

Vergaderjaar 2005–2006

30 186

Regels inzake marktordening, doelmatigheid en beheerste kostenontwikkeling op het gebied van de gezondheidszorg (Wet marktordening gezondheidszorg)

26 631

Modernisering AWBZ

Nr. 6

BRIEF VAN DE STAATSSECRETARIS VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 24 oktober 2004

1. Inleiding

In uw brief van 8 september 2005 (met kenmerk 05-VWS-B-083) vraagt u mij, met het oog op de behandeling van het wetsvoorstel Wet marktordening gezondheidszorg, naar mijn visie op fusievorming in de AWBZ-zorg. Met deze brief voldoe ik aan uw verzoek. Ik beantwoord tevens de vragen over het wettelijk kader voor de toetsing van fusies die door mevrouw Schippers (VVD) zijn gesteld in het Algemeen Overleg over marktwerking en modernisering AWBZ op 29 juni 2005 (Kamerstuk 26 631, nr. 144).

Deze brief is als volgt opgebouwd. In paragraaf 2 wordt ingegaan op fusies in de AWBZ-zorg en toezicht daarop. In paragraaf 3 wordt beknopt ingegaan op andere wijzen waarlangs de keuzemogelijkheden van cliënten binnen de AWBZ-zorg worden bevorderd.

2. Fusies in de AWBZ

2.1 Waarom fusies?

In de AWBZ-zorg is schaalvergroting door concentratievorming aan de orde. Voor zover schaalvergroting een manier vormt om binnen één organisatie optimaal gebruik te maken van de ruimte die de ontschotte AWBZ biedt, en bijvoorbeeld gericht is op het verbreden van de zorgverlening, kan concentratievorming in het zorgaanbod positief worden geïdentificeerd. Ook het streven tot vergroting van de efficiency binnen de organisatie kan een positief argument zijn voor schaalvergroting.

Fusies zullen soms ook ten doel hebben de marktmacht te vergroten, wat kan leiden tot beperking van de mededinging. Voor zover dit aan de orde is, roept concentratievorming vragen op omtrent het behoud van keuzemogelijkheden voor cliënten en omtrent het behouden van een voldoende mate van mededinging tussen zorgaanbieders.

2.2 Toezicht op fusies: de Nederlandse Mededingingsautoriteit

In het licht van de risico's voor de concurrentie en de keuzemogelijkheden voor cliënten is van groot belang dat de Nederlandse Mededingingsautoriteit (NMa) inmiddels actief toeziet op fusievorming tussen aanbieders van AWBZ-zorg. In een document d.d. januari 2004, heeft de NMa nog eens uiteengezet dat zij zorgaanbieders beschouwt als ondernemingen in de zin van de Mededingingswet. Sinds de ontschotting in de AWBZ per 1 april 2003 biedt de context waarin aanbieders van AWBZ-zorg opereren ruimte om te concurreren, aldus de NMa. Daarom dienen concentraties in deze sector te worden beoordeeld op mogelijke effecten voor de mededinging.

De NMa toetst voorgenomen concentraties (behalve fusies kan het daarbij ook gaan om overnames en bepaalde typen *joint ventures*) vooraf. Het concentratietoezicht is van toepassing op grotere concentraties. Er is sprake van een «grote» concentratie als de ondernemingen tezamen jaarlijks in totaal meer dan EUR 113 450 000,- wereldwijd omzetten en minstens twee van hen binnen Nederland een jaaromzet van minimaal EUR 30 000 000,- halen.

Een concentratie boven de genoemde omzeldrempels mag niet tot stand worden gebracht zonder voorafgaande melding bij de NMa. In de meldingsfase beziet de NMa of een vergunning voor concentratie vereist is. Er is een vergunning vereist als de NMa vermoedt dat een economische machtspositie kan ontstaan of worden versterkt die de mededinging belemmert. Wanneer de NMa ook na nader onderzoek van mening is dat een voorgenomen concentratie leidt tot het ontstaan of versterken van een economische machtspositie, dan kan zij besluiten geen vergunning te verstrekken voor de voorgenomen concentratie.

2.3. Stand van zaken in het NMa-toezicht

Sinds januari 2004 heeft de NMa in een tiental casus een voornemen tot fusie van AWBZ-zorgaanbieders getoetst (stand per september 2005). In zeven casus heeft men na grondig onderzoek kunnen concluderen dat er geen aanleiding was om aan te nemen dat de betreffende fusie tot een economische machtspositie zou leiden die de mededinging zou kunnen belemmeren.

In één casus (de voorgenomen fusie tussen de drie thuiszorgorganisaties Icare, Sensire en Thuiszorg Groningen) hebben de betrokken partijen hun voorstel aangepast, nadat zij door de NMa op de hoogte waren gesteld van een mogelijk mededingingsprobleem op het gebied van de thuiszorg als gevolg van de samenvoeging van de activiteiten van Icare en Thuiszorg Groningen. Icare is vervolgens buiten de voorgenomen fusie gebleven. Het samengaan tussen Sensire en Thuiszorg Groningen kon de NMa vervolgens toestaan.

In drie gevallen heeft de toetsing van het voornemen tot fusie ertoe geleid dat de NMa een vergunningseis heeft gesteld. De NMa zet deze stap als zij reden heeft om aan te nemen dat de mededinging door de voorgenomen fusie significant zou kunnen worden beperkt. Recent is in één van deze drie casus alsnog een vergunning afgegeven na aanpassing van het oorspronkelijke fusievoornemen door de betrokken partijen. Het ging in deze casus om een fusie tussen twee aanbieders van zorg aan verstandelijk gehandicapten in Noord-Limburg, Vizier en De Wendel. De aanpassing van het fusievoornemen bestond eruit dat Vizier afzag van een voorgenomen uitbreiding met 55 nieuwe intramurale zorgplaatsen in Noord-Limburg. In plaats daarvan wordt deze capaciteitsuitbreiding gerealiseerd

door een nieuwe toetreders tot de regio, Pluryn Werkenrode Groep. Ondanks de fusie, zullen er nu drie aanbieders actief blijven in Noord-Limburg.

In één van de twee andere gevallen waarin de NMa een vergunningseis heeft gesteld, is inmiddels ook een vergunningaanvraag ontvangen. Op dit moment is een achttal zaken in de AWBZ-zorg in behandeling bij de NMa.

2.4 Mogelijkheid tot verlaging toetsingsdrempels voor het concentratietoezicht voor sectoren in transitie

De vraag doet zich voor of fusietoetsing door de NMa op basis van de Mededingingswet voldoende wettelijke mogelijkheden biedt om ongewenste fusies tegen te gaan.

In de huidige marktomstandigheden in de zorgsector blijven soms concentraties, die wellicht op een regionale of lokale markt de mededinging kunnen beperken, nog buiten voorafgaand fusietoetsing van de NMa. Op AWBZ-zorgmarkten is namelijk veelal sprake van kleine relevante geografische markten. Met een relatief bescheiden omzet kan een hoog marktaandeel worden bereikt, als gevolg waarvan de mededinging op de desbetreffende markt kan worden beperkt.

Zeker in de overgangsfase naar gereguleerde marktwerking in de zorg kan het wenselijk zijn fusievoornemens van aanbieders met relatief kleinere omzetten toch te kunnen beoordelen en waar nodig te verbieden. Hiervoor dienen de bovengenoemde omzetsdrempels in de Mededingingswet te worden verlaagd. Een dergelijke maatregel wordt gedragen door adviezen van het Centraal Planbureau en het College Tarieven Gezondheidszorg/Zorgautoriteit i.o. (CTG/ZAio).

In het eerdergenoemde Algemeen Overleg op 29 juni jl. is kort aan de orde gekomen dat de Minister van Economische Zaken werkt aan een aanpassing van de Mededingingswet die voorziet in de mogelijkheid voor sectoren in transitie de omzetsdrempels tijdelijk te verlagen. Deze wijziging is al aangekondigd in het kabinetsstandpunt over de evaluatie van de Mededingingswet van oktober 2003 (Tweede Kamer, vergaderjaar 2003–2004, 29 272, nr. 1), en is bij nota van wijziging op 10 oktober 2005 door de Minister van Economische Zaken aan uw Kamer aangeboden. Overwogen wordt in samenwerking met de Minister van Economische Zaken, gedurende de transitiefase in de zorg de omzetsdrempels in de Mededingingswet te verlagen voor specifieke zorgmarkten. In dat geval zal een algemene maatregel van bestuur worden voorbereid.

2.5 Rol College Tarieven Gezondheidszorg/Zorgautoriteit in oprichting bij concentratietoezicht

Uit het bovenstaande blijkt dat het concentratietoezicht een bevoegdheid is van de NMa. CTG/ZAio heeft daarbij een adviesrol. In het samenwerkingsprotocol tussen CTG/ZAio en de NMa is vastgelegd dat CTG/ZAio de mogelijkheid heeft om aan de NMa een zienswijze af te geven over voorgenomen en gemelde concentraties in de zorgsector. Op deze wijze wordt ervoor gezorgd dat bij de beoordeling van dit type concentraties rekening wordt gehouden met de bijzondere kenmerken van de zorgmarkt.

2.6 Rol cliënten bij fusievorming

De cliënten van een zorgaanbieder kunnen zich uitspreken over de vraag of een fusie of overname strookt met hun behoeften. Ingevolge de Wet

medezeggenschap cliënten zorginstellingen moet de cliëntenraad om advies worden gevraagd over voorgenomen besluitvorming inzake fusievorming of de overdracht van zeggenschap over de instelling.

3. Verruiming van het aanbod en van de keuzemogelijkheden in de AWBZ-zorg

3.1 Inleiding

Aan het begin van de vorige paragraaf is aangegeven dat fusies toegevoegde waarde kunnen hebben. Indien een fusie leidt tot een zodanige verkleining van het aanbod dat de mededinging wordt belemmerd kan de NMa besluiten de fusie niet toe te staan. Daarnaast is mijn beleid gericht op het vergroten van de keuzevrijheid voor de cliënten. Dit doe ik door de randvoorwaarden te scheppen die leiden tot lagere toetredingsdrempels.

3.2 Bevordering van diversiteit in het aanbod

Om te beginnen werken we eraan dat er meer aanbieders met een divers aanbod op de markt actief worden. Dat vergroot de keuzemogelijkheden voor cliënten. De eerste stap die we hebben gezet is, zoals bekend, de introductie van functiegerichte aanspraken op 1 april 2003. Als gevolg hiervan is er een einde gekomen aan de domeinafgrenzing van sectoren. In de extramurale zorg kunnen bestaande aanbieders sindsdien, binnen de functies waarin ze zijn toegelaten, zorg op elkaars terrein leveren zonder dat daarvoor een nieuwe toelating nodig is. Nieuwe aanbieders kunnen gemakkelijker toetreden doordat ze niet meer het hele pakket aan zorg hoeven te leveren. De resultaten van de ontschotting zijn zichtbaar. Vanaf 2003 zijn aan in totaal meer dan 300 nieuwe aanbieders toelatingen toegekend.

De nieuwe aanbieders worden door de zorgkantoren actief gecontracteerd. Volgens informatie van CTG/ZAio zijn per begin oktober van dit jaar inmiddels productieafspraken gemaakt met ruim 77% van de bijna 117 voor 2005 nieuw toegelaten zorgaanbieders. Bij de laatste contracteeronde (gedurende de maand oktober) kan dit aantal nog verder toenemen. Overigens varieert de omvang van de contracten sterk en is het totale aandeel van nieuwe aanbieders in de extramurale AWBZ-zorgproductie nog beperkt.

CTG/ZAio publiceert binnenkort een visiedocument over de extramurale AWBZ-zorg, waarin een overzicht zal worden geschetst van de risico's voor een goede werking van de markt in de extramurale AWBZ-zorg. CTG/ZAio zal hierbij ook aandacht besteden aan de vraag of er voldoende aanbod is en voldoende ruimte voor nieuwe toetreders.

3.3 Verlaging toetredingsdrempels

De sturende rol van het ministerie van VWS ten aanzien van het zorgaanbod spitst zich met de in voorbereiding zijnde Wet toelating zorginstellingen (WTZi) toe op de waarborging van de publieke belangen. De wettelijke basis voor de toelatingen (het recht om verzekerde zorg te mogen leveren) gaat over van de AWBZ naar de WTZi. Op basis van de WTZi zijn er beleidsregels waaraan aanvragen om een toelating worden getoetst. Deze regels zullen onder andere inhouden dat initiatieven die de privacy van cliënten verbeteren prioriteit hebben en dat de realisatie van kleinschalige voorzieningen voorrang heeft boven grootschalige voorzieningen.

In het Uitvoeringsbesluit WTZi wordt vastgelegd dat instellingen om een toelating te verkrijgen en te behouden moeten voldoen aan een aantal

transparantie-eisen. Ze dienen inzicht te bieden in de bestuursstructuur en een ordelijke bedrijfsvoering te kennen. Met behulp van hun statuten en jaarverantwoording kunnen aanbieders laten zien dat ze aan deze eisen voldoen.

Met de inwerkingtreding van de WTZi wordt de bouwregelgeving enigszins ingeperkt. Op langere termijn kunnen de toetredingsdrempels voor zorgaanbieders verder worden verlaagd. Zo krijgen instellingen op termijn meer mogelijkheden hun gebouw aan te passen aan de wensen van cliënten zonder dat ze een procedure via de bouwprioriteitenlijst en een bouwvergunning moeten volgen. Waar er zorgaanbod mag komen en hoeveel laten we meer en meer over aan de markt. Als zorgaanbieders meer mogelijkheden hebben om in te spelen op de wensen van cliënten, kunnen zorgkantoren hen daar ook op aanspreken. Het beleid voor de langere termijn is op hoofdlijnen beschreven in de nota Transparante en integrale tarieven in de gezondheidszorg (Tweede Kamer, vergaderjaar 2004–2005, 27 659, nr. 52). Het parlement zal worden betrokken bij de uitwerking van de beleidsvoornemens uit deze nota.

3.4 Persoonsgebonden budget

Een ander instrument dat bijdraagt aan de eerdergenoemde verruiming van het zorgaanbod is het Persoonsgebonden Budget (pgb). De pgb-houders (inmiddels 77 000) boren namelijk een zorgmarkt aan die voor zorg in natura niet beschikbaar is. Uit onderzoek van het Instituut voor Toegepaste Sociale wetenschappen (ITS) van de Radboud Universiteit Nijmegen blijkt dat ruim een derde deel van de budgethouders met het pgb hulp inkoop in het informele circuit. Bijna een derde koopt hulp in bij mantelzorgers gecombineerd met hulp van professionele zorgverleners (free-lancers) of institutionele zorgaanbieders. Eveneens bijna een derde koopt hulp in bij institutionele zorgaanbieders.

4. Standstill

Uw Kamer heeft mij gevraagd naar mijn opvatting over een «standstill». De in potentie positieve gevolgen van een fusie pleiten tegen een algehele standstill. Bovendien is voor een standstill geen wettelijke basis voorhanden.

Op de eventuele negatieve gevolgen van een fusie voor de keuzemogelijkheden wordt toegezien door de NMa. Om de NMa daartoe zonodig nog beter in de gelegenheid te stellen, wordt overwogen de reikwijdte van het concentratietoezicht tijdelijk te verruimen. Daarnaast is mijn beleid gericht op het verlagen van de drempels voor toetreding door nieuwe zorgaanbieders en het stimuleren van toetreding, om voldoende divers aanbod te behouden.

De Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
C. I. J. M. Ross-van Dorp