

Vergaderjaar 2011–2012

**29 248**

## **Invoering Diagnose Behandeling Combinaties (DBC's)**

**Nr. 234**

### **BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT**

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 27 juni 2012

In verschillende Algemeen Overleggen, waaronder het Algemeen Overleg Kwaliteitszorg (20 april 2011) (Kamerstuk 31 765, nr. 46) en het Algemeen Overleg Huisartsenzorg (29 februari 2012) (kamerstuk 29 247, nr. 173), met de Vaste Commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport heb ik toegezegd uw Kamer per brief nader te informeren over enkele mededingingsthema's die in de aandacht hebben gestaan: de toepasselijkheid van de Mededingingswet (Mw) op de zorgsector en wat vanuit mededingingsoptiek de aandachtspunten zijn in de specialisatie- en samenwerkingsgesprekken die overal in het land worden gevoerd. Ook wil ik de angst voor de Nederlandse Mededingingsautoriteit (NMa), die kennelijk bij sommige zorgaanbieders leeft, wegnemen door aan te geven wat vanuit het belang van de patiënt nu wel of juist niet mag op het punt van samenwerking. Ook ga ik nader in op de door sommigen ervaren ongelijkheid in het onderhandelingsproces tussen zorgverzekeraar en aanbieder. Met deze brief voldoe ik aan die toezeggingen.

Deze brief bevat tevens het resultaat van het overleg dat ik met de NMa voerde, zoals aangekondigd in het Bestuurlijk hoofdlijnenakkoord 2012–2015 over een beheerste kostenontwikkeling van de ziekenhuiszorg. Ook bevat deze brief de reactie op de motie van de heer Zijlstra c.s. (Kamerstuk, 32 123 XVI, nr. 47) over de rolverdeling tussen de politiek, de NMa en de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa). De tekst van deze brief heb ik vanuit een beleidsmatige invalshoek opgeschreven. Voor de mededingingstechnische invalshoek zal ik waar nodig verwijzen naar publicaties van de NMa.

## **1. Mededingingswet van toepassing met aandacht voor specifieke karakter van zorg**

Ik ben van mening dat zorgaanbieders en zorgverzekeraars de patiënt en de verzekerde centraal moeten stellen, dat betekent dat patiënten de mogelijkheid hebben een andere aanbieder te kiezen en dat verzekerden jaarlijks van polis kunnen veranderen. Dit mechanisme uit de Zorgverzekeringswet wordt beschermd door de mededingingsregels. De mededingingsregels vind ik van belang voor de zorgsector. Ik vind het daarom ook van belang dat de mededingingsregels door partijen in de zorgsector worden nageleefd en door de NMa en NZa op de zorg toegesneden worden toegepast.

Het toezicht op de naleving van de wet- en regelgeving vindt in individuele gevallen plaats door de toezichthouders, die hierin onafhankelijk opereren. In het kader van deze brief zijn de toezichthouders de NMa en de NZa. De NZa houdt op basis van de Wet Marktordening Gezondheidszorg (WMG) ex ante toezicht (preventief) op de publieke belangen. De NZa kan in dat kader bijvoorbeeld optreden wanneer een machtspositie deze belangen kan schaden.

De NMa houdt toezicht op de mededinging op basis van de Mededingingswet en de Europese mededingingsregels die rechtstreekse werking hebben in de lidstaten, waarmee de keuzevrijheid van patiënten en verzekerden wordt gewaarborgd. Vanuit dat oogpunt houdt zij (preventief) ex ante toezicht op de gevolgen voor de mededinging door de vorming van concentraties (fusietoezicht) en ziet daarnaast ex post toe op de naleving van het kartelverbod en misbruik van een economische machtspositie.

Het is mijn verantwoordelijkheid om nadere regels te stellen als dat nodig is. Zoals u weet, maak ik mij net als uw Kamer zorgen over de verdergaande schaalvergroting in de zorg. Op dit moment is het nog niet mogelijk een fusie te verbieden dan wel voorwaarden aan de fusie te verbinden, anders dan uit hoofde van de Mededingingswet. Ik acht het daarom nodig om de fusietoetsing in de zorg verder aan te scherpen. Daartoe is een wettelijke grondslag vereist. Recentelijk heb ik een wetsvoorstel met die strekking aan uw Kamer toegezonden. Met dat wetsvoorstel zal de NZa een goedkeuringsbevoegdheid krijgen en dus fusies kunnen tegenhouden dan wel voorwaarden aan fusies kunnen verbinden indien uit de met het wetsvoorstel verplichte concentratie-effectrapportage blijkt dat stakeholders niet voldoende zijn betrokken of de bereikbaarheid van zorg daar aanleiding toe geeft. De zorgautoriteit zal op basis van dit wetsvoorstel een procedurele toets doen naar de betrokkenheid van stakeholders (o.a. cliënten en medewerkers). Het zorgvuldig betrekken van stakeholders komt de kwaliteit van de zorg, ook na de concentratie, ten goede. Met de concentratie-effectrapportage worden partijen met een concentratie voornemen gedwongen dit voornemen zorgvuldig te doordenken en tijdig relevante stakeholders (tenminste cliënten en medewerkers) te betrekken. In het geval de NZa de fusie, al dan niet onder voorwaarden goedkeurt en de fusie aan de omzetrempels voldoet, dan dienen partijen hun fusievoornemen te melden bij de NMa voor een mededingingsrechtelijke toets.

Uw Kamer heeft mij eerder bij motie van de leden Van der Veen en Gerbrands laten weten te hechten aan een zorgspecifieke fusietoets voor zorgverzekeraars (kamerstuk 32 620, nr. 24 en mijn reactie nr. 31). In overleg met de Minister van Economische Zaken, Landbouw & Innovatie heb ik besloten de verlenging van de huidige beleidsregel ex Mededingingswet voor concentraties tussen zorgaanbieders per 2013 uit te

breiden met concentraties tussen zorgverzekeraars en inhoudelijk aan te passen. De aanpassing zal er toe strekken dat de NMa in haar besluiten zal moeten toelichten waarom de beoordeling op een bepaald behandelings- en/of geografisch niveau plaatsvindt en waarom niet wordt gekozen voor een andere afbakening, bijvoorbeeld enger of ruimer. In het verlengde daarvan zal uitdrukkelijke aandacht moeten worden besteed aan de wijze waarop regionale concentratie op de polismarkt, alsook de rol van kleinere zorgverzekeraars van invloed zijn geweest op het oordeel van de NMa.

## **2. De zorg is en blijft beschikbaar ook in krimpgebieden**

Een goede toegang tot zorg vind ik belangrijk. De eerstelijnszorg neemt daarin een belangrijke positie in, maar ook ziekenhuizen nemen hierbij een noodzakelijke positie in. Hun positie betekent echter nog niet dat deze aanbieders belast zijn of kunnen worden belast met een dienst van algemeen economisch belang. Diensten van algemeen economisch belang zijn diensten die zonder overheidsingrijpen niet tot stand komen, bijvoorbeeld omdat ze niet rendabel zijn.

De eerst verantwoordelijke voor voldoende zorgaanbod in een bepaalde regio is de zorgverzekeraar op grond van de zorgplicht voor zijn verzekerden. Zorgverzekeraars hebben ook in regio's met krimp en vergrijzing een zorgplicht. De zorgverzekeraar zal zich bij inkoop in het algemeen en in krimpregio's in het bijzonder ervan moeten verzekeren of een (al dan niet gecombineerd) aanbod van de zorgaanbieders de beste oplossing is met het oog op zijn zorgplicht. De finale uitkomsten van de onderhandelingen tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders zullen bepaald worden door de specifieke behoefte van de krimpende of vergrijzende regio.

In uitzonderlijke gevallen kan het aanwijzen van een dienst van algemeen (economisch) belang wel aan de orde zijn. Met ingang van 2012 is met de Wet aanvulling instrumenten bekostiging WMG (AIBWMG; Stb. 2012, 596) een wettelijke grondslag geïntroduceerd voor het instrument beschikbaarheidsbijdrage (artikel 56a WMG). Deze bijdrage maakt bekostiging van zorgaanbieders mogelijk voor activiteiten en voorzieningen ten behoeve van de beschikbaarheid van vormen van zorg, waarvan de kosten voor de afzonderlijke prestaties in redelijkheid niet of niet geheel zijn toe te rekenen aan en in rekening te brengen zijn bij individuele zorgverzekeraars of verzekerden, of waarbij een toerekening van de kosten naar tarieven marktverstorend zou werken, en die niet op andere wijze worden bekostigd. Om de beschikbaarheidsbijdrage mogelijk te maken, zal ik de NZa een aanwijzing geven, opdat zij beleidsregels en regels ten behoeve van vormen van zorg die voor een beschikbaarheidsbijdrage in aanmerking komen kan vaststellen.

## **3. De patiënt centraal vereist samenwerking tussen zorgaanbieders**

Het is een misverstand te veronderstellen dat samenwerking tussen zorgaanbieders die de patiënt een centrale rol geeft per definitie in strijd is met de mededingingsregels. Integendeel zelfs, er kan vaak meer dan men denkt. De mededingingsregels stellen wél paal en perk aan het samen maken van prijsafspraken tussen aanbieders en het samen verdelen van patiënten, waardoor de individuele patiënt hier zelf geen keuze meer in kan maken. Ook het buitensluiten van nieuwe toetreders is verboden.

### *Patiëntenoverdracht is goed mogelijk*

Zorgaanbieders moeten met elkaar samenwerken, bijvoorbeeld om een goede overdracht van een patiënt tussen verschillende zorgverleners mogelijk te maken of om behandelprotocollen af te spreken. Hetzelfde geldt voor het samen bespreken van de zorgvraag van een patiënt of het deelnemen aan een inhoudelijk klankbordgroep. De mededingingsregels staan deze afspraken toe.

### *Voorzieningen voor noodzakelijke zorg zijn goed mogelijk*

Ook voor de kwaliteitsborging in bijvoorbeeld de acute zorg en bij intensive care (IC)-afdelingen is het noodzakelijk dat zorgaanbieders met elkaar samenwerken in het belang van de patiënt. Zo zullen ambulanceposten van alle ziekenhuizen binnen een tijdszone van 45 minuten moeten weten welke behandeling waar wordt verricht. Zo wordt gewaarborgd dat bij een acute opname de ambulance kan beslissen waar de patiënt medisch gezien het beste kan worden ondergebracht. Ook zullen ziekenhuizen gelet op hun IC-niveau afspraken moeten maken met andere ziekenhuizen om te borgen dat, op het moment dat een patiënt zwaardere zorg nodig heeft dan het eigen IC-niveau kan bieden, snel overplaatsing kan plaatsvinden naar een ziekenhuis met een hoger IC-niveau. Ook kunnen afspraken tussen zelfstandige zorgaanbieders over waarneming bij bijvoorbeeld ziekte, vakantie en bijscholing worden gemaakt, zonder dat de mededingingsregels dit beperken.

### *Ketenzorg en zorggroepen zijn goed mogelijk*

Samenwerking tussen zorgaanbieders die in ketenverband verschillende soorten zorg aanbieden (niet-concurrerende aanbieders) is vanuit mededingingsoptiek goed mogelijk. Zo bevatten de mededingingsregels geen belemmering om als zorggroep actief te zijn. Een zorggroep kan bijvoorbeeld binnen één regio een contract sluiten met grotere aantallen huisartsen, fysiotherapeuten en diëtisten om voor die zorggroep zorg te leveren, waarbij iedere zorgverlener zelfstandig zeggenschap houdt over zijn eigen praktijkvoering. De zorggroep, die bijvoorbeeld wordt bestuurd door enkele huisartsen, fysiotherapeuten en diëtisten, mag in een dergelijke situatie met een zorgverzekeraar onderhandelen over de inhoud van de keten, het netwerk van zorg in de eerstelijns, de wijze van dossiervorming, integrale patiënt/cliëntondersteuning en de prijs van het te leveren product. Op een vergadering van een dergelijke zorggroep met alle betrokken zorgaanbieders mogen afspraken gemaakt worden over de minimale kwaliteitscriteria, de logistiek en de manier waarop er met patiënten afspraken worden gemaakt over behandelplannen en zelfmanagement.

De prijzen waarvoor de zorgaanbieders zorg leveren aan de zorggroep worden echter afgesproken in individuele gesprekken tussen het bestuur van de zorggroep en de zorgaanbieders. De zorgaanbieders mogen deze prijzen niet onderling met elkaar afstemmen.

De mededingingsregels bevatten geen belemmeringen om (eerstelijns) zorg te leveren vanuit een gezondheidscentrum. Gedacht kan worden aan een gezondheidscentrum dat ketenzorg levert voor chronische aandoeningen, dan wel een netwerk van zorg in de buurt. In dit gezondheidscentrum werken bijvoorbeeld meerdere huisartsen, fysiotherapeuten, praktijkondersteuners en diëtisten, die allen in loondienst zijn van dit centrum. Het gezondheidscentrum mag binnen de mededingingsregels onderhandelen met een zorgverzekeraar over de inhoud van de zorg en ook over de totale prijs voor dat product. Hierover kan binnen het netwerk

met elkaar worden gesproken, omdat het gezondheidscentrum één onderneming vormt en de verschillende professionals in loondienst zijn.

Zorggroepen en zorgaanbieders hebben zelf de autonomie om te bepalen hoe zij de zorg willen organiseren. De Richtsnoeren voor Zorggroepen van 2010 van de NMa en NZa gaat uitvoerig in op de voorwaarden waaronder zorgaanbieders in ketenverband kunnen samenwerken.

#### *Solopraktijken vallen onder de bagatelvrijstelling*

Voor kleinere zorgaanbieders, zoals solopraktijken, is het toepassen van de open normen van de mededingingsregels soms complex. Voor hen is de bagatelvrijstelling in de Mw en de handreiking goed contracteren in de eerstelijnszorg van de NZa van belang.

De bagatelvrijstelling is opgenomen in de Mededingingswet (artikel 7) en geeft zelfstandige professionals en solopraktijken binnen de grenzen van deze bagatel de ruimte om samen te werken zonder dat zij de verbodsnormen van de mededingingsregels (zoals gebiedsverdelings- en prijsafspraken) overtreden. De vrijstelling van de mededingingsregels geldt voor overeenkomsten en samenwerkingsafspraken waarbij niet meer dan acht ondernemingen zijn betrokken en hun gezamenlijke omzet niet hoger is dan 1 100 000 euro. Deze grenzen gelden voor ondernemingen die voornamelijk diensten leveren. Wordt één van deze grenzen overschreden, dan geldt dat de vrijstelling nog steeds van toepassing is, indien het gezamenlijke marktaandeel van de bij de afspraak betrokken ondernemingen niet groter is dan 10% en de afspraak de handel tussen lidstaten niet op merkbare wijze ongunstig kan beïnvloeden.

De NZa stelt eisen aan de contractering van individuele zorgaanbieders door zorgverzekeraars. In de NZa handreiking goed contracteren in de eerstelijnszorg wordt onderkend dat zelfstandige professionals en kleine solopraktijken tijdig door de zorgverzekeraars moeten worden geïnformeerd over beleidswijzigingen die doorwerken naar de inkoop en selectie van zorgaanbieders. Bovendien is het van belang dat een zorgverzekeraar tijdens de contractering voldoende tijd geeft aan een solopraktijk om te kunnen reageren. De NZa besteedt hier aandacht aan bij het toezicht op de zorgverzekeraars.

#### **4. Kwartetten tussen aanbieders is verboden**

Met kwartetten tussen aanbieders wordt vaak gedoeld op de specialisatie die plaatsvindt in de zorgsector. Specialisatie is echter niet in strijd met de mededingingsregels. Elke aanbieder van zorg kan zelfstandig, dan wel na overleg met een zorgverzekeraar beslissen welk aanbod van zorg wordt gedaan. Een zorgaanbieder kan dus besluiten zich op bepaalde onderdelen van zorg of verrichtingen te specialiseren, omdat aan de betreffende zorg grote behoefte bestaat (of zal ontstaan) of omdat hij hierin excelleert. Een zorgaanbieder mag ook zelfstandig beslissen om bepaalde vormen van zorg niet langer uit te voeren, omdat bijvoorbeeld niet aan de minimum kwaliteitseisen kan worden voldaan. De beslisboom van de NMa over specialisatieafspraken voor aanbieders van medisch specialistische zorg licht dit nader toe, zie hiervoor de toelichting op de beslisboom van de NMa. Hierover heeft de NMa, samen met de NZa en de Nederlandse Vereniging voor Ziekenhuizen (NVZ), reeds begin 2011 een congres georganiseerd voor de ziekenhuizen, alwaar een nadere toelichting is gegeven en aan de hand van praktijkvoorbeelden met de sector is gediscussieerd.

Wat wel is verboden – voor zowel zorgverzekeraars als zorgaanbieders – is het samen maken van prijsafspraken die er toe leiden dat de zorg kunstmatig duurder wordt met als gevolg dat de verzekerde/cliënt meer premie of eigen bijdrage moet betalen. Het is ook niet toegestaan dat zorgaanbieders onderling afspreken wie welke behandeling gaat leveren en wie met een behandeling stopt (het kwartetten) – het is de zorgverzekeraar die op basis van zijn zorgplicht een compleet aanbod van zorg moet organiseren voor zijn verzekerden. Indien zorgaanbieders onderling afspreken wie wat doet, bestaat voorts het risico dat er op lokaal of regionaal niveau monopolies ontstaan: voor bepaalde aandoeningen is er dan nog maar één aanbieder beschikbaar. Omdat een dergelijke aanbieder verzekerd is van een vaste patiëntenstroom, heeft de aanbieder weinig prikkels voor doelmatigheid, kwaliteitsverbetering en innovatie. Daarom valt niet uit te sluiten dat op langere termijn de prijzen van deze aanbieder voor de zorgverzekeraar en verzekerden omhoog gaan, en/of kwaliteit van zorg en innovatie verminderen. Dit is niet in het voordeel van de verzekerde/cliënt. Een ander bijzonder schadelijke overtreding betreft het gezamenlijk weren van nieuwe toetreders. Nieuwe toetreders dragen immers bij aan innovatie en maken dat zittende partijen extra hun best moeten doen.

## **5. In de rol van inkoper kun je samenwerken**

Zoals het ziekenhuis medische apparatuur inkoopt bij een leverancier, zo koopt de zorgverzekeraar in bij het ziekenhuis. Zoals het ziekenhuis medische behandelingen verkoopt aan de zorgverzekeraar, zo verkoopt een zorgverzekeraar polissen aan burgers. Zowel een ziekenhuis als een zorgverzekeraar opereren dus in verschillende rollen. Soms zijn ze inkoper en soms zijn ze verkoper. Vanuit mededingingsoptiek maakt dat een groot verschil: in de rol van de inkoper is het sneller geoorloofd om met elkaar samen te werken dan in de rol van verkoper.

In de rol van inkoper mag je samenwerken met je directe concurrenten om efficiëntiewinst te behalen en de bedrijfskosten te drukken. Het kan bijvoorbeeld efficiënt zijn om gezamenlijk ondersteunende diensten als medische apparatuur, de catering of de ICT te organiseren. Zolang de gezamenlijk ingekochte goederen of diensten niet een te groot deel van de kosten uitmaken, zijn hier niet snel mededingingsrechtelijke problemen te verwachten. Deze samenwerking strekt er immers niet toe om de concurrentie te beperken, maar om de kosten te verlagen. De concurrentiedruk op de verkoopmarkt zal er vervolgens toe aanzetten het kostenvoordeel aan de afnemer door te geven. In de rol van verkoper mag je evenwel niet met een andere verkoper prijsafspraken maken en daar de inkoper mee confronteren. Een gezamenlijke verkooporganisatie heeft namelijk vooral tot prikkel om een hoger prijsniveau te hanteren en kan die door de gezamenlijkheid ook makkelijker afdwingen.

### *Gezamenlijke inkoop door zorgverzekeraars*

Er is een delicaat evenwicht tussen zorgverzekeraars die samen zorg inkopen (inkoopmarkt) en de concurrentie tussen zorgverzekeraars op de polismarkt (verkoopmarkt). Het is toegestaan dat zorgverzekeraars samen inkopen zolang dit de concurrentie op de polismarkt niet wegneemt. Als vragende partij (inkoper) mag je samen optrekken om de aanbieder te verleiden tot een zo'n scherp mogelijk aanbod op prijs en kwaliteit. Tegelijkertijd is de zorgverzekeraar ook aanbieder van verzekeringspolissen. Het is daarom essentieel dat de samenwerking tussen zorgverzekeraars bij het inkopen van zorg hun onderscheidend vermogen op de verkoopmarkt voor polissen niet wezenlijk aantast. Een scherp toezicht

door de NMa hierop vind ik essentieel. De NMa heeft dit recent geconcretiseerd in de «Informatiekaart samenwerking zorgverzekeraars».

Samenwerking tussen zorgverzekeraars bij de inkoop van zorg kan in bepaalde gevallen noodzakelijk zijn om voordelen te bereiken die door individueel optreden niet kunnen worden bereikt. Een zorgverzekeraar mag samen met één of meer andere zorgverzekeraars een aanbieder van hoogcomplexere zorg selecteren, indien en voor zover dat noodzakelijk is om te kunnen «garanderen» dat een individuele zorgaanbieder voldoende volume krijgt om aan de door de Inspectie Gezondheidszorg (IGZ) gehandhaafde kwaliteitsnorm te kunnen voldoen. Deze ruimte binnen de mededingingsregels zorgt ervoor dat het niet noodzakelijk is dat zorgaanbieders buiten een zorgverzekeraar om afspraken maken over wie welke behandelingen aanbiedt. In alle gevallen is van belang dat zorgverzekeraars

onderling echter *geen* afspraken maken over de prijs waartegen zij deze zorg inkopen. Dit gebeurt in de onderhandelingen tussen een zorgverzekeraar en een zorgaanbieder. Aldus wordt een zorgaanbieder beschermd tegen oneigenlijke prijsafspraken tussen zorgverzekeraars onderling. Zorgverzekeraars mogen elkaar ook niet achteraf informeren over de afgesproken prijzen.

Vanuit het oogpunt van kwaliteit en toegankelijkheid heb ik voor de acute zorg de norm gesteld dat deze bereikbaar moet zijn binnen 45 minuten. Hiermee zullen zorgverzekeraars bij het selecteren en contracteren van Spoedeisende Eerste Hulp (SEH) rekening moeten houden. In grootstedelijke gebieden betekent dit dat zorgverzekeraars veelal uit voldoende zorgaanbieders kunnen kiezen. Tot op heden hebben de meeste zorgverzekeraars hierin niet selectief gecontracteerd. Indien zorgverzekeraars dit in de nabije toekomst wel zouden gaan doen, omdat zij om redenen van kostenbesparing belang hebben bij een zekere rationalisering van het aanbod in die regio's waar niet iedere SEH noodzakelijk is en het openhouden van alle bestaande SEH's onnodig en ondoelmatig is, dan maakt de bijgevoegde informatiekaart van de NMa duidelijk aan welke voorwaarden zorgverzekeraars zich hebben te houden en welke bescherming ziekenhuizen hebben op grond van de mededingingsregels.

De verschillende zorgverzekeraars kunnen dus binnen zekere grenzen samen zorg inkopen voor hun verzekerden. De verkoop van de verzekeringspolissen dienen zij echter apart te blijven doen. De bedoeling is dat daarmee de polissen van elkaar blijven verschillen, zodat de verzekerde een keuze kan maken.

#### *Gezamenlijke inkoop door zorgaanbieders*

Zoals het voor zorgverzekeraars geldt, zo geldt het ook voor zorgaanbieders dat zij gezamenlijk mogen inkopen, zolang deze samenwerking op de inkoopmarkt hun onderscheidend vermogen op de verkoopmarkt richting zorgverzekeraars niet wezenlijk aantast.

Het is dus veelal goed mogelijk voor zorgaanbieders in het algemeen en aanbieders van medisch specialistische zorg in het bijzonder om binnen de mededingingsregels voor enkele behandelingen op het niveau van medische teams of apparatuur te gaan samenwerken, door deze samen in te kopen. Deze vorm van samenwerking is denkbaar indien een potentiële kwaliteitsverbetering vooral gerelateerd is aan het aantal behandelingen dat een specifieke specialist of specifiek team uitvoert en het voor die specialist of het team eenvoudig is om deze zorg ook in een ander ziekenhuis uit te voeren. Een variant hierop is dat een aantal ziekenhuizen

medisch specialisten en/of teams laten rouleren in een vaste samenstelling om zo per specialist of per team aan de minimum volumenormen te voldoen.

De ziekenhuizen mogen samen onderhandelen bij de inkoop van bijvoorbeeld medische hulpmiddelen. Hiermee kunnen zij de kosten van hun behandelingen verlagen. Elk ziekenhuis dient evenwel zelfstandig te bepalen, welke kwaliteit en prijs zij aanbieden aan een inkoopende zorgverzekeraar. De bedoeling hiervan is dat een zorgverzekeraar een keuze kan maken uit de verschillende aanbieders.

Veel vrijgevestigde medische specialisten zijn georganiseerd in een vakinhoudelijke maatschap, welke zich kan uitstrekken over meerdere ziekenhuizen. Daarom is in deze situatie extra aandacht voor de mededingingsregels noodzakelijk. Via de medische staf kunnen de vrijgevestigde medische specialisten namelijk invloed uitoefenen op de keuzes die een raad van bestuur van een ziekenhuis maakt. Ook al heeft de (maatschap van de) medische specialist mede invloed op de keuzes die de raad van bestuur maakt, het is uiteindelijk aan de raad van bestuur van een ziekenhuis om het besluit te nemen om bepaalde vormen van zorg wel of niet te leveren, wel of geen gebruik te maken van roulerende medische teams en/of apparatuur en daarover zelfstandig afspraken te maken met een zorgverzekeraar.

## **6. Tot slot**

De NMa heeft in de afgelopen jaren de mededingingsregels nader toegelicht met de publicatie van verschillende visiedocumenten en richtsnoeren die specifiek zijn gericht op de zorgsector. Ook bevatten de besluiten van de NMa veel voor de sector bruikbare informatie. Tegelijkertijd zie ik dat brancheorganisaties nadere duiding gaan geven aan de betekenis van de mededingingsregels voor haar leden. Voorlopers op dit terrein zijn ActiZ en de NVZ.

De NMa is in uitzonderlijke gevallen bereid om door middel van een mondelinge toelichting of een schriftelijke informele zienswijze partijen vooraf te informeren over de interpretatie van de Mededingingswet voor specifieke gevallen. De NMa kan een schriftelijke zienswijze afgeven indien er sprake is van een nieuwe rechtsvraag met een groot maatschappelijk en/of economisch belang en indien het een vraag betreft die zonder nader feitelijk onderzoek door de NMa, op basis van de door verzoeker aangeleverde informatie, kan worden beantwoord. De NMa zal deze beleidslijn soepel toepassen in zorgkwesties die een brede uitstraling in de sector hebben.

Mijn overtuiging is dat binnen de context van het zorgstelsel de mededingingsregels bijdragen aan de centrale plaats die de patiënt en verzekerde inneemt. Samenvattend betekent dit, dat in het belang van de patiënt veel mogelijk is en dat de mededingingsregels voor alle aanbieders van zorg en verzekeringen gelijk zijn. Zij mogen niet de onderlinge mededinging beperken, bij het aanbieden van zorg of de verkoop van polissen.

Mede namens de minister van Economische Zaken, Landbouw en Innovatie,

De minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,  
E. I. Schippers