

Regionale machtspositie zorggroepen baart zorgen

Chronisch zieken hebben doorgaans te maken met veel verschillende zorgverleners. Voor hen is het van groot belang dat deze goed samenwerken. Om de samenhang in de zorgketen te bevorderen en zodoende de zorgverlening te verbeteren, wil de minister van VWS in 2010 voor drie vormen van chronische zorg integrale bekostiging invoeren: diabeteszorg, COPD-zorg en cardiovasculair risicomangement. Integrale bekostiging betekent dat bekostiging plaatsvindt op basis van de totale zorg die wordt geleverd aan een patiënt. Hiertoe worden keten-diagnosebehandelingcombinaties (keten-dbc's) ingevoerd die alle onderdelen van de chronische ketenzorg omschrijven. Verzekeraars contracteren een keten-dbc bij één partij en spreken hiervoor een prijs af. Deze contractpartij is een zogeheten zorggroep die hoofverantwoordelijk is voor het coördineren en leveren van de multidisciplinaire zorg aan chronische patiënten. Voor de verschillende onderdelen van de zorg, zoals periodieke controles, laboratoriumonderzoek en dieetadviesing, contracteert de zorggroep verschillende zorgaanbieders als onderaannemer of levert een gedeelte van de zorg zelf. Om ervaring op te doen met integrale bekostiging heeft een experiment met diabeteszorg plaatsgevonden. Een evaluatie door het RIVM (Struijs *et al.*, 2009) laat zien dat invoering van de keten-dbc voor diabetespatiënten voordelen heeft, zoals een betere onderlinge afstemming van de zorg. Er zijn echter ook risico's naar voren gekomen. In veel regio's is namelijk slechts één zorggroep opgericht, waardoor mededingingsproblemen kunnen ontstaan. Met de invoering van integrale bekostiging wordt de reguliere zorginkoopmarkt opgesplitst in twee nieuwe zorginkoopmarkten. Te weten een markt waarop zorgverzekeraars overeenkomsten sluiten met zorggroepen, zorginkoopmarkt 1, en een markt waarop zorggroepen individuele zorgaanbieders of zorginstellingen als onderaannemer contracteren, zorginkoopmarkt 2. Op beide zorginkoopmarkten gelden vrije prijzen. Om via integrale bekostiging de ketenzorg te verbeteren, moet op beide zorginkoopmarkten sprake zijn van een gezonde mededinging. Er mag geen sprake zijn van misbruik van een machtspositie aan de vraag- of aanbodzijde van de markt. Het feit dat er in een regio nu vaak slechts één zorggroep is, baart daarom zorgen. Tot nu toe hebben vooral huisartsen in rap tempo zorggroepen opgericht. Hierin participeren soms wel meer dan honderdvijftig huisartsen. Op zorginkoopmarkt 1 bestaat hierdoor het risico dat zorggroepen door de afwezigheid van concurrentiedruk onvoldoende prikkels ondervinden om de kwaliteit van zorg te verbeteren, dan wel in relatie tot de kwaliteit een te hoge prijs vragen. Zorgverzekeraars lijken hier weinig tegen te kunnen doen. Omdat chronische patiënten meestal geen grote reisbereidheid hebben, is er voor verzekeraars feitelijk niet veel te kiezen. Het enige drukmiddel waarover ze lijken te beschikken, is de keuze om geen zorggroep te contracteren en dus gebruik te maken van niet-geïntegreerde zorg. Een weinig geloofwaardige dreiging. Al dan niet overtuigd door hun huisarts, zullen patiënten immers willen profiteren van de mogelijke kwaliteitsvoordelen van geïntegreerde zorg. De onderhandelingspositie van verzekeraars wordt verder bemoeilijkt doordat de precieze inhoud van een keten-dbc niet eenduidig is gedefinieerd. Hoewel gewerkt wordt aan prestatie-indicatoren zijn

de prestaties van zorggroepen nu nog moeilijk onderling vergelijkbaar. Op zorginkoopmarkt 2 is het risico van uitbuiting aanwezig. Van uitbuiting is sprake als de zorggroep aan haar onderaannemers dwingend onredelijke contractvoorwaarden oplegt, zoals een niet kostendekkend tarief. Terwijl de zorggroepen die in eigendom van huisartsen zijn bij het inkopen van huisartsenzorg zeer gunstige tarieven en voorwaarden met zichzelf kunnen afspreken. Uitsluiting vormt eveneens een gevaar. Een zorggroep met een regionaal sterke positie kan bij het contracteren van onderaannemers niet-participerende zorgaanbieders buitensluiten ten gunste van de eigen zorgaanbieders. De zorggroep kan bijvoorbeeld het laboratoriumonderzoek bij het huisartsenlaboratorium doen en andere laboratoria niet contracteren. In het geval van uitbuiting of uitsluiting is sprake van oneerlijke concurrentie en komt er geen goede prijs-kwaliteitverhouding van chronische zorg tot stand. Bovendien zal zo'n onderhandelingsklimaat niet bevorderlijk zijn voor een betere samenwerking in de zorgketen.

Ten aanzien van bovenstaande risico's bestaan nog veel onduidelijkheden. Zo is niet onderzocht of zorggroepen nu misbruik maken van hun huidige machtspositie. Een andere onbeantwoorde vraag is of de regionaal sterke machtspositie van zorggroepen die zijn opgericht door huisartsen tijdelijk of structureel is. De mogelijkheden voor toetreding van nieuwe, door andere zorgaanbieders opgerichte zorggroepen lijken in de regio's waar alle huisartsen samenwerken in een zorggroep op voorhand beperkt, ondanks dat fysiotherapeuten en apothekers overwegen om ook zorggroepen op te zetten. Het feit dat de huisarts het eerste aanspreekpunt voor patiënten is, zorgt voor een forse toetredingsdrempel. Zo is het onwaarschijnlijk dat huisartsen hun eigen patiënten zullen doorverwijzen naar een andere dan de zorggroep waarin ze zelf een financieel belang hebben. Ook is het onwaarschijnlijk dat die huisartsen als onderaannemer willen werken voor een concurrerende zorggroep. Voor een nieuwe zorggroep wordt het daardoor moeilijk om de vereiste multidisciplinaire zorg aan te bieden. De machtspositie van zorggroepen kan niettemin tijdelijk zijn wanneer de huidige omvang niet optimaal blijkt te zijn voor de coördinatie en levering van multidisciplinaire zorg en grote zorggroepen hierdoor uiteenvallen in meerdere kleine zorggroepen die elkaar in een regio beconcurreren. Onduidelijk is echter hoe groot de schaalvoordelen zijn. Bovendien geldt dat door de huidige regionale machtsposities deze concurrentie niet vanzelf tot stand hoeft te komen. Het is dus belangrijk om de ontwikkelingen ten aanzien van zorggroepen nauwlettend in de gaten te houden. De NMa moet onderzoeken of zorggroepen de Mededingingswet niet overtreden. Daarnaast kan de NZa indien nodig verplichtingen opleggen om te voorkomen dat zorggroepen hun machtspositie misbruiken.

LITERATUUR

Struijs, J., J. van Til en C. Baan (2009) *Experimenteren met de keten-dbc diabetes: de eerste zichtbare effecten*. Bilthoven: RIVM.

MARCO VARKEVISSER, STÉPHANIE VAN DER GEEST, MARJA APPELMAN EN JEROEN STRUIJS

Onderzoekers aan de Erasmus Universiteit Rotterdam, partner bij SiRM en projectleider bij het RIVM