



Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
T.a.v. de minister van VWS, de heer Hugo de Jonge, de minister voor Medische Zorg en Sport, mw.
Tamara van Ark en de staatssecretaris van VWS, de heer Paul Blokhuis
Postbus 20350
2500 EJ 's-Gravenhage

Den Haag, 29 januari 2021

Aantal bijlagen : Geen
Ons kenmerk : ACM/UITNZP/000891
Onderwerp : Reactie ACM op Discussienota Zorg voor de Toekomst

Geachte heer De Jonge, mevrouw Van Ark en heer Blokhuis,

De Autoriteit Consument & Markt (ACM) maakt graag gebruik van de gelegenheid om met het oog op de verdere uitwerking van de Contourennota te reageren op de discussienota 'Zorg voor de Toekomst'.

Centraal in de Contourennota staat de vraag hoe we de houdbaarheid van de Nederlandse gezondheidszorg kunnen waarborgen, gelet op de uitdagingen die de komende periode (tot 2040) op ons afkomen. De discussienota formuleert uiteenlopende beleidsopties om de houdbaarheid van de zorg te waarborgen, zonder daarbij een zware wissel te trekken op de solidariteit. De nota schetst op drie gebieden – preventie en gezondheid, organisatie en regie, en vernieuwing en werkplezier – verschillende opties om de juiste balans te vinden, de een meer en de ander minder ingrijpend voor de huidige organisatie van het zorglandschap.

Meerdere bouwstenen in de discussienota bevatten voorstellen om te komen tot een betere organisatie van de zorg, intensivering van de samenwerking over de grenzen van traditionele domeinen heen en in de regio, en een betere coördinatie tussen verschillende zorgsoorten. Zonder vooruit te willen lopen op de uitkomsten van het politieke en maatschappelijke debat over de te maken keuzes, geeft de ACM graag vanuit haar ervaring als markttoezichthouder in de zorg enkele aandachtspunten mee voor de verdere uitwerking van de verschillende beleidsopties in de Contourennota. In het bijzonder vraagt zij aandacht voor het maken van duidelijke keuzes bij het creëren van doorzettingsmacht, ruimte voor en grenzen aan samenwerking en ruimte voor differentiatie en volgeleid.

1. Keuzes bij het creëren van doorzettingsmacht

De ACM houdt op grond van de mededingingsregels toezicht op fusies in de zorg om te voorkomen dat machtsposities ontstaan of worden versterkt, ziet erop toe dat partijen in de zorg een machtspositie niet misbruiken en dat samenwerking in de zorg niet schadelijk is voor, maar juist ten goede komt aan de patiënten en verzekerden van nu en straks. De ACM heeft geen regulerende taken in de zorg, en voert haar markttoezicht uit binnen de door de wet- en regelgeving

vastgestelde kaders. Voor de werking van zorgmarkten, het toezicht van de ACM daarop en de duidelijkheid voor de sector over dat toezicht, maakt het uit of deze kaders worden gesteld door marktpartijen of door de overheid. Duidelijkheid hierover is dus van belang.

Een van de centrale thema's in de discussienota is de organisatie en regie bij samenwerking en concentratie in de zorg. Daarbij wordt erop gewezen dat meer centrale sturing en regie nodig kan zijn om de noodzakelijke veranderingen tot stand te brengen. Niet alle gevestigde partijen hebben belang bij die verandering. Zij kunnen – zeker als zij een sterke marktpositie hebben – samenwerking die vanuit het bredere publieke belang misschien wel wenselijk zou zijn, belemmeren of vertragen. De ACM ziet hier in haar toezichtspraktijk voorbeelden van. Zo slagen zorginkopers die basiszorg van academische ziekenhuizen naar algemene ziekenhuizen willen verplaatsen, daar nog maar moeizaam in, ook omdat zorgaanbieders aangeven dat daar allerlei haken en ogen aan zouden zitten.

Aandachtspunt bij de verdere uitwerking van de beleidsopties is dat het voor het toezicht van de ACM veel uitmaakt hoe doorzettingsmacht om uit die impasses te geraken, wordt georganiseerd.

Indien naar marktpartijen wordt gekeken voor meer regie en sturing, en zorgaanbieders, zorgverzekeraars of andere betrokkenen daar zelf invulling aan geven, verandert er voor het toezicht van de ACM niets. De wijze waarop partijen, al dan niet gezamenlijk, doorzettingsmacht organiseren moet dan plaatsvinden binnen de mededingingsregels.

Dat geldt ook als zorgverzekeraars gezamenlijk via hun inkoopfunctie doorzettingsmacht willen creëren, tenzij dat gebeurt in de vorm van een in wet- en regelgeving voorgeschreven representatiemodel om bepaalde systeemfuncties in de zorg te waarborgen.

Bij een publiekrechtelijk georganiseerde doorzettingsmacht, via de minister of bijvoorbeeld via aan te wijzen regionale regisseurs die verandering daadwerkelijk kunnen afdwingen of opleggen met duidelijke in wet- en regelgeving omschreven taken, is sprake van overheidsmaatregelen en daarmee democratische legitimatie en verantwoording, waardoor er geen of minder ruimte is voor toezicht door de ACM. Zoals ook aangegeven in [onze reactie op de Houtskoolschets Acute Zorg](#): als de minister besluit tot het afbouwen van bepaalde capaciteit of tot de concentratie van bepaalde complexe acute zorg en door wie die op welke locatie moet worden geleverd, is dat voor de ACM een gegeven. Dit geldt ook voor een in de discussienota genoemde beleidsoptie om de minister de bevoegdheid te geven de capaciteit te reguleren van zorg waar dure voorzieningen voor moeten aangelegd. Als, zoals het geval was bij [protonetherapie](#), de minister meerdere vergunningen heeft afgegeven, maar zorgverzekeraars die zorg gezamenlijk zouden willen inkopen om de capaciteit verder te beperken, toetst de ACM die samenwerking aan de mededingingsregels en weegt daarbij dat de samenwerking in het belang is van de zorg in het algemeen, en van huidige en toekomstige patiënten en verzekerden in het bijzonder. De missie van de ACM is immers markten goed laten werken voor mensen en bedrijven, nu en in de toekomst.

Voor het toezicht van de ACM is een heldere keuze tussen private (marktpartijen) of publieke (overheid) doorzettingsmacht van belang. Mengvormen van deze twee zullen de effectiviteit van het toezicht van de ACM aantasten omdat dan niet duidelijk is of en zo ja, in welke mate het markttoezicht door de ACM op grond van Nederlandse en Europese mededingingsregels nog steeds van toepassing is. Dit zal leiden tot geschillen en langdurige procedures die afbreuk doen aan de effectiviteit en legitimiteit van ons toezicht.

2. Samenwerking als basis voor vernieuwing

Daar waar de kaders ruimte laten aan marktpartijen kunnen zorgaanbieders, zorgverzekeraars en andere partijen vernieuwingen een impuls geven door intensiever samen te werken. Dit moet plaatsvinden binnen de bestaande wet- en regelgeving, waaronder de mededingingsregels.

In de discussienota wordt aangegeven dat verdere intensivering van samenwerking, zowel regionaal als tussen de verschillende domeinen van zorg nodig is, omdat deze nu nog onvoldoende van de grond komt. De ACM hoort in haar toezichtspraktijk weinig geluiden meer dat de mededingingsregels dergelijke samenwerking zouden beperken. Vaker wordt gewezen op bekostigingsproblemen of organisatieschotten, die ook in de discussienota ruim aandacht krijgen.

Voor zover er toch nog zorgen leven met betrekking tot de mededingingsregels is, is het goed om te benadrukken dat [veel vormen van samenwerking zijn toegestaan](#). Dat geldt bijvoorbeeld voor samenwerking tussen verschillende zorgaanbieders in een netwerk rondom een patiënt, of voor samenwerking tussen verschillende domeinen. Dergelijke samenwerking past heel goed binnen de kaders van de mededingingsregels omdat de betrokken partijen geen concurrenten van elkaar zijn. Maar ook samenwerking tussen zorgaanbieders of zorginkopers die wel concurrent van elkaar zijn, is vaak toegestaan, mits deze in het belang is van de zorg in het algemeen, en van huidige en toekomstige patiënten en verzekerden in het bijzonder. Dat geldt bijvoorbeeld voor samenwerking rondom [niet-planbare wijkverpleegkundige zorg in de avond, nacht en weekenden](#) of voor [samenwerking tussen ziekenhuizen voor de concentratie van complexe kankerzorg](#). En zolang het niet gaat over maximering van salarissen of afspraken om geen personeel van elkaar over te nemen, bieden de concurrentieregels ook ruimte voor [arbeidsmarktafspraken](#) om de beschikbare arbeid in een regio flexibeler in te zetten, zoals afspraken over het uitlenen van personeel of voor een flexibele schil in een regio. Specifiek over samenwerking in het kader van de Juiste Zorg op de Juiste Plek, inclusief nadrukkelijk ook afspraken gericht op preventie en het voorkomen van zorg, heeft de ACM de ruimte voor samenwerking toegelicht in haar [ACM Beleidsregel](#).

Samenwerking kan echter ook in strijd komen met de mededingingsregels. Als zorgaanbieders bijvoorbeeld aan regionale overlegtafels afspraken maken en de zorg volledig rationaliseren door uitwisseling van taken, dan kan een situatie ontstaan van private regionale monopolies of oligopolies. Dat is een onwenselijke ordening van het zorgaanbod, onder meer vanuit de noodzaak om in te kunnen blijven spelen op een steeds veranderende en complexer wordende zorgvraag door middel van innovatie en differentiatie. Daar waar keuzes voor verdergaande samenwerking of concentratie van zorg bij marktpartijen worden gelegd, zal de ACM deze afspraken dan ook blijven toetsen aan de mededingingsregels. De afspraken moeten in het belang zijn van de zorg in het algemeen, en van huidige en toekomstige patiënten en verzekerden in het bijzonder.

In haar guidance heeft de ACM diverse handvatten meegegeven waar marktpartijen op moeten letten als zij samenwerkingsverbanden aangaan. Zorgaanbieders die in groot verband samenwerken (of in een verband waarbij ten minste één partij, zoals een ziekenhuis, een belangrijke marktpositie inneemt), moeten blokvorming richting zorginkopers voorkomen en geen alles-of-niets-keuzes voorleggen. Zorginkopers moeten zelf kunnen bepalen of zij met bijvoorbeeld een [ziekenhuisverband](#) of [apothekerscollectief](#) willen onderhandelen, of met slechts een deel van de deelnemers. Ook het [afsluiten van contracten met niet-leden](#) moet mogelijk blijven. Patiënten moeten ook [delen van een pakket of vervolgzorg elders kunnen afnemen](#), en objectief en met goede overdracht kunnen worden doorverwezen ('*white label*'). Belangrijk is verder dat 'noodzakelijke' samenwerkingsverbanden, bijvoorbeeld omdat inkopers daar in hun contracteerbeleid veel waarde aan hechten, [geen onnodige drempels voor nieuwe leden](#) opwerpen.

[De beleidsregel](#) die de ACM in het kader van de Juiste Zorg op de Juiste Plek heeft opgesteld, is bedoeld om bij zorgpartijen onzekerheid over eventuele boetes van de ACM weg te nemen en tegelijkertijd een bredere dialoog over de noodzakelijke veranderingen in de zorg te bevorderen. En om stakeholders nadrukkelijk bij concrete vergaande samenwerkingsplannen te betrekken. In onze toezichtspraktijk valt op dat het directe patiëntperspectief nog beperkt aan bod komt en niet of slechts in een late fase wordt betrokken. Dat heeft als risico dat veranderingen te veel worden gestuurd door het aanbod en daardoor draagvlak missen van de mensen voor wie deze is bedoeld. De ACM onderschrijft dan ook de bouwstenen in de discussienota die inzetten op het beter benutten van ervaringsdeskundigheid van patiënten en cliënten, en het versterken van de georganiseerde stem van de patiënt.

Om mensen die zorg nodig hebben waar mogelijk eigen regie te geven, is het goed als keuzes voor specifieke zorg en ondersteuning meer mét mensen plaatsvinden, goed onderbouwd zijn en meer zijn gebaseerd op uitkomsten die er voor mensen toe doen. Daar waar mensen een bewuste keuze voor een zorgaanbieder kunnen maken, is inzicht in de kwaliteit en uitkomsten van zorg ook nodig als keuze-informatie. Naast kwaliteitsinformatie is ook inzicht in andere keuze-informatie nodig, zoals wachttijden en welke zorg door wie en waar wordt aangeboden. Mensen kunnen dan kiezen voor de zorgaanbieder die het beste aan hun voorkeur voldoet en door actief te kiezen er voor zorgen dat zorgaanbieders in hun praktijkvoering tegemoet komen aan de wensen van de patiënt.

3. Differentiatie als basis voor vernieuwing

Vernieuwingen kunnen ook een impuls krijgen als zorgaanbieders, zorgverzekeraars en andere partijen de ruimte hebben om te differentiëren. Dan moet die ruimte er wel zijn.

In de discussienota wordt ingegaan op de mogelijkheid van andere vormen van bekostiging, zoals integrale tarieven, om aanbieders te stimuleren om meer samen te werken. Integrale bekostiging kan kansen bieden voor passende zorg en een integrale aanpak in multidisciplinaire netwerken. Maar als die netwerken heel groot worden en het in de praktijk betekent dat zorginkopers of mensen die zorg nodig hebben nog maar kunnen kiezen uit één aanbieder, kan dat de mogelijkheden tot differentiatie beperken en daarmee innovatie en de ontwikkeling van nieuwe *best practices*. Uit ons markttoezicht blijkt dat deze risico's er ook zijn als er met een hoofd- en onderaannemersconstructie wordt gewerkt en deze constructie door de onderaannemers wordt gebruikt om als collectief op te treden en gezamenlijk het tarief vast te stellen. In beide gevallen beschikt de aanbieder over een sterke marktpositie. Integrale bekostiging biedt in dat geval meer mogelijkheden, maar tegelijkertijd ook minder prikkels om te vernieuwen.

De wijze van regulering doet er hier toe. Om te waarborgen dat differentiatie mogelijk blijft, kan het verstandig zijn om in de bekostiging ook ruimte te houden voor monodisciplinaire bekostiging en inkoop buiten het netwerk. Er kunnen evenwel goede redenen zijn om toch alleen voor integrale bekostiging te kiezen. Bijvoorbeeld als duidelijk is dat alleen dan de verwachte kwaliteitsvoordelen of schaalvoordelen kunnen worden behaald. Als dat betekent dat er in bepaalde regio's geen keuzemogelijkheden meer overblijven, dan zou prijs- en kwaliteitsregulering aan de orde moeten zijn en moet er nagedacht worden hoe innovatie en differentiatie een rol kunnen blijven spelen.

Ons markttoezicht leert ook dat het zorginkoopbeleid van zorgverzekeraars en gemeenten een belangrijke bijdrage kan leveren aan de differentiatie van het zorgaanbod. Dat betekent niet dat zorginkopers alle zorgaanbieders moeten contracteren, maar wel dat zij niet zouden moeten

volstaan met het contracteren van alleen de belangrijkste aanbieder(s) in een regio. Om niet alleen nu maar ook straks goede zorg tegen een betaalbare prijs te kunnen inkopen voor hun verzekerden of burgers, doen zorginkopers er verstandig aan in hun inkoopbeleid ook ruimte te creëren voor nieuwe aanbieders en kleinschalige praktijken waar vernieuwing doorgaans begint.

4. Volgbeleid als basis voor vernieuwing

Zorgaanbieders, zorgverzekeraars en andere partijen kunnen vernieuwingen ook een impuls geven door *best practices* in een bepaalde regio 'gelijkgericht' te volgen. In de discussienota wordt aangegeven dat samenwerking kan worden bevorderd door grootschaliger gebruik te maken van congruente inkoop via volgbeleid. Hiermee kunnen zorginkopers goede voorbeelden die er zijn volgen. Wij zien dat er al met enige regelmaat gebruik van wordt gemaakt, bijvoorbeeld bij een gecombineerde leefstijlinterventie, gericht op een gedragsverandering om een gezonde leefstijl te bereiken en te behouden.

Vanuit het toezicht door de ACM is het wel van belang dat de praktische invulling van het volgbeleid de contracteervrijheid van zorgverzekeraars en zorgaanbieders onaangetast laat, en het verzoek tot volgen bij de zorgaanbieder ligt. Volgbeleid mag niet zover gaan dat het ruimte biedt voor regionale blokvorming van het zorginkoopbeleid door zorgverzekeraars. De kern van het volgbeleid is dat een zorgaanbieder andere zorgverzekeraars *vraagt* (delen van) het contract te volgen, niet dat zorgverzekeraars onderling afspreken elkaar als een blok te volgen en zorgaanbieders slechts één contract voorleggen. Volgbeleid is alleen aan de orde als een zorgaanbieder ook wil dat andere zorgverzekeraars het contract volgen. Als een zorgaanbieder tevreden is met de gemaakte afspraken, kan deze andere zorgverzekeraars vragen om die afspraken te volgen, ook qua tariefstelling. Zorgverzekeraars mogen wel uitspreken de intentie te hebben elkaar te volgen, maar moeten zelfstandig besluiten of zij het contract volgen of niet.

5. Tot slot

Daar waar dit het markttoezicht raakt, denkt de ACM graag mee over de verdere uitwerking van de verschillende bouwstenen, en blijft de ACM in gesprek gaan met marktpartijen die vergaande samenwerking overwegen. Daarbij richt de ACM haar blik ook nadrukkelijk op de toekomst. In haar toezicht op samenwerking stelt de ACM het belang van huidige en toekomstige patiënten en verzekerden centraal.

Vanzelfsprekend zijn wij bereid onze reactie nader toe te lichten.

Met vriendelijke groet,

Autoriteit Consument en Markt,
namens deze,

Bart Broers
Directeur Directie Zorg