

Q&A's zorggroepen

Algemeen

1. Wat is een zorggroep?

De NMa en de NZa achten 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. De coördinatie richt zich op het aanbod aan de patiënt. Het oprichten van zorggroepen is nu vooral het initiatief van zorgaanbieders en met name huisartsen. Ook derden kunnen deze coördinerende rol op zich nemen en dus als zorggroep gedefinieerd worden.

2. Waarom komen de NMa en de NZa met een gezamenlijk document voor zorggroepen?

Zowel de NMa als de NZa hebben signalen ontvangen dat er in de zorgsector onduidelijkheid bestaat over wat wel en niet is toegestaan ten aanzien van samenwerking rond zorggroepen. Met deze Richtsnoeren Zorggroepen beogen de NMa en NZa deze onduidelijkheid zoveel mogelijk weg te nemen.

Beide toezichthouders houden vanuit hun respectievelijke bevoegdheden toezicht op zorggroepen. Om zorggroepen in één keer uit te leggen aan welke regels zij zich moeten houden is een integraal document opgesteld dat zorggroepen kunnen raadplegen.

3. Wat is de rolverdeling tussen de NMa en de NZa bij zorggroepen?

De NMa ziet toe op het kartelverbod. Aanbieders mogen onderling geen afspraken maken die de concurrentie beperken, zoals prijs- of marktverdelingsafspraken. 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.

4. Gaan de NMa en NZa zorggroepen die nu in overtreding zijn beboeten?

De NMa en NZa doen geen uitspraken over lopende of toekomstige onderzoeken. De mededingingsrechtelijke regels die in deze Richtsnoeren zorggroepen worden toegelicht zijn niet nieuw, wel de specifiek op zorggroepen toegepaste voorbeelden. De regels waaraan partijen zich moeten houden zijn door de NMa herhaaldelijk uitgelegd en opgenomen in, o.a. de algemene Richtsnoeren voor de Zorgsector en door de NZa in de beleidsregel AMM.

De NMa en NZa gaan er van uit dat zorgaanbieders en dus ook zorggroepen op de hoogte zijn van de mededingingsregels en zich er aan houden. Dit is een eigen verantwoordelijkheid. Samenwerking in de vorm van ketenzorg is zeer goed mogelijk binnen het mededingingsrechtelijk kader. Als een zorggroep toch kiest voor een variant die in strijd is met de mededingingsregels, dan kunnen de NMa of NZa ingrijpen.

Onderlinge afspraken

5. Situatie A: dertig huisartsen werken in loondienst voor een stichting die wordt geleid door een directeur.
Situatie B: vijftien huisartsen werken ieder voor eigen rekening en risico onder één dak als een verzameling maatschappen.

Mogen de huisartsen uit situatie A onderling met elkaar spreken over de prijs die de directeur met de verzekeraar wil uitonderhandelen voor ketenzorg?

Ja, de huisartsen maken allen deel uit van 1 onderneming.

Mogen de huisartsen in situatie B dat onderling ook in hun onderhandelingen met de verzekeraar voor ketenzorg?

Nee, deze huisartsen vormen geen economische eenheid. Ze werken voor eigen rekening en risico en zijn dus – ervan uitgaande dat zij op dezelfde relevante markt actief zijn - ook concurrenten van elkaar. Afstemming van de prijs leidt dan tot beperking van de onderlinge concurrentie.

Organisatievormen

6. Waarom zien de NMa en de NZa de zorggroep en de huisartsen die aandeelhouder zijn van de coöperatie als twee aparte entiteiten?

De coöperatie vormt doorgaans niet één economische eenheid met haar leden, ook al hebben deze leden de oprichting van de zorggroep mogelijk mede gefinancierd. Zolang de zorgaanbieders hun commerciële vrijheid behouden en zelfstandig besluiten over hun strategie blijven zij zelfstandige ondernemingen, die los staan van de zorggroep.

Onderhandelingen

7. Kan een individuele zorgaanbieder zichzelf en andere zorgaanbieders vertegenwoordigen in hun prijsonderhandelingen met de zorggroep, als er een cumulatieve omzet wordt gegenereerd van meer dan 1,1 miljoen euro?

Door de hoogte van de cumulatieve omzet wordt in ieder geval de eerste bagateldrempel overschreden. Daarnaast is het – gezien het lokale karakter van de relevante markt – waarschijnlijk dat ook de tweede drempel (meer dan 5% marktaandeel) wordt overschreden. Als dat het geval is, wordt niet voldaan aan de bagatelvrijstelling. Dit betekent dat de zorgaanbieder niet gezamenlijk namens zichzelf en andere aanbieders mag onderhandelen of als onderhandelingsplatform voor deze aanbieders mag dienen.

8. Kan de onderhandelaar van een zorggroep een klankbordgroep van aanbieders vragen om hem op alle wezenlijke punten te adviseren tijdens de onderhandelingen met de verzekeraar zonder dat hier sprake is van een overtreding van de kartelwetgeving?

Ja, dit kan wanneer de klankbordgroep uit zorgaanbieders uit verschillende disciplines bestaat. Als de onderhandelaar een klankbord wil inrichten die (mede) bestaat uit concurrerende aanbieders en het betreft het uitwisselen van concurrentiegevoelige informatie (zoals prijs- of kosteninformatie), dan gelden de bagateldrempels. Als de leden van de klankbord de concurrentiegevoelige informatie tevens bespreken met andere aanbieders worden deze meegeteld bij de toepassing van de bagatelbepaling. Een klankbord bestaande uit bijvoorbeeld individuele aanbieders uit verschillende disciplines, zoals een fysiotherapeut, een diëtist en een huisarts zal geen mededingingsrechtelijke problemen opleveren. Als er meerdere aanbieders uit elke discipline deelnemen kan dat wel tot mededingingsproblemen leiden.

Uitwisseling concurrentiegevoelige informatie

9. Mogen individuele zorgaanbieders tijdens de totstandkoming van een contract met de zorggroep met elkaar communiceren over de prijs die zij willen vragen?

Wanneer de individuele zorgaanbieders de bagateldrempel overschrijden mogen zij geen concurrentiegevoelige informatie met elkaar uitwisselen. Dit geldt voor zowel de fase voorafgaand aan de onderhandelingen, als tijdens en na afloop van de onderhandelingen.

10. Mogen verzekeraars informatie met elkaar uitwisselen over de prijzen waarover zij onderhandelen met zorggroepen?

Ja, verzekeraars mogen op hun inkoopmarkt informatie over prijzen uitwisselen. Belangrijke voorwaarde is wel dat verzekeraars met elkaar blijven concurreren op hun verkoopmarkt, namelijk voor de polissen die zij op de zorgverzekeringsmarkt aanbieden. Daarover mogen verzekeraars geen prijsinformatie met elkaar uitwisselen.

Uitsluiting

11. Mag een zorggroep een contract weigeren aan een onderaannemer?

Ja, dit mag. Er is niet automatisch sprake van uitsluiting als een zorggroep met bepaalde individuele zorgaanbieders geen contract afsluit. Indien de betreffende zorggroep AMM heeft, dan riskeert deze pas een AMM-verplichting wanneer het niet contracteren leidt tot nadelige gevolgen voor de consument (te weinig keuzemogelijkheden/hogere tarieven). Transparante en objectieve criteria voor contractering kan dit voorkomen.

Overig

12. Is het toegestaan dat de zorggroep een standaardcontract aanbiedt aan haar onderaannemers?

De zorggroep sluit doorgaans met een zorgverzekeraar een contract voor het leveren van gebundelde zorgproducten en koopt de onderdelen van de bundel in, als hij deze zorg niet zelf kan leveren, bij individuele zorgaanbieders die dan ook feitelijk de zorg leveren. De zorggroep sluit als hoofdcontractant met iedere zorgaanbieder bij wie hij zorg inkoopt een overeenkomst over de te leveren zorg en de prijs. Indien zij met meerdere aanbieders contracten moet sluiten kan hij er uiteraard ook voor kiezen om aanbieders een standaardcontract aan te bieden.

13. Kan een verzekeraar of zorgaanbieder verplicht worden tot het inkopen dan wel aanbieden van ketenzorg?

Voor zover beschikbaar 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 of wel 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 inkoopt of gebundeld.

14. Mag een verzekeraar een zorggroep oprichten?

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 te hebben gecontracteerd) om basis huisartsgeneeskundige zorg te kunnen aanbieden. Ook een zorgverzekeraar, een patiëntenorganisatie of een externe commerciële partij heeft dus de mogelijkheid om toe te treden tot deze markt en deze zorg aan te bieden. 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).

15. Waar kunnen eventuele misstanden gemeld worden?

Met tips en signalen over eventuele overtredingen van de Mededingingswet, kunt u terecht bij de NMa Informatie- en Tiplijn (op 0800-0231 885 of info@nmanet.nl).

U kunt een melding maken van het verstoren van de markt(werking) door het innemen van een AMM-positie in de zorgsector, door zorgaanbieders of zorgverzekeraars, via het [meldpunt](#) op de website van de NZa.

16. Waar vind ik meer informatie over integrale bekostiging van ketenzorg?

Voor achtergrondinformatie over integrale bekostiging van ketenzorg, en veelgestelde vragen hierover kunt u terecht bij het [dossier ketenzorg](#) op de website van de NZa.