

Toelichting behorend bij de Beslisboom 'Welke specialisatieafspraken staat de NMa wel/niet toe?'

1. *Wat verstaat de NMa onder specialisatieafspraken?*

Er is sprake van specialisatieafspraken als ziekenhuizen onderling afspreken welk ziekenhuis zich gaat toeleggen op een bepaalde behandeling en welk ziekenhuis met die behandeling stopt. Bij specialisatieafspraken trekken bepaalde ziekenhuizen zich uit de markt terug.

2. *Wanneer ziet de NMa minder snel obstakels?*

a. Eigen beslissing ziekenhuis:

Als ziekenhuizen zelf bepalen waar de zorg wordt geconcentreerd, moeten zij daarbij in de eerste plaats van hun eigen kracht uitgaan en autonome beslissingen maken over waar zij zich in specialiseren. Een ziekenhuis dat zelfstandig beslist om zich in bepaalde behandelingen te specialiseren en/of om te stoppen met het aanbieden van behandelingen kan de beoogde kwaliteitsverbetering en/of kostendaling immers vaak ook realiseren zonder samenwerking met andere ziekenhuizen. Een dergelijke beslissing kan juist een gevolg zijn van concurrentiedruk.

b. Rol Verzekeraars:

Bij de beoordeling van initiatieven tot concentratie en specialisatie van ziekenhuiszorg is allereerst van belang wie er bepaalt bij welk ziekenhuis bepaalde zorg wordt geconcentreerd. De NMa ziet hierbij een belangrijke rol voor zorgverzekeraars, omdat in het huidige zorgstelsel voor hen een rol is weggelegd om scherp in te kopen op zowel het gebied van kwaliteit als prijs. Van een verzekeraar wordt verwacht dat hij kritisch zal toetsen of een concentratie van zorg bij een bepaald ziekenhuis in zijn belang en daarmee van de patiënt/verzekerde is. Voor zover het noodzakelijk is dat er nog maar één ziekenhuis in een bepaalde regio een specifiek specialisme aan zou bieden, ziet de NMa een rol voor de verzekeraar om te bepalen welk ziekenhuis dat het beste zou kunnen.

c. Gezamenlijke beslissing concurrerende ziekenhuizen:

Vanwege de gevolgen die specialisatieafspraken kunnen hebben voor de mededinging (het verdwijnen van onderlinge druk, zodat ziekenhuizen niet langer elkaar prikkelen om ook op lange termijn een goede prijs-kwaliteit te leveren, te innoveren e.d.), zijn dergelijke afspraken alleen in uitzonderlijke gevallen toegestaan. Ziekenhuizen moeten daarvoor -kort gezegd- aantonen dat eventuele kwaliteitsverbeteringen en kostenverminderingen die het gevolg zijn van een specialisatieafpraak opwegen tegen de mogelijke beperking van de mededinging die verbonden is aan de specialisatieafpraak.

3. *Aan welke cumulatieve voorwaarden moet zijn voldaan, wil een gezamenlijke beslissing van ziekenhuizen uitgezonderd zijn van het kartelverbod?*

i. De specialisatieafpraak moet leiden tot economische voordelen

Om uitgezonderd te kunnen worden van het kartelverbod moet bij een specialisatieafpraak sprake zijn van economische voordelen. Ziekenhuizen moeten daarbij nagaan wat de aard is van de verwachte voordelen. Is bijvoorbeeld sprake van kwaliteitsverbeteringen, zoals betere behandelingen, minder complicaties of een verkorting van de wachtlijsten en/of leidt de specialisatieafpraak tot kostenvoordelen, zoals schaalvoordelen,

een betere benutting van de capaciteit, lagere kosten per behandeling of meer behandelingen tegen dezelfde kosten. De specialisatieafpraak moet uiteindelijk een betere prijs-kwaliteitverhouding tot gevolg hebben. Kleine kwaliteitsverbeteringen die gepaard gaan met extreme kostenstijgingen hebben dat bijvoorbeeld waarschijnlijk niet. Overigens hoeft er geen afruil te zijn tussen kwaliteit en kosten, aangezien een kwaliteitsverbetering zoals al eerder aangegeven gepaard kan gaan met lagere kosten. Als een kwaliteitsverbetering wel gepaard gaat met een hoger prijskaartje dan zullen ziekenhuizen moeten toetsen of de kwaliteitsverbetering dit waard is, bijvoorbeeld door dit aan de verzekeraar voor te leggen. Een afspraak kan meerdere (economische) voordelen met zich meebrengen. Het is van belang om alle voordelen voldoende te identificeren en te kwantificeren, zodat kan worden nagegaan wat de omvang van de voordelen is, hoe en wanneer ze worden bereikt en hoe waarschijnlijk het is dat ze daadwerkelijk gerealiseerd zullen worden.

Indien ziekenhuizen specialisatieafspraken maken om aan volumennormen van de Inspectie voor de Gezondheidszorg te voldoen, gaat de NMa ervan uit dat de samenwerking een kwaliteitsstijging tot gevolg zal hebben. In andere gevallen zullen verwachtingen over te behalen kwaliteitsvoordelen worden voorgelegd aan de IGZ.

ii. De specialisatieafpraak moet noodzakelijk en proportioneel zijn

Om uitgezonderd te kunnen worden van het kartelverbod moet een specialisatieafpraak noodzakelijk zijn om de beoogde kwaliteitsverbetering of kostenbesparing te realiseren en mag de mededinging niet verder worden beperkt dan nodig is. Ziekenhuizen moeten daarom nagaan of de beoogde voordelen niet op een andere manier tot stand kunnen komen dan via de betreffende specialisatieafpraak met de bewuste samenwerkingspartners. Ziekenhuizen kunnen hiervoor bijvoorbeeld onderzoeken of:

- zij de beoogde voordelen ook zelfstandig zouden kunnen realiseren. Samenwerking is dan immers niet nodig om de economische voordelen te kunnen behalen;
- de mededingingsbeperking noodzakelijk is om de beoogde voordelen te realiseren of dat deze voordelen ook op een andere manier kunnen worden gerealiseerd. Indien verwachte kwaliteitsvoordelen samenhangen met een ervaringscurve bij de medisch specialist, kan mogelijk worden volstaan met het delen van specialisten zodat de betrokken ziekenhuizen bij het aanbieden van de behandelingen aan patiënten en verzekeraars met elkaar blijven concurreren; en
- de beoogde voordelen alleen kunnen worden behaald met het betrokken aantal ziekenhuizen. Mogelijk wordt de mededinging minder beperkt als de beoogde voordelen ook in samenwerking met minder ziekenhuizen of met andere ziekenhuizen (die bijvoorbeeld zijn gevestigd in andere geografische gebieden, zie ook punt iv hierna-) kunnen worden behaald.

iii. De economische voordelen die voortvloeien uit de specialisatieafpraak dienen in voldoende mate te worden doorgegeven aan de patiënt/verzekerde/verzekeraar.

Specialisatieafspraken kunnen alleen uitgezonderd worden van het kartelverbod als de gebruikers in voldoende mate kunnen profiteren van de beoogde economische voordelen. Dit zal het geval zijn als er voldoende restconcurrentie overblijft (zie ook punt 4).

iv. Er moet voldoende restconcurrentie in de markt overblijven

Het is van belang dat er voldoende concurrentie overblijft, zodat de ziekenhuizen die meedoen aan de specialisatieafpraak voldoende stimulansen ondervinden om in kwaliteit en innovatie te investeren en doelmatig te opereren. Voldoende restconcurrentie zorgt ervoor dat samenwerkende ziekenhuizen zich door de gemaakte afspraken niet onafhankelijk van verzekeraars en patiënten kunnen gedragen. Die hebben dan namelijk een reële mogelijkheid om over te stappen naar een ander ziekenhuis. Om te bepalen van welke ziekenhuizen de samenwerkende ziekenhuizen concurrentiedruk ervaren, moet in ieder geval gekeken worden naar de overige ziekenhuizen die actief zijn in het gebied waar de cliënten van de samenwerkende ziekenhuizen vandaan komen (het adherentiegebied). Daarvoor is onder meer de reisbereidheid van belang: hoe ver zijn cliënten bereid te reizen om naar een ander ziekenhuis te gaan dan de samenwerkende ziekenhuizen. Hierbij kan zowel gekeken worden naar de huidige reisbereidheid als de toekomstige reisbereidheid. Partijen moeten wel zelf aantonen waarom zij verwachten dat de reisbereidheid in de toekomst mogelijk anders is dan de huidige reisbereidheid.

4. Wanneer is er sprake van voldoende restconcurrentie?

Wat "voldoende" restconcurrentie is, verschilt per concrete casus. Om een indruk te krijgen of er sprake is van voldoende restconcurrentie kunnen ziekenhuizen zichzelf de volgende vragen stellen:

- Hoeveel overige ziekenhuizen zijn er in het gebied actief waarin de samenwerkende ziekenhuizen actief zijn en wat is het marktaandeel van deze ziekenhuizen? Hierbij geldt dat hoe groter het marktaandeel van de samenwerkende partijen is, hoe minder restconcurrentie er is. Het marktaandeel is echter niet meer dan een indicatie van de mate van restconcurrentie.
- Kan de verzekeraar voldoende tegenwicht bieden aan de samenwerkende partijen, bijvoorbeeld doordat deze patiënten naar andere concurrerende ziekenhuizen kan sturen?
- Beschikken de overige ziekenhuizen over voldoende capaciteit om snel en eenvoudig patiënten op te kunnen vangen die naar hen over willen stappen omdat zij niet tevreden over het aanbod van de samenwerkende ziekenhuizen? Indien dit het geval is, zou er eventueel zelfs bij relatief hoge marktaandelen voldoende restconcurrentie kunnen overblijven. Omdat deze informatie niet mag worden uitgewisseld tussen ziekenhuizen, kunnen partijen zich baseren op eigen inschattingen of de verzekeraar om een indruk hiervan vragen.
- Kunnen nieuwe aanbieders makkelijk tot de markt toetreden of kan de verzekeraar dit makkelijk faciliteren? Van de mogelijkheid van toetreding gaat met name concurrentiedruk uit als dit op korte termijn en zonder aanzienlijke kosten kan plaatsvinden.