

Vergaderjaar 2015–2016

29 689

Herziening Zorgstelsel

31 765

Kwaliteit van zorg

Nr. 698

BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 15 april 2016

Op 1 april 2016 heeft de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport mij verzocht om een reactie op het onderzoeksrapport «Goede zorginkoop vergt goede machtsverhoudingen» van het instituut Beleid & Management Gezondheidszorg (iBMG) van de Erasmus Universiteit Rotterdam. Met deze brief voldoe ik aan dat verzoek. In het onderstaande ga ik in op de belangrijkste conclusies en geef ik mijn reactie daarop. Het onderzoeksrapport is als bijlage bij deze brief gevoegd¹.

Onderzoeksresultaten

In het onderzoeksrapport lichten de onderzoekers toe dat binnen het stelsel van gereguleerde concurrentie in de Zorgverzekeringswet evenwichtige machtsverhoudingen een noodzakelijke voorwaarde vormen voor goede zorginkoop en daarmee voor het functioneren van het Nederlandse zorgstelsel. De onderzoekers benadrukken in dat verband het belang van effectief markt- en mededingingstoezicht. Naar aanleiding van signalen uit de maatschappij, gesprekken met stakeholders en een eigen analyse gaan de onderzoekers in het rapport specifiek in op de onderlinge machtsverhoudingen tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders in de huisartsenzorg, de apothekerszorg en de medisch specialistische zorg. Ook gaan de onderzoekers in op de toereikendheid van het bestaande toezichtinstrumentarium en op de wijze waarop dit in de praktijk wordt toegepast.

Ten aanzien van de onderlinge machtsverhoudingen tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders concludeert iBMG dat de dominante percepties die daarover bestaan niet altijd stroken met de feitelijke situatie. Ondanks dat sommige zorgverzekeraars relatief hoge marktaandeelen hebben, is hun marktmacht door de toegenomen schaalgrootte van ziekenhuizen in de praktijk volgens de onderzoekers veel minder sterk. Daarnaast wordt

¹ Raadpleegbaar via www.tweedekamer.nl

de onderhandelingsmacht van zorgverzekeraars wettelijk ingeperkt door wettelijke eisen zoals de zorgplicht en het hinderpaalcriterium, op grond waarvan zorgverzekeraars ook een vergoeding moeten betalen voor niet-gecontracteerde aanbieders. Wel wordt in het rapport geconcludeerd dat zelfstandige behandelcentra een zwakkere positie lijken te hebben ten opzichte van zorgverzekeraars. Volgens de onderzoekers beschikken huisartsen, mede als gevolg van de vertrouwensrelatie met patiënten, over een zekere mate van marktmacht in de relatie met zorgverzekeraars. Er lijkt volgens iBMG tussen apothekers en zorgverzekeraars geen sprake van onevenwichtige machtsverhoudingen.

De onderzoekers concluderen dat het huidige instrumentarium in principe geschikt en toereikend is voor effectief markt- en mededingingstoezicht in de zorg. Volgens de onderzoekers zijn de huidige mededingingsregels ook geschikt voor gedoseerde vormen van marktwerking, zoals in de eerstelijnszorg, omdat de regels zich enkel richten op activiteiten die niet zijn gereguleerd (en waar partijen commerciële handelingsvrijheid hebben) en omdat de toezichthouder uitdrukkelijk rekening moet houden met de concrete omstandigheden van het individuele geval. Daarnaast kunnen ook positieve effecten van samenwerking onder de Mededingingswet worden meegewogen bij het beoordelen van afspraken. Aanpassingen in het instrumentarium, zoals het plaatsen van de zorg buiten de reikwijdte van de Mededingingswet of de introductie van aparte en sectorspecifieke mededingingsregels, zijn daarom volgens iBMG niet nodig en ook niet wenselijk, omdat dit meer ruimte biedt voor concurrentie beperkende afspraken. Wel wordt in het rapport een aantal kritische kanttekeningen geplaatst inzake de toepassing van de Mededingingswet door de Autoriteit Consument en Markt (ACM). De wet moet volgens iBMG beter door de ACM worden toegepast. Zo benadrukken de onderzoekers dat ziekenhuisfusies strenger zouden moeten worden beoordeeld. Daarnaast is het nieuwe handhavingbeleid van de ACM voor de eerstelijnszorg, zoals de ACM dat op 19 september gepubliceerde «Uitgangspunten toezicht ACM op zorgaanbieders in de eerste lijn» heeft gepubliceerd,² naar het oordeel van de onderzoekers een onwenselijke ontwikkeling die meer ruimte biedt voor concurrentie beperkende afspraken.

Beleidsreactie

Het onderzoeksrapport biedt een gedegen beschrijving en een analyse van een belangrijk onderdeel binnen de Nederlandse gezondheidszorg. Zoals ook door de onderzoekers wordt benadrukt, is het voor een goede zorginkoop essentieel dat tussen verzekeraars en aanbieders sprake is van een gezond evenwicht. Effectief markt- en mededingingstoezicht vormt een belangrijke voorwaarde om voor patiënten en verzekerden de beschikbaarheid te waarborgen van betaalbare, kwalitatief goede en toegankelijke zorg. Voorkomen moet worden dat partijen concurrentie beperkende afspraken maken, misbruik maken van marktmacht of dat door fusies machtsposities ontstaan en er niets meer te kiezen valt. Het onderzoeksrapport laat zien dat toepassing van het instrumentarium in de praktijk maatwerk is, waarbij het voor een goed beeld van daadwerkelijke knelpunten van belang is dat de toezichthouder rekening houdt met de specifieke kenmerken van (segmenten binnen) de zorg. Dit vergt een goede kennis van en inzicht in de zorg. Gelet op het belang van effectief toezicht heb ik tegen deze achtergrond in mijn brief «Kwaliteit Loont»

² <https://www.acm.nl/nl/publicaties/publicatie/14734/Uitgangspunten-toezicht-ACM-op-zorgaanbieders-in-de-eerste-lijn/>.

aangekondigd het markt- en mededingingstoezicht op de zorg te versterken.³

Op 8 april jl. heb ik het wetsvoorstel Herpositionering taken NZa en deregulering voor behandeling naar uw Kamer gestuurd, waarin onder meer een voorstel is opgenomen tot overheveling van het sectorspecifieke markttoezicht van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) naar de ACM. De onderzoekers merken op dat ze hier op dit moment geen noodzaak voor zien maar ik voorzie dat het toezicht wordt versterkt door het instrumentarium inzake zowel het sectorspecifieke markttoezicht op de zorg als het algemene mededingingstoezicht te bundelen bij de ACM. Bovendien wordt een stevige impuls gegeven aan de capaciteit van de ACM voor haar taken op de zorg. De ACM investeert in meer kennis en expertise van de zorg. Naast het werven van meer experts verricht de ACM nader onderzoek naar onder meer de werking van zorgverzekerings- en zorginkoopmarkten, de reisbereidheid van patiënten en aanvullende methoden om fusies te beoordelen. Ik verwacht dat het markt- en mededingingstoezicht hiermee wordt versterkt, zodat de belangen van patiënten en verzekerden beter gewaarborgd zijn. Ook de onderzoekers zien de uitbreiding van de capaciteit van de ACM als een positieve ontwikkeling. Uit de evaluatie van de Zorgverzekeringswet is naar voren gekomen dat de positie van met name ziekenhuizen ten opzichte van de verzekeraars relatief sterk is. Derhalve is zo scherp mogelijk toezicht op fusies nodig opdat wordt voorkomen dat deze balans verder doorslaat.

Ook is in de evaluatie van de Zorgverzekeringswet geconstateerd dat de positie van individuele beroepsbeoefenaren onevenwichtig was ten opzichte van zorgverzekeraars. Dienaangaande heb ik maatregelen aangekondigd in mijn brief «Kwaliteit Loont».⁴ De ACM heeft deze context ter harte genomen. De ACM geeft voorlichting over welke samenwerking is toegestaan. Zoals ik in eerdere brieven aan uw Kamer heb toegelicht, was er in de eerstelijnszorg en met name onder huisartsen veel terughoudendheid om samen te werken uit vrees de Mededingingswet te overtreden.⁵ In reactie hierop heeft de ACM op 19 september 2015 in haar «Uitgangspunten toezicht ACM op zorgaanbieders in de eerste lijn» gepubliceerd. De aanpak houdt in dat zolang aanbieders van eerstelijnszorg, patiënten (of hun vertegenwoordigers) en zorgverzekeraars er gezamenlijk uitkomen, er voor de ACM geen aanleiding is om te veronderstellen dat samenwerking schadelijk is. Bij signalen dat patiënten of verzekerden toch nadeel ondervinden, zal de ACM nader onderzoek doen en bij de constatering van mededingingsproblemen partijen in de gelegenheid stellen de afspraken aan te passen. Als betrokkenen hun afspraken voortvarend bijstellen, is er voor de ACM geen reden om een onderzoek te starten gericht op het opleggen van een boete. Ik ben blij met deze aanpak van de ACM. De ACM heeft hiermee aangegeven dat er binnen de kaders van de Mededingingswet veel ruimte is om samen te werken en bovendien is hiermee naar mijn mening heel veel onzekerheid weggenomen. Ik verwacht dat de aanpak van de ACM daarom kan bevorderen dat gezamenlijke initiatieven tot stand komen die in het belang zijn van de patiënt. Samen met de ACM zal ik de effecten van deze aanpak monitoren waarna kan worden gezien of aanpassing dan wel aanvullende maatregelen nodig zijn. Ook laat ik naar aanleiding van de motie Leijten-Dik Faber extern onderzoek verrichten naar knelpunten en oplossingen voor samenwerking in de eerstelijnszorg in de relatie met de

³ Kamerstuk 31 765, nr. 116.

⁴ Kamerstuk 31 765, nr. 116.

⁵ Kamerstuk 33 578, nr. 18.

mededingingsregels.⁶ Ik verwacht u de resultaten van dit onderzoek in de zomer te kunnen toezenden.

Tot slot merk ik net als de onderzoekers op dat voor een goede zorginkoop naast effectief markt- en mededingingstoezicht ook onderling vertrouwen een belangrijke voorwaarde is. Dit was dan ook één van de onderwerpen die met het traject «Het roer gaat om» is aangepakt. Huisartsen- en eerstelijnsorganisaties hebben samen met verzekeraars gewerkt aan wederzijds vertrouwen en een gelijkwaardig contracteringsproces. Net als de onderzoekers vind ik het goed om te zien dat, naast de voorwaarden die de NZa stelt aan de contractering met de «Regeling Transparantie zorginkoopproces Zvw»,⁷ «het goede gesprek» gefaciliteerd wordt door een nadere uitwerking en concretisering van de Good Contracting Practices. Ook in het kader van de verbetering contractering medisch specialistische zorg is onderling vertrouwen aan de orde gekomen. Partijen gaan hiermee aan de slag, zoals ik u ook gemeld heb in mijn brief van 31 maart jl.⁸

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

⁶ Kamerstuk 29 689, nr. 581.

⁷ Regeling TH/NR-005.

⁸ Kamerstuk 29 689, nr. 695.