

Vergaderjaar 2013–2014

32 620

Beleidsdoelstellingen op het gebied van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Nr. 106

BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 20 december 2013

Tijdens de plenaire behandeling van de VWS-begroting 2013¹ en bij de behandeling van het wetsvoorstel over onder andere de continuïteit van zorg² heb ik mede namens de Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport toegezegd uw Kamer eind 2013 te informeren over (keten)samenwerking, regiomaatschappen en fusiedruk in relatie tot de mededingingsregels. Samenwerking in de zorgsector vind ik een belangrijk onderwerp, omdat goede samenwerking de kwaliteit van de zorgverlening nu en in de toekomst kan versterken. Dit betekent tegelijkertijd dat er ook altijd ruimte moet blijven voor innovatie en verbeteringen, zodat ook in de toekomst de zorgverlening van een hoog en betaalbaar niveau blijft. Mijn verantwoordelijkheid is het om onduidelikheden in de wet- en regelgeving, die wenselijke samenwerkingsvormen beperken of belemmeren, aan te pakken. Daarom ga ik het land in om van partijen zelf te horen waar zij tegen aan lopen.

Samenwerking

In het regeerakkoord staat dat op het terrein van de zorg samenwerking tussen zorgaanbieders onderling en tussen zorgverzekeraars, gemeenten en zorgaanbieders wordt bevorderd. Dat betekent dat samenwerking die in het belang is van de patiënt moet worden gestimuleerd. Het gaat dan om samenwerking en ketensamenwerking die in het belang is van mensen die ondersteuning en zorg nodig hebben. Deze vormen van samenwerking moeten ongehinderd van de grond kunnen blijven komen. (Keten)samenwerking vindt al volop plaats en hieraan liggen veelal goede overwegingen ten grondslag, zoals verbeteren van kwaliteit, 24-uurszorg en patiëntenoverdracht. Samenwerking is daarmee niet iets nieuws en vindt volop plaats in de zorgsector. Zo hebben voor de zomer

¹ Handelingen II 2012/13, nr. 32, item 2

² Handelingen II 2012/13, nr. 55, item 6

medewerkers van VWS gesproken met een zevental verschillende samenwerkingsverbanden over de succesfactoren van een goede samenwerking. Bij dit gesprek waren vertegenwoordigers aanwezig uit de medisch-specialistische zorg, huisartsenzorg, apothekers, palliatieve zorg, verzorging en verpleging, ouderenzorg, verzekeraars, gemeenten en patiëntvertegenwoordigers. Uit dit gesprek bleek dat een goede samenwerking afhangt van de bereidwilligheid van de organisaties en de mensen die er werken. Vanuit het Ministerie van VWS zijn er dan ook diverse initiatieven die samenwerking in de zorgsector ondersteunen. Bijvoorbeeld op het terrein van verzorging, verpleging en ondersteuning het programma «In voor zorg!» en op het terrein van de curatieve zorg de Proeftuinen en pilots «betere zorg met minder kosten». Ook toezichthouders als de Nederlandse Zorgautoriteit (hierna: NZa) en de Autoriteit Consument en Markt (hierna: ACM) zijn hierbij betrokken. Vanuit hun toezichthoudende rol op ondermeer de regulering en de mededingingsregels. Ten aanzien van de mededingingsregels heb ik u eerder geïnformeerd over de betekenis van de mededingingsregels voor specialisatieafspraken, samenwerkingsgesprekken en de ervaren ongelijkheid in het contracteringsproces tussen zorgverzekeraar en aanbieder.³

Signalen dat er belemmeringen zijn om samen te werken als gevolg van de mededingingsregels zal ik inventariseren en mogelijke misverstanden moeten worden weggenomen door een «rondgang samenwerkingen» te maken in het veld samen met de ACM, de NZa en het Ministerie van VWS. Ook de zorgverzekeraars zal ik hiervoor uitnodigen. Partijen uit het veld kunnen dan rechtstreeks vertellen tegen welke belemmeringen zij aanlopen, terwijl de toezichthouders partijen informeren over waar zij op letten bij het beoordelen van een samenwerking en/of fusie. De bijeenkomsten gericht op de ziekenhuissector, GGZ en de beroepsbeoefenaren in de eerstelijnszorg zullen begin 2014 verspreid over het land plaatsvinden. Op basis van de uitkomsten van deze bijeenkomsten zal worden bezien of er bijeenkomsten worden georganiseerd voor andere sectoren, zoals de verzorging en verpleging en de jeugd en ondersteuning. Voor de zomer van 2014 zal ik u een verslag toezenden van deze bijeenkomsten en van mijn bevindingen, waarbij ik ook zal ingaan op het instrumentarium van de ACM, zoals is toegezegd in de brief Antwoorden schriftelijk overleg proeftuinen⁴ en tijdens de behandeling van de begroting 2014⁵.

Essentie van de mededingingsregels

De essentie van de mededingingsregels en het toezicht daarop is dat samenwerking waar patiënten of verzekerden van profiteren gewoon kan, terwijl voor patiënten of verzekerden nadelige vormen van samenwerking worden tegengehouden. Een voorbeeld van een nadelige samenwerking tussen aanbieders is als partijen onderling afspreken wie welke patiënt behandelt, zonder dat hiervoor een medische noodzaak is. Patiënten worden daarmee in hun keuzevrijheid belemmerd, aanbieders kunnen als gevolg van deze afspraken minder gestimuleerd worden om goede kwaliteit te leveren en de prijzen kunnen stijgen.

De beoordeling van een samenwerkingsverband ligt primair bij de zorgaanbieder zelf. Indien een arts of een organisatie denkt, dat de samenwerking goed is voor de patiënt, maar toch twijfels houdt, dan is de ACM bereid om op basis van de mededingingsregels duidelijkheid te geven over wat wel of niet is toegestaan. Dit kan bijvoorbeeld in de vorm van een informele zienswijze.

³ Kamerstuk 29 248, nr. 234

⁴ Kamerstuk 32 620, nr. 92

⁵ Handelingen II 2013/14, nrs. 16 en 17.

In dit verband noem ik de recente publicatie van de ACM «Beoordeling fusies en samenwerkingen ziekenhuiszorg» (september 2013). De ACM heeft hierin benadrukt dat er geen strenger regime geldt voor samenwerkingen dan voor fusies en dat indien er bij samenwerkende ziekenhuizen na hun eigen beoordeling nog onduidelijkheid bestaat over de vraag of een bepaalde samenwerkingsvorm toelaatbaar is of niet, zij dit kunnen voorleggen aan de ACM. Dit maakt het voor besturen van ziekenhuizen eenvoudiger om een samenwerkingsverband vorm te geven of een keuze te maken tussen een samenwerking en een fusie. Op dit moment maakt de ACM een analyse om ook voor de andere zorgsectoren, zoals de beroepsbeoefenaars in de eerstelijnszorg en in de verzorging en verpleging meer duidelijkheid te geven omtrent het thema samenwerking.

Het is mijn verwachting dat dit alles ertoe zal bijdragen dat in de zorgsector gemakkelijker samenwerkingsverbanden kunnen worden vormgegeven of een meer afgewogen keuze kan worden gemaakt tussen samenwerken en fuseren. Hiervoor is het nodig dat aanbieders van zorg en ondersteuning, bij vragen over samenwerkingen, hun weg weten te vinden naar de ACM.

Toezicht op onwenselijke marktmacht van regiomaatschappen

Een vorm van samenwerking die in de medisch-specialistische zorg zichtbaar is, is de samenwerking tussen specialisten uit verschillende ziekenhuizen. De zogenoemde regiomaatschappen. Voor de zomer heeft u het advies van de NZa ontvangen over mogelijke maatregelen om de vorming van regiomaatschappen te ontmoedigen waar ik nog op zou reageren. Dat doe ik met deze brief⁶. Het advies van de NZa sluit aan op het regeerakkoord waarin staat, dat de vorming van regiomaatschappen wordt ontmoedigd. Ik zal de belangrijkste punten uit het advies van de NZa samenvatten en vervolgens mijn reactie geven op de maatregelen die door de NZa worden voorgesteld.

De NZa heeft een onderzoek naar regiomaatschappen laten uitvoeren. De NZa concludeert op basis van dit onderzoek dat als gevolg van fusies tussen maatschappen het aantal instellingsoverstijgende maatschappen de afgelopen jaren sterk is toegenomen en dat deze toename zich lijkt voort te zetten. De NZa wijst er op dat het vormen van regiomaatschappen allerlei op zichzelf wenselijke motieven kan hebben, zoals het mogelijk maken van subspecialisatie of het kunnen doen van dure investeringen. Tegelijkertijd kunnen regiomaatschappen tot onwenselijke marktmacht en beperking van concurrentie leiden waar patiënten of verzekerden schade van kunnen ondervinden. Te denken valt bijvoorbeeld aan de situaties waarin de (regio)maatschap, als gevolg van haar marktmacht, in staat is de selectieve inkoop door zorgverzekeraars te beperken of juist aan de volumenormen te voldoen zonder te specialiseren of onredelijke prijzen te vragen voor de diensten van de regiomaatschap. Dit kan ertoe leiden dat de kwaliteit ondanks hoger volume niet verbetert, de zorgpremies en/of de prijzen voor medisch specialistische zorg omhoog gaan en/of innovatieve kracht wordt geremd, waarmee toekomstige kwaliteitsverbetering minder snel wordt gerealiseerd. Wanneer in dit kader de toezichthouders, de NZa, de ACM alsmede de Inspectie voor de gezondheidszorg (hierna: IGZ) constateren dat er onvoldoende randvoorwaarden zijn voor het leveren van verantwoorde zorg, dan dient de vorming van de betreffende regiomaatschap door hen aangepakt te worden.

⁶ Kamerstuk 32 620, nr. 88

Eerder dit jaar heeft de ACM duidelijk gemaakt, dat zij in haar toezicht de raden van bestuur van een ziekenhuis verantwoordelijk houdt voor de afspraken die haar medisch specialisten maken met specialisten uit een ander ziekenhuis. Ziekenhuizen en maatschappen vormen volgens de ACM één geheel. De raden van bestuur van ziekenhuizen zijn daarom verantwoordelijk voor mededingingsbeperkende afspraken binnen een (regio)maatschap waarin specialisten van verschillende ziekenhuizen zijn verenigd.

De NZa adviseert om aansluitend op het generieke mededingingstoezicht, zoals de ACM dit tot haar beschikking heeft, een aanpak te kiezen die er in voorziet dat de transparantie ten aanzien van regiomaatschappen wordt vergroot, dat waar nodig en mogelijk de maatschap los van het ziekenhuis kan worden aangepakt via het toepassen van het Aanmerkelijke Marktmacht (hierna: AMM) instrument en in het uiterste geval door de NZa kan worden ontbundeld. Het advies van de NZa om de transparantie – op basis van Wet marktordening gezondheidszorg (hierna: WMG) – rondom (regio)maatschappen te vergroten, doordat (regio)maatschappen zich vóór de vorming ervan bij de NZa dienen aan te melden, vind ik een wenselijke stap. Om goed toezicht te kunnen houden, is het immers noodzakelijk om te weten van het bestaan van de regiomaatschap. De NZa tekent verder aan dat de situatie zich kan voordoen dat het ziekenhuis en de maatschap niet één geheel vormen. Voor deze situatie adviseert de NZa om in de WMG maatschappen onder de definitie van zorgaanbieder te brengen. Dit maakt het mogelijk dat de NZa kan optreden tegen de (regio)maatschap die een aanmerkelijke marktmacht bezit.

Ik neem het advies van de NZa over, omdat dit toezichtinstrument erin voorziet dat regiomaatschappen, daar waar zij niet één geheel vormen met het ziekenhuis, los van het ziekenhuis kunnen worden aangepakt wanneer hun afspraken de publieke belangen, met name de belangen van patiënten en verzekerden, kunnen schaden. Bij de wijziging van de WMG met het oog op verbetering van toezicht en opsporing zal worden opgenomen dat naast zorgaanbieder(s) en verzekeraar(s) ook «een organisatorisch verband van zorgaanbieders» kan beschikken over marktmacht. Hiermee kan de NZa het AMM instrument ook toepassen op (regio)maatschappen. De NZa kan dan naar aanleiding van de signalen/aanvragen die zij ontvangt of ambtshalve onderzoeken of de (regio)maatschap een aanmerkelijke marktmacht heeft met als (potentiële) schade aan de publieke belangen tot gevolg en zo nodig maatregelen nemen om de schade aan de publieke belangen te voorkomen. De genoemde wijziging van de WMG zal in het voorjaar 2014 aan u worden aangeboden. Het advies van de NZa om het AMM-instrumentarium te versterken door de NZa de bevoegdheid te geven om in het uiterste geval een partij met AMM te ontbundelen, neem ik ook over. Het ontbundelen van private samenwerkingen is een zwaar instrument. Echter ter bescherming van de patiënt en omdat daartoe concurrentie tussen meerdere aanbieders de ruggengraat van het systeem vormt, is zo'n zwaar middel gerechtvaardigd.

Fusiedruk en concentratietoezicht op ziekenhuizen in Duitsland

Mijn beleid is erop gericht dat er meer zorgvormen gaan ontstaan tussen de eerste en de tweedelijnszorg en dat deze zorg dichtbij is en blijft. Dit betekent dat de zorgsector zoals we die kennen aan het veranderen is: concentratie van hoogcomplexiteit zorg, de streekziekenhuizen aan het einde van de chronische zorgketen en specialisatie van de algemene ziekenhuizen.

In deze tijd van verandering bezinnen bestuurders van ziekenhuizen zich op het toekomstperspectief van hun organisatie. Een keuze die zij kunnen maken, is samenwerken met andere organisaties in de zorg. In de meest vergaande vorm kunnen zij hierbij kiezen voor een fusie. Het is aan de besturen van deze ziekenhuizen om te bepalen, hoe zij de samenwerking vorm willen geven en hoe zij waarborgen dat het interne toezicht hierop voldoet. Mijn beleid is erop gericht dat bestuurders van zorgaanbieders een bij hen passende vorm kiezen die in het belang is van de patiënt en daarbij niet worden gehinderd door wet- en regelgeving.

Ten aanzien van het toezicht op ziekenhuisfusies heb ik u eerder toegezegd op de vraag van het lid Mulder (VVD) om na te gaan of de wijze waarop in Duitsland een concentratie van ziekenhuizen mededingingsrechtelijk wordt getoetst strenger is dan in Nederland. Hierover heb ik met mijn Duitse ambtsgenoot gesproken tijdens mijn bezoek aan Duitsland afgelopen zomer en heb ik aanvullende vragen gesteld bij het Ministerie van Volksgezondheid in Duitsland. Op basis van de informatie die is gewisseld heb ik geconcludeerd, dat er niet in zijn algemeenheid gesproken kan worden van strenger of minder streng mededingingsrechtelijk toetsen van ziekenhuisfusies in Duitsland ten opzichte van Nederland. Wel is het zo dat de Duitse mededingingsautoriteit, de Bundeskartellamt, in Duitsland fusies tussen ziekenhuizen heeft tegengehouden, omdat de mededinging zou worden beperkt met de kans op het ontstaan of versterken van een machtspositie. Tegelijkertijd zijn ook in Duitsland fusies tussen ziekenhuizen met hoge gezamenlijke marktaandeelen goedgekeurd, omdat bleek dat patiënten naar voldoende alternatieve ziekenhuizen kunnen blijven gaan. Dat op onderdelen in Duitsland het mededingingstoezicht in de zorg anders wordt ingevuld dan in Nederland is ook mijn waarneming. Uit de vragen die ik heb gesteld aan het ministerie in Duitsland blijkt dat het verschil in invulling voor een belangrijk deel wordt veroorzaakt door de wijze waarop in Duitsland de ziekenhuiszorg is georganiseerd en de rol van de verzekeraar daarbij. Zo heeft in Duitsland de verzekeraar geen rol die van invloed is op de (kwaliteits)concurrentie tussen ziekenhuizen. Daarom weegt de Duitse mededingingsautoriteit de rol en de mening van de zorgverzekeraar minder prominent mee in haar besluit, dan de Nederlandse mededingingsautoriteit, de ACM, dit doet.

Op basis van de huidige regelgeving ziet de ACM in Nederland toe op de naleving van de mededingingsregels bij fusies. De ACM zal bij een voorgenomen fusie de NZa verzoeken om een zienswijze te geven. De NZa informeert de IGZ over het fusievoornemen en vraagt of de IGZ een zienswijze wil afgeven op de fusieplannen vanuit het perspectief van kwaliteit en veiligheid van zorg. Onderhandelingen over prijs en kwaliteit spelen een prominentere rol in het Nederlandse stelsel. Daarom vervullen, naast de positie van de zorgspecifieke toezichthouders in het Nederlandse zorgstelsel, de zorgverzekeraars een belangrijke rol bij de fusievoornemens. Vanuit hun verantwoordelijkheid vindt de ACM zorgverzekeraars een belangrijke partij in de informatieverschaffing rondom ziekenhuisfusies. Zo heeft een zorgverzekeraar in Nederland de mogelijkheid om selectief ziekenhuiszorg te contracteren. Zij kan daarmee het keuzegedrag van patiënten en het potentiële reisgedrag van patiënten beïnvloeden. Dit kan bijvoorbeeld door patiënten te wijzen op welke ziekenhuizen de beste kwaliteit leveren waardoor zij niet automatisch meer naar het dichtstbijzijnde ziekenhuis gaan. Of door voor een ziekenhuis dat een te hoge prijs vraagt niet volledig te vergoeden waardoor de patiënt er voor kiest om iets verder te reizen naar een ziekenhuis waar de behandeling wel volledig vergoed wordt. Ook in de praktijk zien we dat zorgverzekeraars in Nederland in toenemende mate selectief contracteren. Voor het beoordelen van een concentratie van ziekenhuizen in Nederland is dit een

relevant gegeven, omdat het invloed kan hebben op de keuzes die een patiënt maakt en op de kosten van zorg. Een grotere reisbereidheid bij patiënten heeft invloed op het aantal ziekenhuizen waartussen een patiënt kan kiezen en kan daarmee in mededingingstermen leiden tot een grotere relevante markt. Dat betekent dus ook dat de afbakening van de relevante markt zich in de loop van de tijd kan ontwikkelen. Van belang daarbij is dat er een groot verschil is tussen de verschillende zorgvormen: chronische zorg die je veel en vaak nodig hebt, is veelal een andere afweging dan hoog technische behandelingen die een enkele keer reistijd vergen. Voor verschillende zorgvormen in een ziekenhuis kunnen verschillende afbakeningen van de relevante markt bestaan. Het is van belang dat bij de afwegingen deze inzichten een belangrijke rol spelen.

Met deze brief wilde ik u schetsen wat ik doe om goede samenwerking te faciliteren en nadelige vormen van samenwerking tegen te gaan, zodat er ruimte blijft voor innovatie, verbeteringen en er druk blijft bestaan op de prijzen. Om meer inzicht te krijgen in de ervaren praktische belemmeringen in de zorgsector als het gaat om samenwerking en mededingingsregels zal ik een rondgang maken in de zorgsector, waarover ik uw Kamer voor de zomer van 2014 nader zal informeren.

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
E.I. Schippers