximumtarieven voor de gehele markt van ketenzorg. De NZa zou tot dit zware scenario kunnen overgaan indien blijkt de inkoopmacht van zorgverzekeraars niet opweegt tegen de marktmacht van zorggroepen, waardoor landelijk blijkt dat te hoge prijzen voor ketenzorg tot stand kunnen komen, die zich niet of niet voldoende vertalen in een kwaliteitsverbetering voor de consument. Hierbij is een tweetal varianten mogelijk, te weten het opleggen van een maximumtarief voor de gehele keten of zelfs het opleggen van maximumtarieven voor de ondercontractanten binnen de keten.

Dit scenario zou de potentiële marktmacht van zorggroepen indammen en mogelijk het aanbod van ketenzorg uniformeren. Het neemt echter tevens de vrijheid weg voor zorgaanbieders en zorgverzekeraars om de invulling van de zorgprogramma's en de bijbehorende prijs aan te passen aan de regionale situatie.

### 8.6.2 Instrumentarium

Op grond van artikel 50 e.v. Wmg kan de NZa een maximum integraal tarief verbinden aan de integrale bekostiging van ketenzorg en bijbehorende prestaties (keten-dbc's).

Daarnaast gelden de reguleringsmogelijkheden op grond van artikel 45 en artikel 48 Wmg, zoals benoemd in voorgaande scenario's. Evenals in scenario 4 geldt ook hier dat de mogelijkheid aan de NZa ontbreekt tot het opleggen van structuurmaatregelen.

### 8.6.3 Afweging

Door te kiezen voor scenario 5 perkt de NZa de marktmacht van zorgaanbieders in en worden de macrokosten beheersbaar. Daar staat echter tegenover dat de NZa een zware maatregel zou opleggen aan een jonge markt die nog in ontwikkeling is. De introductie van vrije prijzen in deze markt is een bewuste keuze die vrijheid biedt voor partijen om zich aan te passen aan de regionale omstandigheden. Het risico op marktfalen wordt ingedamd, maar het risico op overheidsfalen neemt toe.

Het opleggen van tariefregulering voor de gehele markt lijkt niet proportioneel met het oog op de geconstateerde knelpunten, aangezien de gesignaleerde knelpunten veel, maar lang niet alle zorggroepen lijken te betreffen. Daarbij kan het opleggen van landelijke tariefregulering voor zowel veldpartijen als de NZa leiden tot aanzienlijke toezichtskosten, in de vorm van administratieve lasten (bijvoorbeeld wanneer een uitgebreid kostenonderzoek dient te worden opgezet).

Scenario 5. Tariefregulering	
Voor	Tegen
Meer zekerheid ten aanzien van publieke belangen	Risico overheidsfalen
Reguleringszekerheid	Inconsistent
	Aanzienlijk minder ruimte voor marktwerking (innovatie, nieuwe toetreding)
	Administratieve lasten

## 8.7 Conclusie

De centrale vragen in onderhavige analyse zijn:

- 1. Welke maatregelen zijn proportioneel om het publieke belang te borgen?
- 2. Welke nieuwe juridische instrumenten heeft de NZa eventueel nodig om het publieke belang te borgen?

Hieronder worden deze vragen beantwoord, op grond van bovenstaande analyse.

### 8.7.1 Beantwoording onderzoeksvraag 1

In dit hoofdstuk zijn vijf scenario's onderzocht ten aanzien van de toekomstige regulering van en toezicht op zorggroepen:

- Scenario 1: deregulering;
- Scenario 2: voortzetten huidige regulering, versterkt toezicht;
- Scenario 3: marktbrede AMM-inzet;
- Scenario 4: aanvullende generieke regulering;
- Scenario 5: tariefregulering.

De voor- en nadelen van de vijf scenario's zijn samengevat in de volgende tabel:

Scenario	Voor	Tegen
1. Deregulering	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Meer ruimte voor de zorgaanbieders om keten naar eigen inzicht in te richten en te tarifieren</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Risico marktfalen</li> <li>- Risico's betaalbaarheid, toegankelijkheid</li> <li>- Onzekerheid over bereiken lange termijn doelen</li> </ul>
2. Voortzetten huidige regulering, versterkt toezicht	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ruimte voor de markt</li> <li>- Consistentie</li> <li>- Zicht op marktontwikkeling, monitoring bereiken lange termijn doelen</li> <li>- Geen extra regulering voor partijen zonder AMM</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Risico's betaalbaarheid, toegankelijkheid</li> </ul>
3. Marktbrede AMM-inzet	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ruimte voor de markt</li> <li>- Consistentie</li> <li>- Geen extra regulering voor partijen zonder AMM</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Risico's betaalbaarheid, toegankelijkheid</li> <li>- Onzekerheid over bereiken lange termijn doelen</li> <li>- Onzekerheid veldpartijen</li> <li>- Tijdsduur inzet AMM-instrumenten</li> </ul>
4. Aanvullende generieke regulering	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Zekerheid ten aanzien van publieke belangen</li> <li>- Reguleringzekerheid</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Risico overheidsfalen</li> <li>- Inconsistent</li> <li>- Minder ruimte voor marktwerking (innovatie, nieuwe toetreding)</li> </ul>
5. Tariefregulering	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Zekerheid ten aanzien van publieke belangen</li> <li>- Reguleringzekerheid</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Risico overheidsfalen</li> <li>- Inconsistent</li> <li>- Aanzienlijk minder ruimte voor marktwerking (innovatie, nieuwe toetreding)</li> <li>- Administratieve lasten</li> </ul>

Zwaarwegend bij de te kiezen scenario's is voor de NZa het feit dat de markt waarop zorggroepen opereren zich bevindt in een pril stadium. Er is sprake van een transitiefase. De ontwikkeling naar ketenzorg komt nog op gang, pas zeer recent is een integraal tarief ingevoerd voor een drietal chronische zorgvormen. Om die reden is het naar oordeel van de NZa te vroeg om structurele stappen vooruit (scenario 1) of terug (scenario 5) te doen. De NZa adviseert de minister derhalve op dit moment geen bestaande regulering in te trekken of additioneel op te leggen.

Voor de NZa resteert dan nog de keuze uit scenario 2, 3 of 4 ten aanzien van de inzet van AMM-regulering of generieke regulering. Aangezien de nadelen bij inzet van marktbrede AMM-regulering (scenario 3) of generieke regulering (scenario 4) op dit moment groter zijn dan de voordelen, kiest de NZa op dit moment voor scenario 2. Dit betekent nauwgezette monitoring/toezicht en waar noodzakelijk gericht inzet van AMM-instrument. Mocht de monitoring daartoe aanleiding geven, dan kan alsnog overgestapt worden naar een van de andere scenario's.

De NZa adviseert op korte termijn de regelgeving niet te veranderen. Wel zal de NZa, teneinde de publieke belangen te borgen, nauwgezet toezicht houden en waar noodzakelijk gericht het AMM-instrument inzetten.

### **8.7.2 Beantwoording onderzoeksvraag 2**

De NZa kan op basis van het bestaande juridische instrumentarium zowel op individuele (AMM) als op generieke basis eventuele mededingingsproblemen ten aanzien van zorggroepen bestrijden, met als oogmerk de publieke belangen te borgen. Op dit moment is en kan echter geen sprake zijn van ex ante opleggen van een structuurmaatregel aan een groeiende zorggroep.

De NZa concludeert in deze uitvoeringstoets dat zich in het uiterste geval de noodzaak voor zou kunnen doen om een verplichting op te leggen tot schaalverkleining. Hiermee zou duurzaam het hoofd geboden kunnen worden aan belemmeringen van de concurrentie of het op gang komen ervan, die het gevolg zijn van de ongebreidelde (natuurlijke) groei van een zorggroep leidend tot een AMM-positie.

In alle scenario's verdient het dan ook aanbeveling het AMM-instrumentarium van (artikel 48 Wmg) uit te breiden met de mogelijkheid structurele remedies op te leggen, om zo de omvang van zorggroepen in het uiterste geval te kunnen beperken.



## Bijlage. Marktwerving en regulering

Als marktpartijen hun rol op de markt goed kunnen vervullen, is overheidsregulering niet nodig en kan dat zelfs verstorend werken. Het is de taak van de NZa om de voorwaarden te scheppen om markten goed te laten functioneren. In deze bijlage worden de voor- en nadelen van regulering afgezet tegen de voor- en nadelen van het vrij laten van de markt.

### A. Regulering en het publiek belang

#### Voordelen regulering

##### *Lage transactiekosten*

Een belangrijk voordeel van regulering kan zijn dat zorgaanbieders en verzekeraars niet zelf hoeven te onderhandelen over de tarieven en de inhoud van de te vergoeden prestaties. Dit leidt tot lagere transactiekosten van de zorg, met als gevolg mogelijk lagere zorgkosten voor de consument/premiebetaler.

##### *Inkomenszekerheid*

Daarnaast creëren vaste of maximumprijzen een bepaalde mate van inkomenszekerheid bij zorgaanbieders, hoewel het omzetvolume wel onzeker blijft. Voor de verzekeraar geeft het een grotere zekerheid over de zorguitgaven, hoewel ook hier het omzetvolume onzeker blijft.

##### *Lage kans op prijsstijgingen*

Het belangrijkste voordeel voor de consument is dat de kans op prijsstijgingen bij gereguleerde prijzen en prestaties in beginsel kleiner is dan bij vrije prijzen. Ook de kans op verhoging van de eigen bijdragen, verlies van kwaliteit en verslechtering van de toegankelijkheid is bij regulering beperkt. Gereguleerde punttarieven of maximumtarieven – mits correct vastgesteld – beteugelen eventuele marktmacht van zorgaanbieders.

##### *Transparantie*

Ook kan een eenduidige omschrijving van prestaties door de NZa bijdragen aan transparantie over wat er aan zorg geboden wordt. Dan moet wel aan twee aanvullende voorwaarden zijn voldaan: de kwaliteit van de zorg moet meetbaar zijn en de tarieven moeten hoog genoeg zijn om het voorgeschreven kwaliteitsniveau te kunnen realiseren.

##### *Handhaven bereikbaarheid*

Regulering van tarieven kan tot slot bijdragen aan het handhaven van de bereikbaarheid van de zorg, door de tarieven zo vast te stellen dat ook zorgaanbieders met een lager omzetvolume dan gemiddeld kostendekkend kunnen werken.

#### Nadelen regulering

##### *Regulering kan leiden tot overwinsten of continuïteitsrisico's*

Regulering van de tarieven is afgestemd op het kostenniveau van de gemiddelde praktijk. Dat kostenniveau blijkt in de praktijk lastig te meten. Een systeem van centraal gereguleerde tarieven is dan ook heel moeilijk goed te onderhouden. Hierdoor bestaat voortdurend het risico van te hoge of te lage tarieven, waardoor overwinsten of juist verliezen worden gemaakt. In het eerste geval is de zorgpremie te hoog; in het

laatste geval zijn er risico's voor de kwaliteit en de continuïteit van de zorg.

#### *Gemiddelde versus individuele kosten*

Een probleem met het bepalen van de kosten in de regulering is voorts dat kostprijsonderzoek resulteert in gemiddelde kosten. De werkelijke kosten van een zorgaanbieder wijken hiervan af als gevolg van lokale kostprijsverschillen, verschillen in schaal als gevolg van verschillen in bevolkingsdichtheid en dergelijke. Bij het vaststellen van tarieven is het voor een toezichthouder onmogelijk om met al deze verschillen rekening te houden en dat gebeurt dan ook niet.

#### *Beperkt onderscheid zorgaanbieders*

Bij landelijke regulering is het voor zorgaanbieders minder zinvol zich te onderscheiden van de concurrentie op basis van kwaliteitsargumenten of op basis van prijsverschillen. Door landelijke regulering wordt ook de prikkel verminderd om op lokaal niveau serieus te onderhandelen aan de hand van kwaliteit- en prijsverschillen.

#### *Beperkte innovatieprikkel*

Een belangrijke nadeel van regulering is dat het moeilijk is hiermee innovatie te stimuleren. Wanneer zorgaanbieders weinig of geen prikkels ondervinden om zich te onderscheiden op basis van kwaliteit en prijs, wordt daarmee veelal ook de prikkel tot innovatie verminderd.

#### *Beperkte sturingsmogelijkheden consument*

Het is niet eenvoudig om in een systeem van volledig gereguleerde tarieven en prestaties alle relevante prestaties te dekken. Gereguleerde tarieven zullen dan ook nooit voor elke activiteit de werkelijke individuele kostprijs weerspiegelen. Daardoor bevat een gereguleerd tariefsysteem allerlei kruissubsidies. Sommige activiteiten zijn winstgevend, andere niet.

Als gevolg van deze kruissubsidies kunnen activiteiten die voor de consument heel belangrijk zijn voor de zorgaanbieder onaantrekkelijk zijn, en omgekeerd. Op een vrije markt kunnen consumenten (en hun verzekeraars) sturen op wat zij belangrijk vinden. In een gereguleerd systeem kunnen zij dat niet.

#### *Informatieproblemen*

Het reguleren van tarieven en prestaties van zorgaanbieders stelt hoge eisen aan de informatie waarover de toezichthouder kan beschikken. Hij moet goed in staat zijn te bepalen wat de diensten van de betreffende zorgaanbieder precies inhouden. Dit is in de zorg vele malen ingewikkelder dan in sectoren die een min of meer homogeen product leveren zoals nutsbedrijven.

De toezichthouder moet beschikken over informatie over kosten om tarieven vast te kunnen stellen. Het verzamelen van dergelijke informatie is niet eenvoudig. Wat zijn redelijke kosten van huisvesting en personeel? Wat is een redelijk inkomen voor de zorgaanbieder? Wat is een redelijke vergoeding voor het ondernemersrisico? Op welk kwaliteitsniveau moet de vergoeding zijn afgestemd? In hoeverre zijn de huidige kosten het gevolg van een doelmatige bedrijfsvoering? Het antwoord op deze vragen vergt diepgaand en kostbaar onderzoek, dat bovendien niet op alle vragen antwoord geeft. Inkomen en risico-opslag laten zich immers nauwelijks objectief bepalen.



## B. Marktwerking en het publiek belang

### Voordelen marktwerking

In een goed werkende markt met gereguleerde concurrentie is sprake van onderlinge concurrentie tussen zorgaanbieders, en baseren verzekeraars hun contracteerbeleid op voldoende informatie over prijs en kwaliteit. Randvoorwaarden zijn dat de publieke doelen van betaalbaarheid, kwaliteit en toegankelijkheid zijn geborgd.

#### *Maatwerk*

In een goed werkende markt zijn individuele marktpartijen zelf in staat afspraken te maken over (een deel van) de te vergoeden prestaties en over de bijbehorende tarieven. De toezichthouder hoeft hierdoor geen (of in ieder geval niet alle) prestaties te definiëren en hoeft geen (of niet alle) tarieven te bepalen.

Anders dan een toezichthouder hoeft een verzekeraar geen gedetailleerde informatie te verzamelen over kostprijzen. Als de markt goed werkt zullen zorgaanbieders met elkaar concurreren om een contract te kunnen sluiten met een verzekeraar. Informatie-uitwisseling over prestaties en vergoedingen hoeft niet centraal geregeld te worden door een toezichthouder maar kan decentraal plaatsvinden tussen zorgaanbieder en verzekeraar. De lijnen zijn hierdoor korter en transparanter voor de betrokken partijen.

#### *Ruimte voor toegevoegde waarde individuele zorgaanbieder*

Het heeft belangrijke voordelen om de vergoeding voor zorgverlening over te laten aan onderhandelingen tussen verzekeraars en zorgaanbieders. Bij individuele onderhandelingen kan makkelijker de toegevoegde waarde van de dienstverlening van zorgaanbieders en de mogelijkheden om nieuwe investeringen in de dienstverlening te doen worden meegenomen.

Daarnaast beschikt de verzekeraar in het geval van vrije prijzen over een instrument om via een tariefstelling vraag en aanbod beter in evenwicht te brengen. De verzekeraar kan regionaal een hoger tarief afspreken om het voor aanbieders aantrekkelijk te maken om zich in deze regio te vestigen. Op deze wijze kan het vrije tarief eventuele regionale tekorten aan zorgaanbieders proberen op te lossen.

#### *Sturingsmogelijkheden zorgaanbieders en verzekerden: stemmen met de voeten*

Een belangrijk voordeel van vrije prijsvorming is dat de markt zichzelf corrigeert. Individuele verzekeraars moeten de polisvoorwaarden die ze aanbieden aan consumenten en de inkoopcontracten die ze sluiten met zorgaanbieders op elkaar afstemmen. Wanneer de polisvoorwaarden onaantrekkelijk zijn voor de consument, kan die overstappen naar een andere verzekeraar. Wanneer de inkoopvoorwaarden onaantrekkelijk zijn voor zorgaanbieders, kunnen zij besluiten met die verzekeraar geen contract meer af te sluiten. De mogelijkheden voor zowel consument als zorgaanbieder om met de voeten te stemmen disciplineert het marktgedrag van de verzekeraar.

#### *Meer inzicht in prijs/kwaliteit verhouding*

Een voordeel van een systeem van vrije prijsvorming voor zowel de verzekeraar als de verzekerde is dat het een stimulant vormt voor de zorgaanbieder om een goede prijs/kwaliteitsverhouding te bieden. Als hij immers een relatief ongunstig aanbod doet, loopt hij het risico geen contract te krijgen en omzet te verliezen.

#### *Prikkels innovatie*

Een belangrijk voordeel van marktwerking is dat de prikkels om te innoveren sterker zijn dan onder regulering. Bij vrije prijsvorming zullen duurdere innovaties eerder worden vergoed dan onder een regiem van tariefregulering.

#### *Risicospreiding*

Een voordeel van individuele afspraken boven centrale aansturing is tot slot dat fouten bij het vaststellen van prestaties of tarieven minder ernstige gevolgen hebben. Als de toezichthouder verkeerde beslissingen neemt over tarieven en prestaties wordt de hele markt hierdoor getroffen. Als een individuele verzekeraar een verkeerd contract afsluit (te lage tarieven, te hoge tarieven, te weinig honorering van kwaliteit, te grote reisafstand) blijft de schade beperkt tot 'zijn' deel van de markt.

### **Nadelen marktwerking**

#### *Risico prijsstijgingen*

Het belangrijkste nadeel van vrije prijsvorming voor de consument is dat de kans op prijsstijgingen bij vrije tarieven hoger is dan bij gereguleerde tarieven. Dat geldt ook voor de kans op verhoging van de eigen bijdragen, op kwaliteitsverlies en op verslechtering van de toegankelijkheid. Bij tariefregulering beteugelt de toezichthouder de marktmacht van zorgaanbieders. Bij vrije marktwerking moeten verzekeraar en consument dat doen door hun inkoopkracht aan te wenden. De toezichthouder zal markten alleen vrijgeven als hiervoor de juiste condities aanwezig zijn.

#### *Risico inkoopmacht*

Een negatief aspect van vrije prijsvorming kan zijn dat de inkopende partij (de verzekeraars) te veel op prijs en te weinig op kwaliteit sturen. Dit kan veroorzaakt worden door een gebrek aan transparantie over de geleverde kwaliteit en onduidelijkheid over de meerwaarde hiervan. Het kan zijn dat de negatieve gevolgen voor de kwaliteit van de zorg pas worden ontdekt als het te laat is. Borging van (transparante) kwaliteit is daarom een randvoorwaarde bij vrije prijsvorming voor de zorg.

#### *Informatieproblemen*

Als de onderhandelingen volledig open gelaten worden, en dus ook geen regulering plaatsvindt van prestatieomschrijvingen, kan onduidelijkheid ontstaan over wat er aan zorg verkregen kan worden. Consumenten weten dan niet meer op welke zorg zij aanspraak kunnen maken en het borgen van een minimum kwaliteitsniveau wordt hiermee problematisch.

Hetzelfde geldt voor de inkopers van zorg, de verzekeraars, die contracten afsluiten. Deze moeten goed in staat zijn te bepalen wat de diensten van de betreffende zorgaanbieder precies omvatten. Wil een markt goed kunnen werken, dan zullen de prestaties helder omschreven moeten zijn.

## **C. Gereguleerde marktwerking**

In de praktijk is in de zorg altijd sprake van gereguleerde marktwerking, ofwel een combinatie van marktwerking en regulering. Voor de keten-DBC's geldt bijvoorbeeld dat de prestaties wel gereguleerd zijn, maar de bijbehorende tarieven vrij onderhandelbaar.