



Nederlandse
Zorgautoriteit

NMa

Nederlandse Mededingingsautoriteit

Richtsnoeren Zorggroepen

augustus 2010

Inhoudsopgave

1.	Inleiding	7
2.	Organisatie van zorggroepen	11
3.	Afbakening relevante markt	15
3.1	Algemene beschrijving	15
3.2	Relevante productmarkt zorggroepen	17
3.3	Relevante geografische markt zorggroepen	20
3.4	Conclusie relevante markt zorggroepen	21
4.	Zorggroepen en het kartelverbod	23
4.1	Kader Mededingingswet	23
4.2	Samenwerking en afstemming tussen individuele aanbieders en zorggroepen	27
4.3	Samenwerking en afstemming tussen zorggroepen	34
5.	Zorggroepen met een machtspositie	37
5.1	Kader AMM	37
5.2	Marktafbakening	38
5.3	Aanmerkelijke marktmacht	38
5.4	Potentiële mededingingsproblemen	41
5.5	AMM-verplichtingen	43
5.6	Conclusie NZa-kader	44
6.	Slotbepalingen	45

Voorwoord

Zowel de Nederlandse Mededingingsautoriteit (NMa) als de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) krijgen regelmatig signalen dat onduidelijk is wat mededingingsrechtelijk wel en niet toegestaan is ten aanzien van samenwerking tussen zorggroepen en de aanbieders bij wie zij zorg inkopen en tussen zorggroepen onderling. Beide toezichthouders hebben oog voor het feit dat de markt waarin de zorggroepen zich begeven in transitie is. Wanneer zorg uit meerdere componenten bestaat kan het van belang zijn om deze op een integrale gecoördineerde manier aan te bieden. Het is echter ook van belang dat hierbij de Mededingingswet (Mw) en de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) worden gerespecteerd. Deze beogen immers om de markten zodanig te laten werken respectievelijk in te richten dat de belangen van de patiënten optimaal worden behartigd.

In deze Richtsnoeren wordt ingegaan op de toepassing van de Mw en de Wmg ten aanzien van zorggroepen. De NMa en de NZa beogen hiermee eventuele onduidelijkheid over de mededingingsregels zoveel mogelijk weg te nemen. Partijen kunnen deze Richtsnoeren en ander beschikbaar materiaal zoals de Richtsnoeren voor de zorgsector¹ en de Beleidsregel AMM², gebruiken als leidraad bij de vormgeving van hun organisatie en hun onderlinge relaties met andere spelers opdat de positie van de cliënt optimaal tot zijn recht komt.

De onderhavige Richtsnoeren zijn tot stand gekomen na een consultatie. Op 18 december 2010 hebben de NMa en NZa het consultatiedocument 'Zorggroepen' gepubliceerd. Dit document is voorgelegd aan zorggroepen, verzekeraars en onafhankelijke deskundigen met het verzoek om de in dit document gestelde vragen te beantwoorden en om aan te geven waar er nog onduidelijkheid bestaat over de toepassing van de mededingingsregels van de Mw en de Wmg.

Naar aanleiding van het consultatiedocument hebben in totaal 31 partijen een zienswijze ingediend, mondeling (in een consultatiebijeenkomst op 8 februari 2010) en/of schriftelijk. Veel partijen vroegen om meer uitleg over wat wel toegestaan is in de contacten tussen aanbieders onderling en tussen aanbieders en zorggroepen. Met de reacties op het consultatiedocument is zo goed mogelijk rekening gehouden in deze Richtsnoeren. De openbare versies van de zienswijzen worden gepubliceerd op de websites van de NMa (www.nmanet.nl) en de NZa (www.nza.nl).

Wij stellen het zeer op prijs dat veel partijen de moeite hebben genomen om hun reactie te geven op het consultatiedocument. Wij willen hen daarvoor hartelijk danken.

Namens de Raad van Bestuur van de

Nederlandse Mededingingsautoriteit,

Nederlandse Zorgautoriteit,

F.J.H. Don
lid van de Raad van Bestuur

mw. C.C. van Beek
lid Raad van Bestuur/plv. voorzitter

¹ Te vinden op www.nmanet.nl

² Te vinden op www.nza.nl

1. Inleiding

1. In de zorg, met name in de eerste lijn, is een ontwikkeling gaande waarin de zorg voor chronische aandoeningen steeds meer multidisciplinair wordt georganiseerd en als één product wordt aangeboden. Het gaat dan bijvoorbeeld om zorg voor de aandoeningen diabetes, COPD, hartfalen, cardiovasculair risicomanagement (CVR), astma, obesitas en depressie. In een diabetesprogramma werken bijvoorbeeld verschillende disciplines als huisartsen, doktersassistenten, Praktijk Ondersteuners Huisarts (POH's), diëtisten, fysiotherapeuten, verpleegkundigen, internisten, oogartsen, apotheken en diagnostische centra samen. Om deze multidisciplinaire zorgproducten (ketenzorg) te organiseren worden onder meer zogenoemde zorggroepen opgericht. Deze zorggroepen richten zich nu vooral op diabeteszorg.
2. De ontwikkeling naar ketenzorg wordt actief gestimuleerd door de Nederlandse overheid, onder meer door middel van de wijze van bekostiging. Voor ketenzorg op het gebied van diabetes en CVR is het per 1 januari 2010 mogelijk een integrale prijs te declareren, voor COPD is dit per 1 juli 2010 ook mogelijk. Daarnaast zijn er voor vormen van ketenzorg mogelijkheden om aanvullende bekostiging te verwerven ter dekking van de kosten voor samenwerking. Dit kan op grond van de beleidsregel Innovatie ten behoeve van nieuwe zorgprestaties, de beleidsregel Samenwerking ten behoeve van geïntegreerde eerstelijnszorgproducten (GEZ) en door gebruik te maken van de Module Modernisering & Innovatie (M&I).
3. Het beeld dat de NMa en NZa hebben van de huidige zorggroepen is dat er in veel regio's maar één zorggroep actief is. De zorggroep sluit in die regio's dan met het grootste gedeelte van de daar actieve beroepsbeoefenaren contracten af om de benodigde zorg in te kopen en te kunnen leveren.
4. De samenwerking in het kader van zorggroepen beoogt optimale zorg voor patiënten, maar kan mede afhankelijk van de wijze waarop ze zijn georganiseerd, mededingingsproblemen met zich brengen en de daadwerkelijke concurrentie belemmeren. Aandachtspunten zijn bijvoorbeeld prijsafspraken tussen aanbieders die zorg leveren aan de zorggroep en het risico op uitsluiting van aanbieders als de zorggroep over aanmerkelijke marktmacht (AMM) beschikt.

Rolverdeling NMa/NZa bij zorggroepen

5. De NMa en de NZa hebben beide taken in het markttoezicht op zorggroepen.
 - De NMa ziet toe op de naleving van het kartelverbod. Kartelafspraken zijn afspraken tussen aanbieders die de mededinging beperken, zoals bijvoorbeeld marktverdelings- of prijsafspraken. De NMa kan daarnaast optreden als een zorggroep met een economische machtspositie daarvan misbruik maakt. Hierbij is sprake van *ex post* toezicht. De NMa treedt sanctionerend op.
 - De NZa treedt als eerste op bij AMM, ofwel wanneer een machtspositie van een zorggroep in potentie de publieke belangen kan schaden door uitbuiting of uitsluiting. We spreken dan van *ex ante* toezicht. De NZa treedt regulerend op.

- Voorts ziet de NMa *ex ante* toe op de vorming van (grotere) concentraties (indien deze een zodanige omvang hebben dat de meldingsdrempels worden overschreden).
6. Voor die gevallen waar samenloop met betrekking tot aanmerkelijke marktmacht en misbruik van een economische machtspositie aan de orde is, voorziet artikel 18 Wmg in een voorrangregeling. De toepassing van deze voorrangregeling is nader uitgewerkt in het Samenwerkingsprotocol tussen de NMa en de NZa.³ Hoofddlijn is dat bij samenloop van de betreffende bevoegdheden de beide autoriteiten bevorderen dat belanghebbenden zich in eerste instantie wenden tot de NZa. Hiervan kan worden afgeweken indien de NMa en de NZa gezamenlijk vaststellen dat een zaak op basis van effectiviteit van het wettelijke instrumentarium, uit efficiëntie of uit andere overwegingen, beter door de NMa of door de NMa en de NZa gezamenlijk kan worden behandeld. De NZa dient zich te richten naar de uitleg van begrippen die de NMa hanteert in het kader van het mededingingsrecht.

Kader

7. Zoals aangegeven willen de NMa en de NZa met deze Richtsnoeren partijen een kader meegeven voor het beantwoorden van vragen over de toepassing van de mededingingsregels van de Mw en de Wmg op zorggroepen. Hiermee geven de NMa en de NZa tevens nadere invulling aan een verzoek van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) in de brief Ruimte en Rekenschap om bij samenwerking in zorggroepen zo concreet mogelijk aan te geven wat wel en niet is toegestaan.⁴ Dit laat onverlet dat partijen zelf verantwoordelijk zijn om zich aan de Mw en de Wmg te houden, en om zelf te toetsen of de manier waarop zij samenwerken, past binnen het kader van de Mw en de Wmg.
8. De ingezette koers van het ministerie van VWS om de zorg voor de hierboven genoemde chronische aandoeningen op een integrale manier te organiseren en functioneel te bekostigen is eenduidig. Het is daarnaast een feit dat de wet- en regelgeving zorggroepen voldoende ruimte biedt om met elkaar te concurreren.⁵ Ook de aanbieders bij wie de zorggroep zorg kan inkopen kunnen vrij met elkaar concurreren.
9. Het is goed om op voorhand te benadrukken dat onderstaande Richtsnoeren niet alle vragen van partijen kunnen beantwoorden. Zo kan niet elke manier waarop een zorggroep kan worden georganiseerd of elke wijze waarop aanbieders met elkaar samenwerken voor elke specifieke zorggroep worden behandeld. De markten zijn nu eenmaal volop in ontwikkeling en er ontstaan steeds nieuwe initiatieven om het aanbod van ketenzorg te organiseren. Het is dan ook niet de bedoeling om een vastomlijnde organisatievorm te presenteren waaraan elke zorggroep zich idealiter zou moeten houden of spiegelen.

³ Zie artikel 4 van het Samenwerkingsprotocol tussen de NMa en de NZa.

⁴ Brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 9 juli 2009 over ruimte en rekenschap voor zorg en ondersteuning (Kamerstukken II 2009-2010, 32 012, nr. 1)

⁵ Zie NZa Visie 'Functionele bekostiging van vier niet-complexe chronische zorgvormen' van april 2009, en NZa Uitvoeringstoets 'Mededingingsanalyse Zorggroepen' van juli 2010.

Leeswijzer Richtsnoeren

10. De Richtsnoeren zijn als volgt opgebouwd. In hoofdstuk 2 wordt kort stil gestaan bij de twee hoofdvormen die met betrekking tot zorggroepen zijn ontstaan. Aan de hand van de beschrijving van de hoofdvormen kunnen partijen zelf beoordelen hoe zij hun relatie tot de zorggroep moeten zien.
11. Hoofdstuk 3 geeft een korte toelichting op de afbakening van de markt. Partijen kunnen aan de hand van vuistregels die in dat hoofdstuk worden gegeven hun positie op de markt bepalen en zelf beoordelen of zij bijvoorbeeld over een AMM-positie beschikken.
12. Hoofdstuk 4 behandelt het kartelverbod van artikel 6 van de Mededingingswet. De NMa ziet toe op de naleving van deze bepaling. In dat hoofdstuk wordt beschreven wat wel en niet is toegestaan ten aanzien van samenwerking tussen aanbieders onderling, aanbieders en zorggroepen en tussen zorggroepen onderling. Aan de hand van concrete voorbeelden wordt de toepassing van dit onderdeel van de Mw uitgelegd.
13. Hoofdstuk 5 gaat nader in op de mogelijke mededingingsrechtelijke problemen als zorggroepen over sterke marktposities beschikken. In dit hoofdstuk kunnen partijen informatie vinden over hoe de NZa bepaalt of er sprake is van een AMM-positie en hoe partijen zich moeten gedragen als zij over een AMM-positie beschikken.

2. Organisatie van zorggroepen

14. In dit hoofdstuk worden twee hoofdvormen van zorggroepen beschreven. De NMa en NZa realiseren zich dat er in de sector mogelijk andere definities leven of dat zorgaanbieders een andere beleving hebben bij de gehanteerde terminologie. Voor de mededingingsrechtelijke beoordeling is het echter van belang een eenduidige terminologie te hanteren, waarbij het onderscheid in twee hoofdvormen van belang is om deze mededingingsrechtelijk te duiden.
15. 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. Een zelfde beoordeling is echter van toepassing op derden die een coördinerende rol op zich nemen op het gebied van de behandeling van een of meer chronische ziekten en dus als zorggroep gedefinieerd kunnen worden. De rechtsvormen waarvoor zorggroepen kiezen zijn in de praktijk stichtingen, coöperaties en besloten vennootschappen, maar ook maatschappen komen voor.
16. Een zorggroep sluit contracten met zorgverzekeraars om ten aanzien van een of meer chronische aandoeningen het leveren van zorg te coördineren en uit te voeren en heeft hierbij als doel de operationele kwaliteit van zorg te verbeteren.⁶ De zorggroep maakt met zorgverzekeraars afspraken over de uitvoering van bijvoorbeeld een diabetesprogramma. Deze afspraken kunnen betrekking hebben op de inhoud (aan de hand van zorgstandaarden) en prijs van het programma. Over de prijs voor de verschillende zorgproducten kunnen de zorggroep en zorgverzekeraars vrij onderhandelen.⁷ De zorggroep is ten opzichte van de zorgverzekeraar verantwoordelijk voor het bewaken van de kwaliteit van de zorgverlening.⁸ De zorggroep bepaalt al dan niet in samenspraak met de zorgverzekeraar ook de verdeling van de verschillende taken/diensten die binnen het programma geleverd moeten worden door de verschillende zorgaanbieders (bijvoorbeeld hoeveel uur diëtetiek, hoeveel uur fysiotherapie).
17. In de praktijk zien we grofweg twee hoofdvormen van zorggroepen, plus een mengvorm:
- Hoofdvorm I. De zorgaanbieders blijven zelfstandige ondernemers, los van de zorggroep.⁹ De zorggroep is een juridische entiteit die zelfstandig opereert. De zorggroep vormt de schakel tussen de zorgverzekeraar aan wie hij zorg verkoopt en de individuele aanbieders bij wie hij

⁶ Zie ook visiedocument NZa, functionele bekostiging vier niet-complexe chronische zorgvormen (2009).

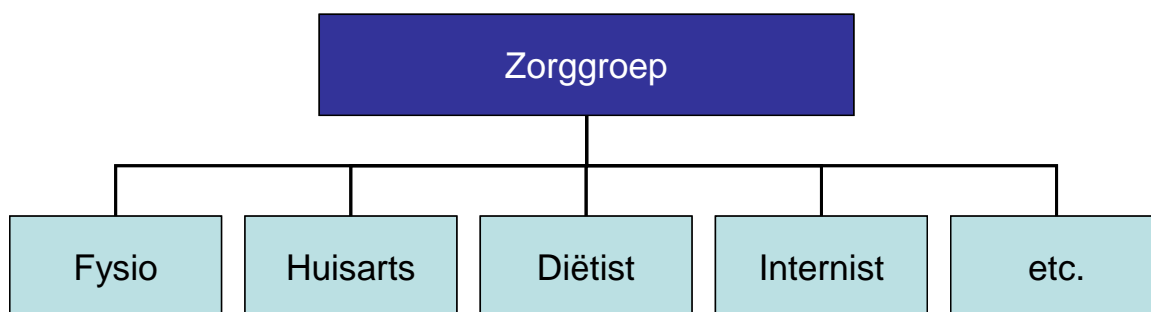
⁷ Door de inkoop van zorg voor zijn rekening te nemen neemt de zorggroep indien hij een vast bedrag van de verzekeraar krijgt voor een patiënt ook een deel van het financiële risico over van de zorgverzekeraar. De zorggroep kan dit op zijn beurt weer bij de aanbieders waarbij hij zorg inkoop neerleggen door deze bijvoorbeeld ook een vast bedrag per patiënt te geven.

⁸ Ook de zorgverzekeraar heeft op basis van de zorgplicht een verantwoordelijkheid met betrekking tot de borging van kwaliteit.

⁹ Met 'zelfstandige ondernemers' worden zowel individuele beroepsbeoefenaren als combinaties van die beroepsbeoefenaren die met elkaar een onderneming vormen bedoeld. Waar het om gaat is dat de zorggroep en de 'onderaannemers' van elkaar te onderscheiden zelfstandige ondernemingen zijn. Het bestuur van een zorggroep kan bestaan uit zelfstandige zorgaanbieders die ook zorg leveren aan de zorggroep. Er is dan wel sprake van dubbele petten, aangezien de individuele aanbieder als bestuurder van de zorggroep meewerkt aan het inkopen van zorg bij zichzelf en dus invloed heeft op de prijs die hij als individuele aanbieder van de zorggroep krijgt.

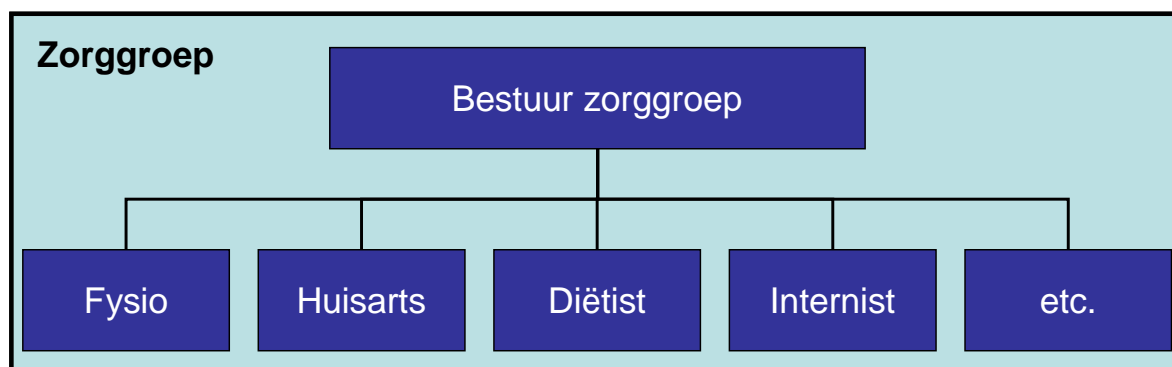
zorg inkoop. De zorggroep is hoofdcontractant en de aanbieders die zorg leveren zijn 'onderaannemers'. Over de hoogte van de door de betrokken zorgaanbieders in rekening te brengen prijzen kan vrij onderhandeld worden. De onderaannemers maken dus geen deel uit van de zorggroep, maar leveren als zelfstandige ondernemers zorg krachtens een daartoe met de zorggroep gesloten overeenkomst. In deze structuur opereren zowel de zorggroep als de zorgaanbieders als zelfstandige ondernemingen en dus als meerdere aparte entiteiten.¹⁰ Figuur 1 geeft deze organisatievorm weer.

Figuur 1. Hoofdvorm I: de zorgaanbieders blijven zelfstandig



- Hoofdvorm II. Zorgaanbieders zijn onderdeel van de zorggroep. Er is sprake van verschillende mogelijkheden. A) De zorgaanbieders brengen als zij al actief waren hun onderneming geheel of gedeeltelijk in de zorggroep in en houden op zelfstandig ondernemer te zijn voor het deel van de activiteiten dat zij aan de zorggroep hebben overgedragen. B) De zorggroep neemt zorgaanbieders in loondienst om de zorg te leveren. Figuur 2 geeft deze organisatievorm weer.

Figuur 2. Hoofdvorm II: zorgaanbieders als onderdeel van de zorggroep



- Mengvorm. Daarnaast kan er sprake zijn van een mengvorm, waarbij een zorggroep als onder II, die dus zorg aanbiedt door middel van zorgaanbieders die bij haar in dienst zijn¹¹, daarnaast zorg inkoop bij zelfstandige zorgaanbieders (bijvoorbeeld individuele vrijgevestigde aanbieders, zorginstellingen of huisartsenlaboratoria).

¹⁰ Ook wanneer de zorggroep de vorm van een coöperatieve vereniging heeft is doorgaans van deze situatie sprake. De coöperatie vormt immers doorgaans niet één economische eenheid met haar leden. De NMa-NZa hebben uit de markt vernomen dat de individuele aanbieders bij wie zorg wordt ingekocht, dit mogelijk anders ervaren omdat zij lid zijn van een zorggroep of, bijvoorbeeld, omdat zij de oprichting hiervan mede hebben gefinancierd. Voor de NMa is bij deze hoofdvorm echter sprake van meerdere aparte entiteiten.

¹¹ Zorggroepen die volgens de mengvorm zijn georganiseerd, hebben over het algemeen medewerkers in dienst die ondersteunende taken verrichten, zoals POH'ers en gespecialiseerde verpleegkundigen.

18. Zorggroepen kunnen naast de reeds genoemde taken verschillende andere taken op zich nemen. Zij kunnen bijvoorbeeld de informatievoorziening aan de patiënt verzorgen, er voor zorgen dat de bij de groep betrokken of gecontracteerde zorgaanbieders regelmatig bijgeschoold worden, dat er gegevens verzameld worden over het zorgproces en de registratie van de kwaliteit van de geleverde zorg en de terugkoppeling van deze informatie aan de zorgaanbieders voor hun rekening nemen. De zorggroep ondersteunt daarmee de zorgaanbieders bij het leveren van goede zorg aan patiënten.
19. De bestaande zorggroepen zijn veelal opgezet door huisartsen. In veel regio's zijn huisartsen daarom bestuurder en/of (mede-)eigenaar van de zorggroep.¹² Maar er zijn ook gevallen waarin ziekenhuizen en huisartsenlaboratoria samen met huisartsen, of samen met fysiotherapeuten een zorggroep hebben opgezet. Zowel eerstelijns als tweedelijns aanbieders kunnen een zorggroep opzetten, maar ook andere partijen kunnen hiertoe het initiatief nemen. In de toekomst zouden daarom bijvoorbeeld ook apothekers, zorgverzekeraars of zelfs patiëntenorganisaties het initiatief kunnen nemen om een zorggroep op te richten.

Mogelijke relevantie concentratietoezicht Mw

20. Bij de vorming van een zorggroep zoals hierboven beschreven onder II en III kan sprake zijn van een concentratie in de zin van de Mw. Er kan immers sprake zijn van een fusie, of van de verkrijging van zeggenschap door een zorggroep over de ondernemingen van voorheen zelfstandige zorgaanbieders (art. 27 Mw). Ook kan sprake zijn van het tot stand brengen van een gemeenschappelijke onderneming. Indien de omzetten van de betrokken ondernemingen de meldingsdrempels overschrijden zal de concentratie voorafgaand aan de totstandbrenging bij de NMa moeten worden gemeld.
21. Om te bepalen of sprake is van een concentratie in de zin van de Mededingingswet moet worden gekeken naar wijzigingen van de zeggenschap in de betrokken ondernemingen. Het gaat hier dan niet om de zeggenschap bij uitoefening van het dagelijks bestuur van een onderneming, maar om zeggenschap bij belangrijke beslissingen zoals het benoemen en ontslaan van bestuurders, het vaststellen of goedkeuren van het bedrijfsplan en het budget en belangrijke investeringen.¹³
22. Voor de zorgsector heeft de Minister van Economische Zaken besloten om met ingang van 1 januari 2008 de drempelwaarden die voor ondernemingen gelden om een concentratie te melden voor een periode van vijf jaar te verlagen.¹⁴ Dit houdt in dat een concentratie in de zorgsector bij de NMa gemeld moet worden als de ondernemingen gezamenlijk in het kalenderjaar voorafgaand aan de concentratie in totaal meer dan EUR 55.000.000 wereldwijd omzetten, minstens twee van hen binnen Nederland elk een jaaromzet van minimaal

¹² Huisartsen hebben deze rol opgepakt omdat zij in de praktijk nu veelal regievoerder zijn van de chronische zorg en daarnaast ook uitvoerder van (delen van) de zorg.

¹³ Zie ook de Geconsolideerde mededeling van de Commissie over bevoegdheidskwesties op grond van Verordening (EG) nr. 139/2004 betreffende de controle op concentraties van ondernemingen, Pb. C95 van 16 april 2008, p. 7, rnr. 16.

¹⁴ Besluit van 6 december 2007, houdende tijdelijke verruiming van het toepassingsbereik van het concentratietoezicht op ondernemingen die zorg verlenen, Staatsblad 2007, 518. De reden voor de verlaging van de drempelwaarden voor de zorgsector is dat voordien concentraties in de zorg die wellicht op een regionale of lokale markt de mededinging op significante wijze zouden kunnen belemmeren als gevolg van relatief lage omzetten niet onder het concentratietoezicht vielen.

EUR 10.000.000 realiseren en ten minste twee van hen elk een jaaromzet van minimaal EUR 5.500.000 met het verlenen van zorg behalen. De eerste twee omzeldrempels maken geen onderscheid naar omzet die gegenereerd wordt binnen en buiten de zorg. Ook omzet die gegenereerd wordt buiten de zorg moet worden meegerekend.

23. De NMa toetst of de concentratie de daadwerkelijke mededinging op (een deel van) de Nederlandse markt op significante wijze zou belemmeren, met name door het tot stand brengen of het versterken van een economische machtspositie. De NZa kan een zienswijze afgeven aan de NMa in concentratiezaken indien deze de zorgsector betreffen. Voor de factoren die worden onderzocht bij het bepalen of er sprake is van een significante belemmering van de daadwerkelijke mededinging wordt verwezen naar de Richtsnoeren voor de zorgsector. Indien de concentratie de mededinging significant belemmert, kan de NMa de concentratie in het uiterste geval verbieden.¹⁵

¹⁵ Zie ook hoofdstuk 5 van de Richtsnoeren voor de zorgsector waarin wordt toegelicht op welke manier de NMa toeziet op concentraties en deze toetst, te vinden op www.nmanet.nl.

3. Afbakening relevante markt

3.1 Algemene beschrijving

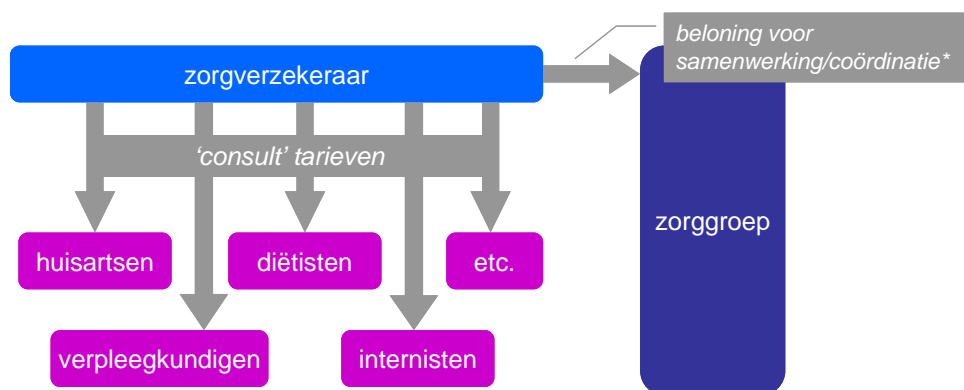
24. De afbakening van de relevante markt is het startpunt voor een mededingingsanalyse. In de kern gaat het er hierbij om vast te stellen welke producten of diensten met elkaar concurreren in welk gebied. Het afbakenen van de markt is van belang om de positie van een onderneming ten opzichte van andere ondernemingen op de markt te bepalen.
25. Hieronder wordt ingegaan op de afbakening van de relevante markt voor zorggroepen. Het betreft een eerste aanzet, met het doel betrokken partijen een indicatie te geven van de relevante markt. De daadwerkelijke marktabbakening kan van geval tot geval verschillen, afhankelijk van de omstandigheden in een specifieke casus. De NMa en de NZa hebben in hun toezichtpraktijk nog geen uitspraak gedaan over de afbakening van de markt waarop zorggroepen actief zijn. Voor het navolgende betekent dit dat, als over de markt of marktaandeel op die markt wordt gesproken, sprake is van een hypothetische relevante markt in mededingingsrechtelijke zin.
26. Zorggroepen bieden per definitie ketenzorg. Ketenzorg kan worden gezien als een gebundelde dienst; een set van diensten die ook los aangeboden kunnen worden. De huisarts, de diëtist, de apotheker, de fysiotherapeut, de verpleegkundige, de medisch specialist, etc. kunnen er immers ook voor kiezen chronisch zieke patiënten te behandelen buiten een keten om en hierover apart afspraken te maken met de zorgverzekeraar. De meerwaarde van de gebundelde dienst kan bestaan uit kwaliteitsvoordelen, lagere transactiekosten en het voorkomen van dubbele bekostiging.
27. Voor zorggroepen geldt dat het zwaartepunt van de door hen geleverde zorg ligt in de eerstelijnszorg, voor patiënten met chronische aandoeningen. Het gaat hierbij in ieder geval om zorg voor patiënten met de volgende aandoeningen¹⁶:
- Diabetes
 - Cardiovasculair risicomanagement (CVR)
 - COPD
 - Hartfalen
 - Artrose
 - Astma
 - CVA
 - Obesitas
28. Het aanbod van ketenzorg wordt voor diabeteszorg, CVR en COPD op dit moment op twee afzonderlijke manieren bekostigd: via keten-dbc's en via 'losse' financiering. Losse bekostiging vindt plaats door middel van consulttarieven¹⁷ aangevuld met een vergoeding voor de

¹⁶ Zie ook NZa Uitvoeringstoets Integrale Bekostiging Ketenzorg, januari 2010.

¹⁷ Afhankelijk van de geleverde prestatie kan het hier om een gereguleerd tarief gaan of een tarief dat tot stand komt op basis van onderhandelingen tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder.

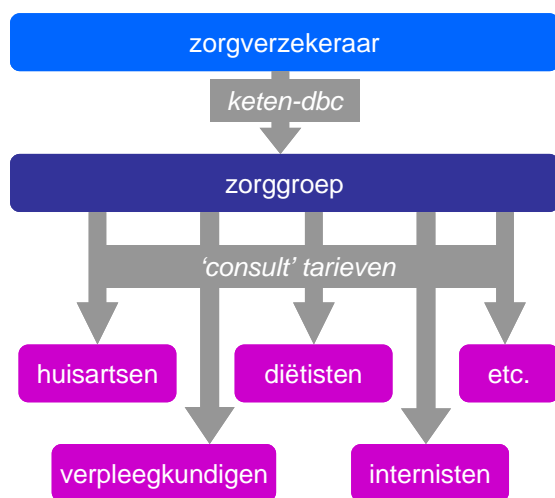
samenwerkings- en coördinatiekosten via de beleidsregels Innovatie, GEZ en de module M&I van de NZa. Voor de overige vormen van ketenzorg zijn op dit moment geen keten-dbc's beschikbaar, maar is wel losse bekostiging mogelijk. In onderstaande figuren zijn de verschillende wijzen van bekostiging schematisch weergegeven.

Figuur 1. 'Losse bekostiging' ketenzorg¹⁸



*) vergoeding voor de samenwerkings/coördinatiekosten via de NZa-beleidsregels Innovatie, GEZ en de module M&I

Figuur 2. DBC-bekostiging ketenzorg



29. Op dit moment staat in beginsel vast dat de vergoeding voor samenwerkings- en coördinatiekosten via de beleidsregel GEZ en de module M&I van de NZa duurt tot minimaal 1 januari 2013. Tot die tijd zullen de ketenbekostiging en de losse bekostiging dus naast elkaar mogelijk blijven, en kan het veld zelf beslissen van welke vorm van bekostiging zij gebruik maakt.

¹⁸ Het betreft hier een illustratie. Het type zorgaanbieder dat gecontracteerd wordt, en de invulling van de onderaannemingscontracten kunnen per zorgvorm verschillen.

