

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport  
t.a.v. de Minister, mevrouw drs. T. van Ark

Betreft: Reactie ACM 'Houtskoolschets acute zorg'

Geachte mevrouw Van Ark,

Graag maakt de Autoriteit Consument & Markt (ACM) gebruik van de gelegenheid om te reageren op het discussiestuk 'Houtskoolschets acute zorg'.

De ACM herkent de in het discussiestuk geschetste probleeminventarisatie en onderschrijft het belang van een toekomstbestendige inrichting van het zorglandschap waarin de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van acute zorg is gegarandeerd.

Het discussiestuk wijst erop dat een andere inrichting, organisatie en bekostiging van de acute zorg noodzakelijk is om de huidige problematiek het hoofd te bieden. In het stuk wordt langs een zestal pijlers een aantal bouwstenen en randvoorwaarden voor die nieuwe inrichting geformuleerd. Graag geven wij vanuit onze praktijkervaring als markttoezichthouder in de zorg en met het oog op de concurrentieregels een aantal inzichten en aandachtspunten mee voor de (eventuele) verdere uitwerking van een aantal in het discussiestuk genoemde bouwstenen.

De belangrijkste hiervan zijn:

- Er is veel ruimte voor samenwerking ten behoeve van betere acute zorg binnen de bestaande concurrentieregels.
- Voor de taakuitoefening door de ACM is het van wezenlijk belang wie de regie neemt bij een andere inrichting van het acute zorglandschap. Als marktpartijen hierin moeten samenwerken moeten zij dat binnen de concurrentieregels doen.
- De concentratie van acute zorg kan naast positieve ook negatieve effecten hebben. Dit geldt zowel voor de acute zorg als het overige zorgaanbod. De ACM betreft beide effecten in haar toezicht en verwacht ook van samenwerkende partijen dat zij hier oog voor hebben.
- Het is niet eenvoudig vast te stellen wanneer er sprake is van betere zorg. Het is van belang dat marktpartijen én de ACM hiervoor kunnen bouwen op onafhankelijke en goed onderbouwde standaarden. Publiek vastgestelde normen dragen hier aan bij.

Daarbij gaan we achtereenvolgens in op samenwerking met het oog op concentratie van delen van de acute zorg, ketensamenwerking, de mogelijkheden voor volgbeleid en op het uitwisselen van informatie die nodig kan zijn voor een goede levering van de acute zorg.

#### **Samenwerking met het oog op de concentratie van acute zorg**

De ACM constateert dat vergaande vormen van samenwerking worden voorzien voor de beoogde (her)inrichting van het acute zorglandschap, met name met het oog op de concentratie dan wel een andere positionering van delen van de acute zorg. Tegelijkertijd wordt nadrukkelijk aangegeven dat de vraag naar de beste vormgeving van de sturing over de

inrichting van het acute zorglandschap nog open ligt: *“wie krijgt waarover de regie, welke beslissing neemt de minister, de zorgverzekeraars en het ROAZ? De vragen die hierbij spelen zijn bijvoorbeeld: wie beslist er hoeveel spoedposten er komen, waar ze komen, wie er werkt, hoe lang ze open zijn, waar en hoe de zorgmeldkamer gepositioneerd wordt, hoe de samenwerking met het sociaal domein vormgegeven wordt enz.”*. Voor de reikwijdte van de concurrentieregels en de uitoefening van het toezicht van de ACM op de naleving daarvan is het antwoord op die vragen van wezenlijk belang. We illustreren dit aan de hand van één van de onderwerpen in de houtskoolschets, de concentratie van delen van de acute zorg.

#### *Publiekrechtelijke borging van beslissingsmacht*

De ACM houdt op basis van de Mededingingswet toezicht op de mededinging met als doel markten goed te laten werken voor mensen en bedrijven. Zij houdt daarbij ook toezicht op samenwerking tussen zorgaanbieders. De ACM voert dit toezicht uit binnen de door de overheid vastgestelde kaders.

Voor de taakuitoefening door de ACM - en duidelijkheid voor de sector daarover -, is er een wezenlijk verschil tussen door de wet- of regelgever opgelegde concentratie van zorg, en het, zonder nadere publiekrechtelijke borging, neerleggen van beslissingsmacht elders, bijvoorbeeld bij marktpartijen of andere betrokken partijen, zoals het ROAZ.

In het eerste geval, als bijvoorbeeld de Minister besluit tot concentratie van bepaalde vormen van hoog-complexe acute zorg, wie die mag aanbieden en waar die plaats dient te vinden, is dat voor de ACM vanzelfsprekend een gegeven. Dat geldt ook voor andere publiekrechtelijk geborgde vormen van regie, bijvoorbeeld in de vorm van een voorgeschreven representatiemodel van zorgverzekeraars, of nieuw aan te wijzen regionale regisseurs. Waar relevant toetst de ACM dan alleen of de voor de concentratie benodigde samenwerking tussen marktpartijen niet verder gaat dan nodig is.

De regie voor een dergelijke concentratie kan ook geheel of gedeeltelijk bij zorgaanbieders, zorgverzekeraars of derden worden neergelegd. Dat kan zeker meerwaarde hebben. Een toekomstbestendige inrichting van de acute zorg vereist dat er rekening wordt gehouden met regionale verschillen, en dat er ruimte is voor flexibiliteit. Daar is bij uitstek de kennis, kunde en innovatiekracht van zorgaanbieders, zorgprofessionals, zorgverzekeraars en andere betrokken partijen voor nodig. De wijze waarop zij in de praktijk daar invulling aan geven, moet dan plaatsvinden binnen de concurrentieregels.

#### *Ruimte voor samenwerking, ook bij concentratie van zorg*

Vooropgesteld: de concurrentieregels bieden ruimte voor vergaande samenwerking tussen zorgverzekeraars en/of ziekenhuizen voor de concentratie van delen van de acute zorg. Dat is bijvoorbeeld het geval als de samenwerking noodzakelijk is om een bepaalde kwaliteit van zorg te waarborgen, denk aan hoog-complexe medisch-specialistische acute zorg. Of als de samenwerking noodzakelijk is om, door het concentreren van schaarse mankracht of (kostbare) apparatuur, de beschikbaarheid van bepaalde acute zorg te waarborgen.

Maar de ruimte voor samenwerking is niet ongeclausuleerd. De samenwerking moet binnen de kaders van de Mededingingswet plaatsvinden. Kort samengevat: samenwerken kan, maar alleen als de voordelen voor patiënten en verzekerden opwegen tegen de mogelijke nadelen

van de samenwerking, ook op langere termijn. Die nadelen kunnen er immers ook zijn. Concentratie van complexe medisch-specialistische acute zorg leidt bijvoorbeeld per definitie ook tot een sterkere regionale positie van bepaalde ziekenhuizen. Dat verkleint de keuzemogelijkheden voor patiënten en zorginkopers en vermindert ook de prikkel voor die ziekenhuizen om zich van andere ziekenhuizen te onderscheiden. Dit kan tot verstarring en een afname van de dynamiek in die regio's leiden, met risico's voor de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van zorg. En als zorgverzekeraars, door gezamenlijk in te kopen, zouden bepalen waar delen van de acute zorg geconcentreerd moeten worden, kunnen zij zich ook minder in de inkoop van het overige zorgaanbod van de betrokken ziekenhuizen onderscheiden. Dat onderscheid is wel van belang voor een goede werking van de zorgverzekeringsmarkt. Verzekerden hebben daardoor iets te kiezen. Dit houdt zorgverzekeraars scherp om de beste premie en service te blijven bieden aan hun verzekerden.

Nu is het zo dat patiënten bij acute zorg vaak niet of nauwelijks kunnen kiezen. Als zij een acute zorgvraag hebben, is voor patiënten vooral de snelle beschikbaarheid van kwalitatief goede zorg van belang. De acute zorg staat echter niet op zichzelf. Uit [onderzoek van KPMG Health in opdracht van Zorginstituut Nederland](#) (ZiNL) komt naar voren dat er bij bepaalde vormen van complexe medisch-specialistische acute zorg sprake is van een sterke verwevenheid met de overige zorg die een ziekenhuis aanbiedt. Dit is bijvoorbeeld het geval voor geboortezorg. Het weghalen van een deel van de acute zorg kan dan gevolgen hebben voor het zorgprofiel van ziekenhuizen, en daarmee de keuzes voor patiënten en zorginkopers. Deze verwevenheid is nog sterker als het om het weghalen van een SEH gaat, dit blijkt uit [onderzoek dat Twynstra Gudde heeft uitgevoerd](#). Dat zou er toe kunnen leiden dat een ziekenhuis in sterk afgeslankte vorm verder moet gaan, met mogelijke verschraling of verminderde toegankelijkheid van zorg tot gevolg.

Dit betekent dat, daar waar marktpartijen een sturende rol bij de inrichting van de acute zorg krijgen, zij bij het aangaan van vergaande samenwerkingen wel de juiste afwegingen moeten maken vanuit het perspectief van patiënten en verzekerden. Voor het markttoezicht van de ACM maakt het daarbij in beginsel niet uit of het nu gaat om samenwerking tussen ziekenhuizen (al dan niet in ROAZ-verband), en/of over samenwerking tussen zorgverzekeraars (via selectieve zorginkoop). Zoals onder meer toegelicht in onze [Beleidsregel over afspraken in het kader van de beweging 'De juiste zorg op de juiste plek'](#), moeten de beoogde specifieke kwaliteits- of efficiëntiewinsten van een bepaalde concentratie voor patiënten en verzekerden opwegen tegen de mogelijke nadelen. Belangrijk is vooral dat ziekenhuizen en/of zorgverzekeraars kunnen aantonen dat de concentratie in het belang van patiënten en verzekerden is, een goede inschatting maken van de voor- en nadelen van de concentratie en de gevolgen voor de concurrentie, de voor- en nadelen van de concentratie voor de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van zorg afwegen, en hun inschattingen goed onderbouwen met feitelijke informatie. Daarnaast is het van belang dat andere relevante partijen, waaronder patiënten(vertegenwoordigers) en bijvoorbeeld gemeenten, betrokken worden. Hierdoor kunnen de verschillende invalshoeken die deze partijen met zich meebrengen, goed tegen elkaar worden afgewogen.

#### *Onafhankelijke en goed onderbouwde standaarden*

Onze praktijk leert dat het maken van die afwegingen niet altijd eenvoudig is. Om aan te tonen dat voor patiënten en verzekerden de voordelen van concentratie opwegen tegen de nadelen,

zijn onafhankelijke en goed onderbouwde standaarden voor de (minimaal vereiste) kwaliteit, beschikbaarheid en bereikbaarheid van acute zorg nodig. Eerder ontbraken deze standaarden. [Zo wilden zorgverzekeraars in 2014 samen de complexe spoedzorg concentreren](#), maar betwistten ziekenhuizen en medisch-wetenschappelijke verenigingen de voordelen daarvan. De ACM heeft toen [aangegeven](#) dat, *‘op het moment dat diverse partijen het met elkaar oneens zijn over de te hanteren kwaliteitsnormen, [...] het voor ACM onmogelijk [is] om te bepalen of de mogelijke voordelen voor de patiënt en verzekerde opwegen tegen de mogelijke nadelen [...]. Het is immers niet aan ACM om de kwaliteitsnormen te bepalen. Dit zijn medisch-inhoudelijke en politiek-maatschappelijke vraagstukken, en niet (door ACM) te objectiveren keuzes. ACM constateert dat zo een situatie kan ontstaan waarin zij de voordelen – die er misschien wel zijn – niet kan verifiëren en zij een negatief besluit moet nemen in het belang van de ‘mededinging’. Dit leidt mogelijk niet tot de beste uitkomst voor de patiënt en verzekerde. Dat is maatschappelijk een onwenselijke situatie’.*

Een toekomstbestendige acute zorgketen vereist dat de publieke belangen goed in wet- en regelgeving zijn verankerd. Die kaders stellen ziekenhuizen, zorgverzekeraars en andere betrokkenen in staat om – al dan niet in samenwerking – de juiste balans te vinden. De ACM onderschrijft dan ook het belang van ‘glasheldere en handhaafbare normen’ die ook in het discussiestuk worden genoemd. Daar waar die normen niet mogelijk zijn, vindt de ACM het van belang dat de uitkomsten van zelfregulering door de overheid worden getoetst en bekrachtigd.

#### *Samenwerking in representatie*

Een alternatieve manier om samenwerking bij de concentratie van acute zorg vorm te geven, is om zorgverzekeraars (delen van) de zorg in representatie in te laten kopen. Inkoop in representatie vereist aanpassing van het regelgevend kader, waarmee expliciet de ruimte voor onderscheidend vermogen van zorgverzekeraars op de inkoop van (bepaalde delen van de) acute zorg wordt weggenomen. Zorgverzekeraars kunnen zich dan in een regio door één of twee andere zorgverzekeraars laten representeren, die de betreffende acute zorg in de regio namens hen inkoop. Het vereist ook striktere regulering van de voor de betrokken acute zorg beschikbare budgetten, bijvoorbeeld door de NZa op basis van een door de zorgverzekeraar en zorgaanbieder gezamenlijk ingediend tweezijdig verzoek om het budget vast te laten stellen.

Zoals hierboven al aangestipt is voor de ACM een dergelijke inkoop ‘in representatie’ dan een gegeven. Overigens merken we op dat met een keuze voor het representatiemodel de mogelijk negatieve gevolgen voor patiënten en zorginkopers op de niet-acute zorg niet zomaar verdwijnen. Zeker als de verwevenheid van de acute en niet-acute zorg groot is, en de negatieve gevolgen van het elders concentreren van delen van de acute zorg moeilijk kunnen worden voorkomen of beperkt. Ook bij de keuze voor een (gedeeltelijk) representatiemodel blijft een heldere kaderstelling door de overheid van belang.

#### **Samenwerking in de acute zorgketen**

De ACM deelt het beeld dat samenwerking in de acute zorgketen beter kan. Vanuit onze toezichtspraktijk horen we weinig concrete signalen dat de concurrentieregels samenwerking in de keten zouden beperken. Partijen wijzen vaker problemen in de bekostiging aan, of wijzen op schottenproblematiek als obstakel voor integrale samenwerking. Toch lijkt er soms nog enige koudwatervrees voor de concurrentieregels te bestaan. Dat kan goede

ketensamenwerking belemmeren. Daarom is het goed te blijven benadrukken dat de meeste samenwerking tussen marktpartijen die in verschillende domeinen of deelsectoren werkzaam zijn, is toegestaan. Denk aan afspraken tussen het sociale en medische domein, afspraken voor effectieve triage via regionale 'zorgmeldkamers' of aan afspraken tussen een ziekenhuis en aanbieders van eerstelijnszorg om ervoor te zorgen dat medisch-specialistische zorg aan huis veilig kan worden geboden. Ook al dan niet exclusieve afspraken over doorverwijzing zijn veelal geen probleem. Daar waar zorgaanbieders al dan niet gezamenlijk een relatief sterke marktpositie hebben of krijgen, kunnen wel risico's voor de concurrentie ontstaan. Het is dan belangrijk om keuzemogelijkheden voor vervolgzorg te bewaken, ook voor zorg buiten een specifiek samenwerkingsverband.

Ook samenwerking in [de onplanbare avond- en nacht- en weekendzorg](#) is veelal toegestaan en kan bijdragen aan een betere borging van de noodzakelijke kwaliteit van de acute zorg. Meer algemeen gesteld geldt dat afspraken tussen concurrenten over samenwerking op het gebied van de acute zorg die zij niet rendabel of doelmatig zelfstandig kunnen uitvoeren – mits de afspraken niet verder gaan dan nodig – niet in strijd met de concurrentieregels zijn.

### **Congruente inkoop via volgeleid**

De ACM wijst verder graag nog op de mogelijkheden voor congruente inkoop door zorgverzekeraars via volgeleid. We merken dat niet altijd duidelijk is wat daaronder kan worden begrepen. [De ACM verstaat onder volgeleid het volgende](#). Een individuele zorgverzekeraar kan in een bepaalde regio afspraken maken met zorgaanbieders over, bijvoorbeeld, de inkoop van acute zorg of bepaalde 'systeem- of coördinatiefuncties'. Als een zorgaanbieder dat wil, kan deze andere zorgverzekeraars vragen de afspraken te volgen. Een zorgverzekeraar kan in zijn contracteerbeleid ook aangeven de intentie te hebben door zorgaanbieders aangeboden contractuele afspraken met een andere zorgverzekeraar te volgen, bijvoorbeeld als die aansluiten op de specifieke regionale opgave op het gebied van de acute zorg. Zolang het verzoek tot volgen bij de zorgaanbieder ligt en de individuele zorgverzekeraars het verzoek ook naast zich neer kunnen leggen en kunnen afwijken van hun eerdere uitgesproken intentie, mag dit volgens de concurrentieregels. Zowel zorgaanbieders als zorgverzekeraars houden hier immers hun contracteervrijheid.

Volgeleid kan een manier zijn om bepaalde goede initiatieven een extra impuls te geven, coördinatie te verbeteren en het proces van zorginkoop voor zorgaanbieders te vergemakkelijken. Volgeleid is echter geen oplossing voor situaties waarin zorgverzekeraars en ziekenhuizen met elkaar van mening verschillen over de voordelen en nadelen van het concentreren van bepaalde zorg. Het veronderstelt de wil tot volgen van zowel de kant van zorgverzekeraars als de betrokken zorgaanbieders, en kan niet eenzijdig door de gezamenlijke zorgverzekeraars worden opgelegd.

### **Uitwisselen van informatie**

De ACM onderschrijft tot slot het belang van goede en tijdige uitwisseling van informatie in de acute zorgketen. Hoe de organisatie en inrichting van de acute zorg ook wordt vormgegeven, aan deze randvoorwaarde zal altijd moeten worden voldaan. Een hardnekkig misverstand is dat de concurrentieregels uitwisseling van informatie nodig voor een goede zorgverlening zouden belemmeren. De concurrentieregels zien op het uitwisselen van concurrentiegevoelige informatie, zoals kostprijzen, omzetgegevens, afgesproken tarieven of strategische plannen

van zorgaanbieders. Het uitwisselen van actuele en essentiële medische gegevens om patiënten die acute zorg nodig hebben goed te kunnen behandelen, stuit nooit op de grenzen van de concurrentieregels. Datzelfde geldt voor het uitwisselen van actuele informatie over instroom, uitstroom en beschikbare (lege) capaciteit voor zover die informatie nodig is voor, bijvoorbeeld, een goede doorstroming van patiënten naar tijdelijke vervolgzorg of langdurige zorg en niet verder gaat dan daarvoor nodig is. Dergelijke informatie-uitwisseling kan ook effectieve triage door bijvoorbeeld 'zorgmeldkamers' ondersteunen en zo bijdragen aan het voorkomen van acute zorg.

De concurrentieregels bieden ook ruimte voor het uitwisselen van informatie die nodig is voor het opstellen van feitelijke regiobeelden over de huidige beschikbaarheid en verwachte regionale behoefte aan acute (en reguliere) zorg. Als het gaat om de uitwisseling van concurrentiegevoelige gegevens moeten partijen wel kunnen verantwoorden waarom de uitwisseling van dit type informatie noodzakelijk is voor het kunnen opstellen van het regiobeeld. De ACM acht op voorhand het uitwisselen van huidige en toekomstige tarieven daarvoor niet noodzakelijk. Dat geldt ook voor ongespecificeerde, gedetailleerde en niet-geaggregeerde 'data-dumps'.

De ACM onderschrijft de constatering dat gegevensuitwisseling in de zorg nog gebrekkig is. En dat het essentieel is dat medische gegevens van een patiënt, zeker in het geval van acute zorg, digitaal beschikbaar zijn. Zorgverleners en patiënten moeten kunnen beschikken over goede informatie op de juiste plek op het juiste moment. Met het Wetsvoorstel elektronische gegevensuitwisseling in de zorg en recentelijk ook in uw brief over 'Open standaarden en ICT-markt in de zorg' kiest u nadrukkelijk voor een open, decentrale inrichting van het informatiestelsel ('decentraal, tenzij') en een ICT-markt waarin sprake is van een gelijk speelveld voor ICT-leveranciers. Informatiesystemen met open standaarden en koppelingen kunnen een belangrijke bijdrage aan de benodigde versnelling leveren. Dit is ook van belang voor de verdere ontwikkeling van 'slimme' digitale zorg en ondersteuning en de daarbij behorende applicaties. Er is een breed gedragen besef in de markt dat deze ontwikkelingen in Nederland (nog) niet snel genoeg gaan. Daarom doet de ACM [een sectoronderzoek](#) naar mogelijke marktproblemen op het gebied van informatiesystemen van ziekenhuizen en gegevensuitwisseling in de zorg. De ACM verwacht de resultaten van haar sectoronderzoek in de loop van 2021 te publiceren.

### **Afsluitend**

U heeft aangegeven de houtskoolschets als startpunt te zien om verder met alle bij de acute zorg betrokken partijen in gesprek te gaan. De ACM neemt graag deel aan dat verdere gesprek.

Om de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de acute zorg te waarborgen is samenwerking in de zorg nodig. Veel samenwerking is gewoon toegestaan, en de concurrentieregels laten ook ruimte voor vergaande vormen van samenwerking, mits die ten goede komen aan patiënten en verzekeren. De ACM gaat graag in gesprek met partijen in het veld die met het oog op een toekomstbestendige inrichting van het acute zorglandschap dergelijke vergaande vormen van samenwerking overwegen en vragen hebben of hun samenwerking is toegestaan.

Vanzelfsprekend zijn wij bereid onze reactie nader toe te lichten.