

Vergaderjaar 2022–2023

**31 765**

**Kwaliteit van zorg**

**Nr. 790**

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

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 20 juni 2023

Een nieuwe koers is nodig om de kwaliteit, de toegankelijkheid en de betaalbaarheid van de Nederlandse gezondheidszorg niet alleen in stand te houden, maar ook duurzaam te verbeteren voor onze toekomst. Dat geldt voor alle vormen van zorg en ondersteuning in ons land. Daarvoor is het noodzakelijk dat samenwerking tussen zorgaanbieders meer en beter vorm krijgt. Partijen in de zorg delen deze ambitie. Niet alleen dat, in de recent afgesloten akkoorden en programma's heeft het ook een plek gekregen. Aanbieders van zorg en ondersteuning, zorgverzekeraars, patiëntenorganisaties, mijn collega bewindspersonen en ik, en ook de toezichthouders onderschrijven dat sprake is van een nieuw tijdsgewricht waarin samenwerking meer van belang is om de belangen van patiënten en verzekerden optimaal te dienen. De toenemende schaarste aan personeel en het belang van een betere organiseerbaarheid van de zorg vragen om een nieuwe balans tussen samenwerking en mededinging.

Met deze brief geef ik vorm aan deze nieuwe koers. Het accent in deze brief ligt op zorg vergoed vanuit de Zorgverzekeringswet (Zvw) en de Wet langdurige zorg (Wlz), maar is onverminderd van toepassing op andere vormen van zorg en ondersteuning. Gezien de speciale kenmerken van maatschappelijk ondersteuning (Wmo) en de Jeugdwet wordt op een later moment meer specifiek ingegaan op het thema samenwerking en mededinging in die domeinen.

Allereerst is meer duidelijkheid en zekerheid nodig over wat binnen de mededingingsregels al mogelijk is. Partijen in de zorg zijn immers vaak terughoudend bij het vormgeven van samenwerkingen uit vrees de mededingingsregels te overtreden. Die vrees is in veel gevallen onnodig. Daarom heb ik de afgelopen jaren met de Autoriteit Consument en Markt (hierna: ACM), veldpartijen en andere toezichthouders gewerkt aan het bieden van meer duidelijkheid en zekerheid over de ruimte binnen de mededingingsregels. Ook de komende jaren zetten we daarop in.

Tegelijkertijd vraagt dit van veldpartijen dat zij – in het belang van de patiënt en verzekerde – moed tonen en proactief gebruik maken van de ruimte die er is.

Dat neemt niet weg dat er een grens is aan wat zonder meer binnen de mededingingsregels kan. Bij sommige, verdergaande vormen van samenwerking is op voorhand namelijk niet eenduidig hoe de verschillende publieke belangen (kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid) gewogen moeten worden en of de voordelen voor alle belanghebbenden voldoende opwegen tegen de nadelen. Dan kan spanning van deze publieke belangen met het belang van een goede mededinging optreden. De nieuwe uitdagingen waar de zorg voor staat maken echter dat ook in die gevallen samenwerking vaak noodzakelijk is. Dan denk ik bijvoorbeeld aan regionale samenwerking in de acute zorg, expert- en netwerkzorg voor complexe zorgvragen, niet-planbare nachtzorg in de wijkverpleging of aan lokale of regionale verdelingsvraagstukken wanneer de toegankelijkheid door schaarste aan zorgaanbod in het gedrang komt. En daar waar de zorgaanbieders, de inkopende partijen en cliënten/patiënten het er over eens zijn dat een bepaalde vorm van samenwerking nodig is, kan het ook. Als zich knelpunten voordoen zal ik samen met toezichthouders en veldpartijen bewerkstellingen dat de benodigde samenwerking op een goede manier binnen de mededingingsregels tot stand kan komen.

Bij de beweging naar meer samenwerking hoort ook een passende inrichting van het zorgspecifieke markttoezicht. Daarvoor is het van belang dat het markttoezicht beter aansluit op inhoudelijke, beleidsmatige ontwikkelingen in de zorg. In dat kader ben ik niet voornemens dit toezicht over te hevelen van de Nederlandse Zorgautoriteit (hierna: NZa) naar de ACM. Met inhoudelijke aanpassingen van het toezicht werk ik bovendien aan het verminderen van de administratieve lasten voor aanbieders en passende instrumenten voor de NZa om meer gericht bij te kunnen sturen als dat echt nodig is.

Leeswijzer:

- In paragraaf 1 licht ik op hoofdlijnen toe waarom de beweging naar meer samenwerking noodzakelijk is.
- In paragraaf 2 beschrijf ik wat binnen de huidige kaders van de mededingingsregels mogelijk is en welke stappen ik met de ACM en veldpartijen zet ter verduidelijking hiervan.
- In paragraaf 3 geef ik een uitgebreid overzicht van de gerichte acties waarmee ik er met toezichthouders en veldpartijen voor zorg dat samenwerkingen waarbij spanning met de mededingingsregels optreedt op een goede manier tot stand kunnen komen.
- In paragraaf 4 ga ik tot slot in op mijn voorgenomen aanpassingen van het zorgspecifieke markttoezicht.

Met deze brief kom ik tegemoet aan mijn eerdere toezegging om uw Kamer nader te informeren over mijn visie op samenwerking in relatie tot de mededingingsregels.

Tevens ga ik in deze brief in op de toezegging uw Kamer te informeren over de voorgenomen aanpassingen in het markttoezicht van de NZa zoals opgenomen in het inmiddels teruggetrokken wetvoorstel tot wijziging van de Wet marktordening gezondheidszorg (Kamerstuk 34 445)<sup>1</sup> en de daaraan gerelateerde motie van het voormalig lid Pia Dijkstra.<sup>2</sup> Ten slotte geef ik met deze brief invulling aan een motie van het lid Tielen tijdens het tweeminutendebat inzake het besluit vervallen verlaagde

<sup>1</sup> Kamerstuk 36 200 XVI, nr. 191 en Kamerstuk 34 445, nr. 19.

<sup>2</sup> Kamerstuk 33 253, nr. 53.

## 1. Meer samenwerking is noodzakelijk

In alle zorgsectoren en -domeinen zien we de spanning tussen vraag en aanbod toenemen. Dat zorgt ervoor dat de toegankelijkheid van zorg en keuzevrijheid voor patiënten niet altijd meer vanzelfsprekend is. Ook de kwaliteit van zorg staat onder druk. Ondanks dat we de middelen hebben om tot de internationale top te behoren, dreigen we naar de middenmoot te zakken. Daarom zijn verbeteringen van ons zorgstelsel noodzakelijk om de toegang tot goede zorg voor iedereen te blijven borgen. Die verbetering is niet van de ene op de andere dag te realiseren. Daarvoor is de zorg te divers en complex, zijn de belangen te groot, en zijn we te veel van elkaars kennis en kunde afhankelijk. Wat daarom nodig is, is een veelheid aan doelbewuste en gerichte interventies die gezamenlijk optellen tot een nieuwe koers. Het verbeteren van samenwerking in de zorg is daarbij één van de leidende principes.<sup>4</sup>

Samenwerking is dus geen doel op zich, maar een middel om de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van zorg voor iedereen te borgen. Soms betekent meer samenwerking dat er door meerdere zorgverleners gezamenlijk wordt gekeken naar de beste behandeling voor een individuele patiënt. In andere gevallen gaat het juist om efficiëntere samenwerkingsafspraken en -voorzieningen, bijvoorbeeld in de vorm van zorgcoördinatie, zodat het zorgproces efficiënter verloopt en zorgverleners hun eigen rol en taak in de behandeling van een patiënt beter kunnen invullen. Ook is samenwerking in sommige gevallen nodig om gezamenlijk scherpere keuzes te maken over wie welke zorg waar aanbiedt. Niet iedereen kan immers alles op het hoogste niveau doen. Dit alles geldt des te meer in tijden van schaarste. Juist door samen te werken en in onderlinge samenhang weloverwogen keuzes te maken, kan de schaarse capaciteit aan zorgverleners en voorzieningen zo goed mogelijk worden ingezet om toegang tot goede zorg voor iedereen te borgen.

Met het Integraal Zorgakkoord (IZA) (Kamerstuk 31 765, nr. 655), het programma Wonen, Zorg en Ondersteuning voor Ouderen (WOZO) (Kamerstuk 29 389, nr. 111), en het Gezond en Actief Leven Akkoord (GALA) (Kamerstuk 32 793, nr. 653) geven zorgpartijen en ikzelf invulling aan deze ambitie. Op diverse vlakken heb ik met partijen daarin afspraken gemaakt over het bevorderen van samenwerking. Zonder hier uitputtend te willen zijn noem ik een paar voorbeelden van gebieden waarop meer samenwerking, van zowel aanbieders als inkopers, noodzakelijk is:

- In de eerste plaats gaat het om afspraken over het kiezen voor passende zorg rondom en met de patiënt/cliënt. Daarvoor werken partijen samen aan de uitvoering van een werkagenda die inzet op een fundamenteel andere cultuur. De basis daarvan is dat er een transparante cyclus van leren en verbeteren ontstaat waar alle zorgverleners en zorgorganisaties zich aan committeren.
- Daarnaast gaat het om het versterken van de eerstelijnszorg (waaronder huisartsenzorg en wijkverpleging), het sociaal domein, de langdurige zorg, de tweedelijnszorg en de ggz. Mensen hebben te maken met meerdere zorgverleners vanuit de verschillende domeinen. Indien ieder voor zich deze zorgvraag bedient leidt dat tot suboptimale zorg voor mensen en zorgt het voor extra (regel)druk bij zorgverleners. Ook geldt dat aanbieders vaak in meerdere domeinen actief zijn, bijvoor-

<sup>3</sup> Kamerstuk 32 620, nr. 279.

<sup>4</sup> Zie ook de visie en agenda voor de kwaliteit van zorg (Kamerstuk 31 765, nr. 648).

- beeld als het gaat om (tijdelijke) opvanglocaties. Met de acties uit de verschillende akkoorden wordt ingezet op verbeteren van de samenwerking om de zorg meer integraal te kunnen bieden, passende zorg te kunnen leveren, en het werkplezier van zorgverleners te verbeteren.
- Verder is betere samenwerking in de zorgketen nodig. Daarbij gaat het over de beweging naar de juiste zorg op de juiste plek, op het juiste moment en door de juiste professionals. Daaronder vallen de beweging naar het voorkomen van zorg (leefstijlpreventie en een sterke sociale basis), het vervangen van zorg (technologische en sociale innovatie) en het verplaatsen van zorg (dicht bij mensen waar het kan en complexe zorg in effectieve netwerken). Het is van groot belang dat de inkoop van zorg, het toezicht, de bekostiging en faciliteiten zoals gegevensuitwisseling zoveel mogelijk helpen om te komen tot optimale samenwerking.
  - Om toekomstbestendige medisch specialistische zorg te organiseren willen partijen gezamenlijk de kwaliteit en continuïteit van de zorg voor de patiënt verder verbeteren. Om dit te bereiken moeten partijen meer dan ooit samenwerken. Het uitgangspunt is daarbij «nabij als het kan, veraf als het moet», met oog voor een samenhangend zorgaanbod voor de patiënt, het voorkomen van versnippering en de vrijheid voor de patiënt om te kiezen voor een zorgaanbieder veraf. De samenhangende bewegingen van specialisatie/concentratie<sup>5</sup> enerzijds en spreiding anderzijds zijn niet nieuw en ze zijn ook al gaande, maar ze vragen wel om een versnelling waarbij samenwerking noodzakelijk is om samenhangende keuzes lokaal (in samenwerking met de eerste-lijn), in de regio of landelijk mogelijk te maken.
  - Ook in de acute zorg speelt de noodzaak van betere samenwerking in de keten en van netwerkvorming om de kwaliteit en toegankelijkheid van de acute zorg te verbeteren. Zo werken we toe naar een landelijk dekkende inrichting van zorgcoördinatie voor triage en doorverwijzing van patiënten op basis van realtime inzicht in capaciteit.
  - Tot slot speelt in alle domeinen dat de schaarste aan zorgmedewerkers en -voorzieningen steeds vaker leidt tot knelpunten in de toegankelijkheid, waardoor verdelingsvraagstukken onvermijdelijk zijn. Dat speelt bijvoorbeeld bij de onplanbare avond, nacht- en weekendzorg (ANW-zorg) in de wijkverpleging en zorgbreed kan dit spelen bij het aanbod van complexe zorg die in laag volume voorkomt. Dan kan het nodig zijn om in samenwerking en samenhang tot scherpere keuzes te komen over wie welke zorg waar levert voor welke patiënten/cliënten.

Voor al deze onderwerpen, alsook voor preventie, de arbeidsmarkt en digitalisering en gegevensuitwisseling, worden met het IZA, WOZO, en GALA gerichte stappen gezet om samenwerking te bevorderen.

Aan de hand van voortgangsrapportages informeren de Minister voor Langdurige Zorg en Sport, de Staatssecretaris van VWS en ik uw Kamer periodiek over de voortgang op deze onderwerpen.

#### *Samenwerking en mededinging in het sociaal domein*

Ondanks dat de voorbeelden in deze brief zich met name richten op de curatieve en langdurige zorg, speelt het vraagstuk over mededinging en samenwerking ook in het sociaal domein. Op aanbieders van jeugdhulp en maatschappelijke ondersteuning zijn de mededingingsregels in de meeste gevallen immers ook van toepassing. Door bijvoorbeeld schaarste aan aanbod voor complexe zorgvragen, kan het daarbij nodig zijn scherpere keuzes in het

<sup>5</sup> Niet te verwarren met concentraties in de zin van de Mededingingswet, waaronder o.a. fusies en overnames verstaan worden.

aanbod te maken die ten koste gaan van keuzemogelijkheden voor jeugdigen en cliënten. Ook in die gevallen is veel mogelijk binnen de mededingingsregels en is paragraaf 2 van deze brief onverminderd van toepassing. Wat er staat bij de rol van verzekeraars en zorgkantoren geldt in het algemeen ook voor gemeenten als inkopers van zorg en jeugdhulp. De Staatssecretaris van VWS blijft de komende periode volgen of vraagstukken met betrekking tot mededinging en samenwerking in het sociaal domein belemmeren en zal indien nodig acties overwegen om de benodigde samenwerking te faciliteren en stimuleren.

## **2. Binnen de huidige kaders is veel mogelijk en ook de ACM onderschrijft het belang van samenwerking in de zorg**

Partijen in de zorg delen de ambitie om tot meer samenwerking te komen, maar zijn vaak terughoudend bij het vormgeven van samenwerkingen uit vrees de mededingingsregels te overtreden. In veel gevallen is deze vrees onnodig. Ook toezichthouders, waaronder de ACM, onderkennen het belang van samenwerking voor betere zorg voor de patiënt. Daarom werk ik ook de komende jaren met de ACM, veldpartijen en overige toezichthouders verder aan meer duidelijkheid over wat wel en niet kan binnen de mededingingsregels en hoe deze zich verhouden tot overige (markt)-regels.

De mededingingsregels beogen te voorkomen dat samenwerkende of machtige zorgpartijen onvoldoende in het belang van de patiënt/verzekerde handelen, met hogere prijzen en slechtere kwaliteit of toegankelijkheid tot gevolg (zie Bijlage A voor een uitgebreidere toelichting op de mededingingsregels, inclusief een overzicht van het overige markttoezicht in de zorg in relatie tot samenwerking). Daarbij is het uitgangspunt van de mededingingsregels (en het toezicht hierop) dat de keuzemogelijkheden voor patiënten en verzekerden, en de mogelijkheid voor (nieuwe) aanbieders en verzekeraars om daarop in te spelen, voor de benodigde tegenkracht zorgen. Samenwerkingen die tot meer of duidelijkere keuzes voor patiënten en verzekerden leiden zijn daarom altijd toegestaan.

Maar ook voor samenwerkingen die ten koste gaan van keuzemogelijkheden en mededinging, bieden de mededingingsregels expliciet ruimte.<sup>6</sup> Voorwaarde is daarbij steeds dat *de voordelen van de samenwerking voor de patiënt en verzekerde in termen van kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid op korte en lange termijn opwegen tegen de nadelen van beperking van keuzemogelijkheden en mededinging voor diezelfde patiënt/verzekerde.*

Voor de meeste vormen van samenwerking zijn mededinging en samenwerking dan ook geen tegenstelling.

Integendeel, (innovatieve) samenwerkingsverbanden zijn vaak juist noodzakelijk om de beschikbare keuzes voor de (potentiële) patiënt te verbeteren en te verrijken en leiden vaak ook tot lagere kosten voor de maatschappij. Zolang de samenwerking gericht is op en resulteert in het verbeteren van het aanbod voor de patiënt/verzekerde en niet leidt tot een onnodige verschraling van de keuzemogelijkheden op de korte en lange termijn, past samenwerking dus binnen de mededingingsregels. Enkele voorbeelden van samenwerkingsvormen die goed binnen de mededingingsregels zijn vorm te geven, zijn:

<sup>6</sup> Zie bijvoorbeeld artikel 6 lid 3 van de Mededingingswet.

- Samenwerkingen in zorgketens. Ketenzorg bestaat per definitie uit een samenwerking van zorgaanbieders die ieder hun eigen unieke bijdrage aan het zorgpad van een patiënt leveren, en daarom in de regel niet direct met elkaar concurreren. Ketenzorg leidt in het algemeen daarom niet tot een beperking van de keuzemogelijkheden en wel tot betere kwaliteit van zorg. In de acute zorg is het bijvoorbeeld evident dat goede afspraken in de acute keten, inclusief goede gegevensuitwisseling, van groot belang zijn. De mededingingsregels bieden daar dan ook veel ruimte voor.
- Samenwerkingen op basis van kwaliteitsrichtlijnen. Wanneer de noodzaak tot samenwerking is ingegeven door objectieve en transparante kwaliteitscriteria is dit ook goed mogelijk binnen de mededingingsregels. Volumennormen kunnen bijvoorbeeld aanleiding geven onderdelen van de zorg te concentreren in bepaalde ziekenhuizen. Dan is het, in het belang van de huidige en de toekomstige patiënt, noodzakelijk ook goede afspraken te maken over de gevolgen voor de toegankelijkheid van deze en andere (aanpalende) zorg in de regio en eventuele negatieve effecten te mitigeren.
- Samenwerkingen in de vorm van gegevensdeling over kwaliteit en toegankelijkheid van zorg. Inzicht in kwaliteit en toegankelijkheid van zorg bij verschillende aanbieders draagt in het algemeen juist bij aan het verbeteren van de keuzemogelijkheden van patiënten en staat dus niet haaks op de mededingingsregels. Wel is daarbij van belang dat de gegevensdeling zich beperkt tot enkel de gegevens die noodzakelijk zijn om de kwaliteit en toegankelijkheid van de zorg voor de patiënt te verbeteren en andere gegevens over de interne bedrijfsvoering zo veel mogelijk ongemoeid blijven.

De ACM onderschrijft net als veldpartijen en andere toezichthouders dat sprake is van een nieuw tijdsgewricht waarin samenwerking meer van belang is om de belangen van patiënten en verzekerden optimaal te dienen. Tegelijkertijd blijft van belang dat de patiënt/verzekerde beschermd blijft tegen handelingen van samenwerkende of machtige zorgpartijen die leiden tot hogere prijzen en lagere kwaliteit of toegankelijkheid van zorg, nu en in de toekomst. Hoe de belangen van de patiënt/verzekerde optimaal gediend zijn, hangt steeds sterk af van de specifieke context. De mededingingsregels vragen daarom om een casuïstische benadering.

De ACM werkt hiertoe actief aan het communiceren over en uitleggen van de mededingingsregels in relatie tot samenwerking in het huidige tijdsgewricht.

De Staatssecretaris Mijnbouw<sup>7</sup> en ik moedigen dit aan en ondersteunen dit waar nodig. Zie hiervoor bijvoorbeeld de specifieke uitleg voor de zorgsector op de ACM-website.<sup>8</sup>

Een ander voorbeeld is de beleidsregel Juiste Zorg op de Juiste Plek (JZOJP),<sup>9</sup> waarin de ACM uitgangspunten formuleert voor haar toezicht op afspraken over het voorkomen, verplaatsen of vervangen van zorg in het kader van JZOJP. Hierbij gaat het om bijvoorbeeld afspraken tussen zorgaanbieders onderling, tussen zorgverzekeraars onderling of tussen een samenstel van (meerdere) zorgaanbieders en zorgverzekeraars. De ACM geeft daarin aan uit eigen beweging geen afspraken te onderzoeken die de concurrentie in meer dan geringe mate kunnen beperken, indien de

<sup>7</sup> De Staatssecretaris Mijnbouw is verantwoordelijk voor de Mededingingswet en het algemene mededingingstoezicht.

<sup>8</sup> Samenwerken in de zorgsector | ACM.nl.

<sup>9</sup> Ruimte voor samenwerking «Juiste Zorg op de Juiste Plek» | ACM.nl.

partijen die deze afspraken maken zich aan een aantal voorwaarden houden. Dit geldt ook voor marktpartijen die afspraken willen maken die relatief grote gevolgen kunnen hebben voor de concurrentie, bijvoorbeeld als er veel regionale spelers bij betrokken zijn, of als een of meer van de betrokken marktpartijen een sterke marktpositie heeft. Zolang zij voldoen aan de voorwaarden van deze beleidsregel dreigt er voor hen geen boete.

Aanvullend is recent in overleggen tussen de IZA-partijen en de ACM expliciet stilgestaan bij de relatie tussen de IZA-afspraken en de mededingingsregels.

Om IZA-partijen meer duidelijkheid en zekerheid te bieden is afgesproken om met behulp van concrete casuïstiek te verduidelijken hoe de IZA-afspraken binnen de mededingingsregels vormgegeven kunnen worden. Op voorhand is daarbij door de ACM aangegeven dat voor het «mededingingsproof» achten van zo'n afspraak in ieder geval twee zaken relevant zijn. Ten eerste moet het een afspraak zijn waarbij de belangen van alle partijen in de «driehoek» van het zorgstelsel zijn ingebracht en gewogen: zowel de betrokken aanbieders, als de inkopende partijen, als (vertegenwoordigers van) patiënten/verzekerden moeten volwaardig zijn betrokken en het eens zijn met de concrete en goed onderbouwde afspraak. Deze onderschrijving door alle partijen in de «driehoek» is voor de ACM een belangrijk signaal dat in de casus de publieke belangen in de zorg (toegankelijkheid, betaalbaarheid, kwaliteit) passend worden gediend en zijn gewogen. Dan is er ook geen rol voor de ACM om deze afspraak op eigen initiatief te onderzoeken. Het tweede relevante aspect is dat samenwerkende partijen expliciet en transparant zijn over de concrete doelen van de samenwerkingsafspraken in termen van toegankelijkheid, kwaliteit en betaalbaarheid.<sup>10</sup>

De mededingingsregels staan de beweging uit het IZA, WOZO en GALA dus niet in de weg. Afhankelijk van het domein kan daarbij voor «inkopende partij» als onderdeel van de zorgdriehoek de zorgverzekeraar, het zorgkantoor of de gemeente gelezen worden. Partijen uit de zorgdriehoek weten in het algemeen ook zelf het beste welke samenwerkingen nodig zijn om de zorg te verbeteren. Daarom roep ik veldpartijen ook op om moed te tonen: werk met alle partijen uit de zorgdriehoek aan een gezamenlijk, ambitieus, inspirerend en extern gericht verhaal. Zoals de ACM het zelf zegt: zij laat zich graag overbodig maken<sup>11</sup>. Dat neemt niet weg dat ook wanneer er onderling schurende belangen zijn en partijen er niet vanzelf uitkomen, samenwerking vaak noodzakelijk is. Daarom vraagt dit tijdsgewricht om extra stappen. Daarover gaat paragraaf 3.

### **3. Gerichtte interventies ter bevordering van samenwerking in het belang van patiënt en verzekerde**

Het feit dat de mededingingsregels veel ruimte bieden voor samenwerking in het belang van de patiënt/verzekerde neemt niet weg dat er een grens is aan wat zonder meer binnen de mededingingsregels kan. Bij sommige, verdergaande vormen van samenwerking kunnen de opvattingen van de verschillende belanghebbenden uit de zorgdriehoek (aanbieders, verzekeraars en patiënten/verzekerden) immers uiteenlopen. Bijvoorbeeld omdat keuzes noodzakelijk zijn waarvan de gevolgen (op het gebied van kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid) voor de

<sup>10</sup> Zie ook: Speech: Samenwerken in de regio, de Mededingingswet en de rol van de ACM | ACM.nl.

<sup>11</sup> Idem.

verschillende belanghebbenden anders uitpakken. Dan kan spanning met de mededingingsregels optreden.

Ook in die gevallen is samenwerking toch vaak noodzakelijk om de belangen van patiënten en verzekerden optimaal te dienen. Daarbij denk ik bijvoorbeeld aan regionale samenwerking in de acute zorg, expert- en netwerkzorg voor complexe zorgvragen, of aan lokale of regionale verdelingsvraagstukken wanneer de toegankelijkheid door schaarste aan zorgaanbod in het gedrang komt.

De uitdagingen in de huidige tijd vragen daarom om een nieuwe koers waarin de overheid daar waar het knelt de noodzakelijke samenwerkingen op een goede manier faciliteert en stimuleert. Afhankelijk van de context vul ik deze rol in samenwerking met veldpartijen en toezichthouders op verschillende manieren in. In veel gevallen is het voldoende om met partijen het gezamenlijke maatschappelijke doel te (her)definiëren en daarbij gezamenlijke (rand)voorwaarden voor de beoogde samenwerking te formuleren, zodat partijen dit in de praktijk vervolgens vanuit een gedeeld belang nader in kunnen vullen. Dat is ook de insteek van het IZA, WOZO en GALA. In een enkel geval is het daarnaast nodig dat door een concrete opdracht van de verantwoordelijk Minister duidelijk wordt gemaakt hoe de samenwerking vormgegeven dient te worden en welke belangenafweging daarbij noodzakelijk is. Daarmee wordt immers geborgd dat ook bij samenwerkingen met een complexe belangenafweging, en waarbij keuzemogelijkheden voor patiënten en verzekerden beperkt worden, toch een zorgvuldige en brede maatschappelijke belangenafweging plaatsvindt waar het parlement zich desgewenst over kan uitspreken.<sup>12</sup> In aanvulling daarop ben ik ook bereid gerichte aanpassingen van zorgspecifieke wet- en regelgeving te overwegen als dat kan bijdragen aan een betere structurele borging van een goede belangenafweging.

Hieronder geef ik een niet uitputtend overzicht van gerichte acties waarmee mijn collega bewindspersonen en ik, in samenwerking met veldpartijen en toezichthouders, invulling geven aan deze rol. Daarbij beperk ik me tot acties die samenwerking bevorderen *in relatie tot de mededingingsregels*; een bredere analyse van *alle* (stelsel)uitdagingen en instrumenten om samenwerking te bevorderen valt buiten het bereik van deze brief. Bij elk van de acties geef aan wat de belangrijkste overwegingen zijn voor de invulling van mijn rol. Ik maak onderscheid tussen drie soorten samenwerkingsafspraken, die zich onderscheiden in het soort belangenafweging dat nodig is:

1. In sommige gevallen is gelijkgerichtheid en coördinatie noodzakelijk om te komen tot een goede (her)inrichting van het zorglandschap. In deze gevallen is het van belang dat het perspectief van de patiënt/verzekerde voldoende meeweegt bij de te maken (her)inrichtingskeuzes (paragraaf 3.1).
2. In andere gevallen zijn gerichte landelijke collectieve afspraken nodig om in een specifieke (crisis)situatie een kwetsbaar publiek belang, zoals de beschikbaarheid van voldoende bedden of personeel, te borgen. Bij een dergelijke collectieve afspraak is vaak sprake van onvermijdelijke neveneffecten en kan het nodig zijn als Minister aan te geven welk belang prevaleert (paragraaf 3.2).
3. Tot slot kan in sommige gevallen sprake zijn van scheve marktverhoudingen, waardoor een bepaalde sector onvoldoende slagkracht heeft om goede zorg tegen redelijke prijzen te organiseren. In die gevallen is

---

<sup>12</sup> Doordat de verantwoordelijk Minister op die manier verantwoordelijkheid neemt voor de gemaakte belangenafweging zorgt dit voor zogenaamde *democratische legitimiteit* van de afspraken.

het nodig op een goede manier de verhouding te verbeteren, zonder dat dit leidt tot wederzijds machtige partijen die meer op elkaar gericht zijn dan op de patiënt/verzekerde (paragraaf 3.3).

### *3.1 Het borgen van het perspectief van de patiënt/verzekerde bij de (her)inrichting van het zorglandschap*

In sommige gevallen is gelijkgerichtheid tussen aanbieders en/of verzekeraars noodzakelijk om te komen tot een toekomstbestendig zorglandschap. In die situaties is mogelijk sprake van een beperking van de keuzemogelijkheden voor de patiënt/verzekerde. Zonder uitpuittend te kunnen zijn denk ik hierbij aan acties op het gebied van regionale samenwerking (waaronder het opstellen van (ROAZ-)regiobeelden/-plannen), impactvolle transformatieplannen, systeemfuncties, hoogcomplexe-laagvolume zorg in de Wet langdurige zorg (hierna: WLz), en regionale samenwerking voor de toegankelijkheid van medisch generalistische zorg (hierna: MGZ).

#### 3.1.1 Regionale samenwerking (o.a. (ROAZ-)regiobeelden/-plannen)

Partijen hebben in het IZA afgesproken in te zetten op het organiseren van passende en integrale zorg in het regionale verzorgingsgebied (o.a. door zorg te voorkomen, te vervangen of te verplaatsen). Dit doen de partijen door de komende periode invulling te geven aan de hoekpunten voor regionale samenwerking, waaronder het opstellen van (ROAZ-)regiobeelden en -plannen. Maar ook door op afzienbare termijn en in onderlinge samspraak te komen tot werkbare domeinoverstijgende samenwerkingsverbanden waarin partijen zorgbreed en verbindend zijn gerepresenteerd.

Bij de totstandkoming van deze beelden en plannen worden de publieke belangen geborgd door nadrukkelijk in te zetten op het betrekken van de perspectieven van alle stakeholders, inclusief het patiënten- en burgerperspectief. Dit is ten eerste nodig om complexe, veelal domeinoverstijgende transformaties zo duurzaam mogelijk te maken. Daarnaast kan men ervan uitgaan dat de transformatie daadwerkelijk in het belang van de burger is, omdat alle betrokken stakeholders volwaardig zijn betrokken bij het bepalen van de grootste opgaven in de regio en de uitkomsten onderschrijven bij het maken van plannen. Checks en balances zijn onder andere de door alle partijen vastgestelde criteria voor de regiobeelden. Onderdeel daarvan is bijvoorbeeld het borgen dat de verschillende belangen daadwerkelijk aan tafel zitten. Uiteindelijk blijft daarbij de mogelijkheid bestaan voor burgers en partijen om een klacht bij de ACM in te dienen op grond van de Mededingingswet. De ACM zal vervolgens op basis van de hierboven beschreven kaders en het gehanteerde prioriteringsbeleid indien nodig onderzoeken of de planvorming en de daadwerkelijke uitvoering ervan binnen de mededingingsregels past.

#### 3.1.2 Impactvolle transformatieplannen

Wanneer partijen, onder andere aan de hand van bovengenoemde beelden en plannen, tot concrete transformatievoornemens komen, is het van belang dat alle verzekeraars naar rato bijdragen aan de transformatie om deze mogelijk te maken. In het IZA is daarom afgesproken dat de twee marktleidende zorgverzekeraars in een regio namens de andere verzekeraars hun instemming kunnen geven op zogenaamde impactvolle transformaties. Na goedkeuring zullen de andere zorgverzekeraars en zorgaanbieders gelijkgericht handelen. Dat betekent dat zij in hun individuele contracten dezelfde transformatiebeweging als in het plan ondersteunen en daar tijdens het transformatieproces proactief op sturen.

Door deze gelijkgerichtheid wordt de ruimte voor zorgverzekeraars en zorgaanbieders om zich in de regio van concurrenten te onderscheiden met betrekking tot impactvolle transformaties significant beperkt. Daarnaast kunnen impactvolle transformaties leiden tot regionale herverdelingsvraagstukken, waarbij (onderdelen van) het zorgtraject worden geconcentreerd. Het doel van die concentraties<sup>13</sup> is om extra ervaring en expertise te ontwikkelen voor bijvoorbeeld diagnosestelling en behandelmethoden. Tegelijkertijd hebben dergelijke herverdelingsvraagstukken impact op de behandeling van de patiënt en op latende en ontvangende zorgaanbieders.

Om te borgen dat de (soms onomkeerbare) keuzes die op die manier gemaakt worden in het publieke belang zijn, zijn partijen inclusief VWS een beoordelingskader impactvolle transformaties overeengekomen. Dit kader borgt een goede betrokkenheid van alle stakeholders, inclusief dus vertegenwoordigers van patiënten, en een zorgvuldige belangenafweging. Ik vertrouw erop dat partijen op deze manier inderdaad tot goede plannen en een doelmatige inzet van transformatiemiddelen komen. De ACM heeft aangegeven te verwachten dat plannen die voldoen aan het beoordelingskader, passen binnen de mededingingsregels. De ACM blijft daarbij haar formele rol behouden om eventuele klachten te toetsen aan de Mededingingswet.

De komende periode zal ik nauw monitoren of de gewenste transformaties op deze manier inderdaad tot stand komen en of de publieke belangen daarbij goed geborgd zijn. Als ik signalen ontvang dat dit niet het geval is zal ik in samenwerking met partijen bezien of vervolgstappen nodig zijn. Na de zomer zal ik uw Kamer ook nader informeren over mijn visie op concentratie en spreiding van hoogcomplex medisch specialistische zorg.

### 3.1.3 Systeemfuncties

Een beperkt aantal functies in de zorg kent specifieke eigenschappen waardoor ze als systeemfunctie te kwalificeren zijn. Dat zijn functies die alleen doelmatig bovenlokaal of regionaal georganiseerd kunnen worden. Daarnaast is een aparte voorziening of infrastructuur nodig voor een goede werking van de systeemfuncties. Het zijn ook functies die niet alle aanbieders voor zichzelf hoeven te organiseren. Systeemfuncties zijn dus gericht op het onderhouden van een netwerk, infrastructuur en/of organisatie rondom de zorglevering heen en die niet individueel toewijsbaar is. Ik denk hierbij bijvoorbeeld aan landelijke of regionale coördinatiefuncties voor inzicht in beschikbare capaciteit. Deze functies vragen daarom een bijpassend inkoopmodel, waarbij geborgd is dat deze functies congruent en kostendekkend wordt ingekocht, zowel inhoudelijk (kwaliteit, vormgeving, toegankelijkheid) alsook financieel (doelmatig). In het IZA is afgesproken dat zorgverzekeraars, zorgaanbieders en overheid in 2023 gezamenlijk in kaart brengen welke functies onder deze definitie vallen en verkennen welke afspraken nodig zijn voor het regionaal organiseren hiervan, gekoppeld aan transparante, kostendekkende en de meest passende wijze van inkoop. Als blijkt dat de realisatie van systeemfuncties binnen de bestaande kaders van wet- en regelgeving niet goed tot stand komt, dan zal VWS onderzoeken of aanpassing van wet- en regelgeving noodzakelijk en mogelijk is. Onderdeel van deze verkenning is hoe daarbij samenwerking voor deze specifieke functies bevorderd kan worden en tegelijkertijd (prikkels tot) doelmatigheid, toegankelijkheid en keuzevrijheid zoveel mogelijk geborgd kunnen worden. Het doel van de

<sup>13</sup> Niet te verwarren met concentraties in de zin van de Mededingingswet, waaronder o.a. fusies en overnames verstaan worden.

verkenning is om de beweging te versnellen waar nodig; het is dus niet de bedoeling dat reeds lopende trajecten wachten op de uitkomsten hiervan. Ik zal uw Kamer eind 2023 informeren over de uitkomsten van deze verkenning.

#### 3.1.4 Expertisecentra voor laagvolume-hoogcomplexe zorgvragen in de Wlz

In 2019 werd geconstateerd dat het zorgaanbod voor sommige doelgroepen in de Wlz met een laag volume en een hoog complexe zorgvraag (lvhc) (minder dan 1.500 cliënten per jaar) voor verbetering vatbaar was<sup>14</sup>. De LVHC-doelgroepen zijn: Korsakov, Huntington, Langdurige Bewustzijnsstoornis (LBS), gerontopsychiatrie+ (GP+), dementie met zeer ernstige gedragsproblematiek (D-ZEP), niet-aangeboren hersenletsel met bijkomende problematiek volwassenen (NAH+), kinderen/jongeren met NAH+ en Multiple Sclerose (MS). Om de kwaliteit en toegankelijkheid van goede zorg voor deze doelgroepen beter te waarborgen bleek meer concentratie van zorg en de opbouw van expertise- en kennisinfrastructuur noodzakelijk. Vanwege het lage volume komt de benodigde kennis en expertise voor deze groepen niet vanzelf tot stand. Daarom is in 2019 in opdracht van mijn ambtsvoorganger de Commissie Expertisecentra langdurige zorg (CElz) opgericht om te adviseren over de noodzakelijke keuzes met betrekking tot de organisatie van dit zorgaanbod. De CEIz adviseert welke zorg, onder welke voorwaarden, waar geleverd zou moeten worden en hoeveel plaatsen dit betreft. Daarbij houden ze rekening met zowel kwaliteit- als toegankelijkheidsaspecten, waaronder landelijke- en regionale spreiding. Ze laten zich daarbij informeren door de afzonderlijke doelgroepen-netwerken waarin zowel zorgaanbieders, cliënten en een kenniscentrum vertegenwoordigd zijn. Voor de financiering van de kenniscentra is via ZonMW een subsidie ter beschikking gesteld. Zorgkantoren gebruiken het advies van de CEIz vervolgens in hun inkoopbeleid. Op deze manier wordt geborgd dat bij de landelijke- en regionale inrichting van expertisecentra steeds een zorgvuldige, brede maatschappelijke belangenafweging plaatsvindt. Na de zomer informeert de Minister voor Langdurige Zorg en Sport u nader over de actuele ontwikkelingen op dit gebied.

#### 3.1.5 Regionale samenwerking voor medisch generalistische zorg

De afgelopen jaren is gebleken dat de toegang tot MGZ niet voor alle Wlz-cliënten goed is geborgd. Met de beweging die WOZO inzet, zal het aantal ouderen (met Wlz-indicatie) thuis dan wel in kleinschalige zorginstellingen (met behulp van volledig pakket thuis en/of persoonsgebonden budget) toenemen. De verwachting is dan ook dat de beschikbaarheid, organiseerbaarheid en toegankelijkheid van MGZ hiermee verder in het geding komt. Het doelmatig inzetten van schaarse beschikbare capaciteit van zorgverleners zoals de specialist ouderengeneeskunde (SO), arts voor verstandelijk gehandicapten (arts VG) en huisarts moet uitkomst bieden. Hierbij wordt ingezet op domeinoverstijgende regionale samenwerking: artsen kunnen worden ingezet in zowel instellingen en andere woonvormen met verblijfsplekken met behandeling als zonder behandeling of een combinatie daarvan en om mensen (met Wlz-indicatie) thuis. Er zijn middelen vrijgemaakt om het Programma medisch generalistische zorg in de regio (Programma MGZ in de regio) te subsidiëren. Dit programma is een voortzetting van Duurzame Medische Zorg in de regio, waarin ingezet werd op regionale samenwerking. Het werken aan regionaal georganiseerde MGZ en het vinden van creatieve oplossingen is van groot belang om toegang tot de huisarts, arts VG en

<sup>14</sup> Kamerstukken 31 765 en 34 104, nr. 414; Kamerstukken 31 765 en 34 104, nr. 434.

SO duurzaam te organiseren en de werkdruk voor deze artsen te verminderen.

### 3.2 Het mogelijk maken van landelijke collectieve afspraken in crisissituaties

Hoewel beleidsvrijheid voor zorgaanbieders en zorgverzekeraars en keuzevrijheid voor patiënten en verzekerden onder normale omstandigheden het uitgangspunt zijn, is een landelijke collectieve bijsturing soms nodig om een zwaarwegend publiek belang te waarborgen in specifieke (crisis)situaties. Zo'n crisis is vaak van relatief korte duur, maar kan ook langer aanhouden als die haar oorsprong vindt in bijvoorbeeld krapte op de arbeidsmarkt. De bijsturing vergt dan per definitie een goede afweging tussen het collectieve belang en het individuele belang van veldpartijen en de dynamiek in de sector die daaruit volgt. In dit soort gevallen is een duidelijke sturende rol van de overheid vaak noodzakelijk. Hieronder geef ik een (niet uitputtend) overzicht van acties die recent zijn genomen op dit gebied.

#### 3.2.1 Patiëntenspreiding in crisissituaties

Ik acht het van groot belang dat bij een (pandemische) crisissituatie tijdig wordt overgegaan op (boven)regionale patiëntenspreiding bij oplopende druk in de ziekenhuizen (bezetting in de kliniek en op de intensive care (IC)).<sup>15</sup> Daarvoor is nodig dat aanbieders voldoende duidelijkheid en zekerheid hebben dat eventuele (reguliere) *productie-uitval en generieke meerkosten* ten gevolge van die spreiding gecompenseerd worden. Die duidelijkheid en zekerheid vergen een hoge mate van collectief vertrouwen en medewerking van alle verzekeraars. In aanvulling op eerdere corona-gerelateerde afspraken, heb ik daarom voor de contractering in het najaar van 2022 aan partijen de opdracht gegeven de door hen beoogde collectieve afspraken met het oog op de continuïteit van zorg te effectueren. Ik heb daarbij tegelijkertijd duidelijke kaders aangegeven om te borgen dat deze afspraak niet verder gaat dan nodig. Op die manier beoog ik zowel het zwaarwegende publieke belang van duidelijkheid en zekerheid voor de ziekenhuizen bij patiëntenspreiding, als de reguliere belangen van doelmatigheid en keuzevrijheid te borgen. Zodat ook een duidelijke democratisch gelegitimeerde context is geschapen om de afspraken passend binnen de mededingingsregels te effectueren.

De spiegelkant van compensatie voor productie-uitval is dat er in het kader van patiëntenspreiding ook geen financiële drempel mag zijn voor ontvangende aanbieders om patiënten op te nemen wanneer dat nodig is. Die drempel kan bijvoorbeeld optreden wanneer aanbieders door opnames boven de met verzekeraars overeengekomen omzetplafonds te grote onvoorziene financiële gevolgen zouden ondervinden. In het verleden heeft dit geleid tot vertraging bij patiëntenspreiding. Daarom acht ik het ook van belang dat verzekeraars in de contractering voor 2023 en 2024 voldoende duidelijkheid en zekerheid bieden dat *IC-productie* in het kader van patiëntenspreiding altijd vergoed wordt, ongeacht plafondafspraken. Een collectieve afspraak is hiervoor echter niet nodig: individuele verzekeraars kunnen dit direct voor hun eigen verzekerden mogelijk maken. Ik heb de individuele verzekeraars daarom opgeroepen deze duidelijkheid en zekerheid te bieden en de NZa gevraagd hier in het kader van het toezicht op de zorgplicht op toe te zien.<sup>16</sup>

<sup>15</sup> Kamerstukken 29 248 en 23 235, nr. 337.

<sup>16</sup> Kamerstuk 25 295, nr. 2012.

### 3.2.2 Compensatie personele meerkosten wijkverpleging januari–april 2022

Ondanks eerdere corona-regelingen, constateerden de Minister voor Langdurige Zorg en Sport en ik in het najaar van 2022 dat de continuïteit van wijkverpleegkundige zorg significant onder druk was komen te staan ten gevolge van de uitzonderlijke pandemische crisissituatie begin 2022.<sup>17</sup> Er bereikten ons overtuigende signalen dat dit wijdverspreid en onvoorzien was, en dat in de individuele contractonderhandelingen geen of onvoldoende individuele afspraken hierover werden gemaakt. Onze conclusie was dat collectieve afspraken over de benodigde compensatie noodzakelijk waren om de toegankelijkheid van de wijkverpleging te kunnen garanderen. We hebben partijen daarbij duidelijke kaders meegegeven om te borgen dat de collectieve afspraak niet verder ging dan noodzakelijk en dat de gevolgen voor andere publieke belangen beperkt werden, waarmee een duidelijke democratisch gelegitimeerde context voor de afspraken is geschapen.

Het feit dat bovenstaande een uitzonderingssituatie betreft, neemt niet weg dat de schaarste aan zorgmedewerkers lokaal of regionaal vaker leidt tot hoge druk op de continuïteit en toegankelijkheid van wijkverpleegkundige zorg, waardoor de belangen van patiënten en verzekerden in het gedrang komen. Samenwerking is ook dan mogelijk binnen de mededingingsregels zolang alle partijen uit de zorgdriehoek volwaardig betrokken zijn. Daarbij geldt in het bijzonder dat de urgentie van het probleem en de proportionaliteit van eventuele beperkingen van keuzemogelijkheden van invloed zijn op wat mogelijk is. Om de wijkverpleging voor onplanbare ANW-zorg toegankelijk te houden en doelmatig te organiseren doormiddel van betere coördinatie in de wijk is bijvoorbeeld in het algemeen veel ruimte voor verdergaande samenwerking.<sup>18</sup> Ook kan tijdelijkheid van afspraken in het algemeen bijdragen aan het borgen van de proportionaliteit van noodzakelijke samenwerkingen.

#### *3.3 Het faciliteren van samenwerkingsafspraken om scheve marktverhoudingen te herstellen*

Tot slot is samenwerking soms nodig om de slagkracht van individuele partijen te versterken wanneer sprake is van scheve marktverhoudingen. Het gaat daarbij dus om het duurzaam verstevigen van de marktpositie van partijen die anders niet in staat zijn de beste zorg tegen eerlijke prijzen te bieden. Tegelijkertijd is het daarbij van belang dat de versteviging niet leidt tot een situatie van wederzijds machtige partijen die meer op elkaar gericht zijn dan op de patiënt/verzekerde. Ik ga hieronder achtereenvolgens in op de relatie zorgpartijen/ICT-leveranciers, zorgaanbieders/zzp'ers in de zorg en kleine zorgaanbieders/zorgverzekeraars.

#### 3.3.1 Zorgpartijen en ICT-leveranciers

Zorgaanbieders en zorgverzekeraars staan soms onvoldoende sterk tegenover ICT-leveranciers in de zorg. Dat concludeert de ACM naar aanleiding van marktonderzoek in de sector. Zij geven aan dat er ruimte is voor meer samenwerking, en het ook in het publieke belang is, als zorgaanbieders met elkaar en bijvoorbeeld ook met verzekeraars meer gezamenlijk optrekken bij de inkoop van ICT-producten. Met mijn actieplan zorg-ICT-markt neem ik regie op de zorg-ICT-markt en geef ik onder andere aan hoe ik deze ruimte wil benutten en effectieve samenwerking tussen zorgpartijen wil bevorderen om te komen tot een open, transparante en

<sup>17</sup> Kamerstukken 29 248 en 23 235, nr. 337.

<sup>18</sup> Samenwerken in de wijkverpleegkundige zorg | ACM.nl.

toekomstgerichte zorg-ICT-markt.<sup>19</sup> Een van de voorgestelde interventies in het actieplan betreft bijvoorbeeld de inrichting van (cross)sectoraal leveranciersmanagement. Hierbij werken koepels van zorgaanbieders samen met (vertegenwoordigers van) ICT-leveranciers aan sectorale roadmaps om ICT-vragen vanuit diverse projecten te bundelen en te prioriteren. De sectorale roadmaps worden bovendien op elkaar afgestemd en VWS stimuleert de sectoren om inkoopwijzers, standaarden en keurmerken te ontwikkelen. Daarnaast wordt in het actieplan ingezet op een verkenning van de mogelijkheden om te sturen op ICT-kwaliteit en betaalbaarheid via zorginkoop door verzekeraars.

### 3.3.2 Zorgaanbieders en ZZP-ers

Zorg en welzijn breed zien we op onderdelen van de arbeidsmarkt een disbalans tussen de marktpositie van zzp'ers en zorgmedewerkers in vaste dienst. Dit heeft ongewenste gevolgen voor de mogelijkheid om de beweging naar passende zorg te maken en de toegankelijkheid en betaalbaarheid van de zorg te borgen. Daarom zet de Minister voor Langdurige Zorg en Sport met het programma Toekomstbestendige Arbeidsmarkt Zorg en Welzijn (TAZ) onder andere in op een betere balans in de arbeidsmarkt. De ACM heeft onderzoek gedaan en een leidraad gepubliceerd over de mogelijkheden en grenzen aan samenwerking tussen zorgwerkgevers om problemen op de arbeidsmarkt op te lossen.<sup>20</sup> Waar mogelijkheden liggen, werk ik met partijen aan het benutten van de kansen. Werkgevers mogen bijvoorbeeld onder voorwaarden een gezamenlijke flexpool of flexibele schil van werknemers opzetten. Ook kunnen ze goed samenwerken op het gebied van onderzoek naar de arbeidsmarkt, opleiding en scholing, banenmarkten en publiekscampagnes of het vaststellen van kwalificaties voor personeel. Waar ongewenste juridische grenzen liggen, onderzoek ik hoe die grenzen in het publiek belang beslecht kunnen worden. Onderdeel van de verkenning is de ruimte die binnen de mededingingsregels bestaat om door middel van cao-gerelateerde afspraken de balans op de arbeidsmarkt te bewaken.

### 3.3.3 Zorgverzekeraars en gezamenlijk optrekkende kleine zorgaanbieders

Tot slot zijn in het IZA afspraken gemaakt om de positie van kleine aanbieders in de contractering met zorgverzekeraars te verbeteren. Kleine zorgorganisaties van onder meer paramedici, huisartsen, en wijkverpleging geven aan op dit moment onvoldoende aan tafel te komen bij zorgverzekeraars, die op hun beurt een te grote schaal hebben om gerichte afspraken met alle kleine aanbieders te maken. Ik ben met de IZA-partijen van mening dat op dit onderdeel verbetering nodig en mogelijk is. Daarom heb ik als eerste stap met de ACM verkend welke ruimte er op dit moment binnen de mededingingsregels bestaat voor het gezamenlijk onderhandelen van kleine aanbieders. Kern van de uitkomst van die verkenning is dat gezamenlijk onderhandelen wel degelijk mogelijk is, mits het uitgaat van een zorginhoudelijk doel dat onderschreven wordt door de driehoek van aanbieders, verzekeraar(s) en vertegenwoordigers van patiënten.<sup>21</sup> Het is dus niet de bedoeling dat er «blok tegen blok» onderhandelingen plaatsvinden die enkel zijn gericht op commerciële belangen zoals de tarieven; dergelijke onderhandelingen zijn in het algemeen niet in het belang van de patiënt/verzekerde. Ik roep partijen op om van de bestaande ruimte gebruik te maken, in het belang van de kwaliteit en toegankelijkheid. De NZa werkt momenteel aan een handreiking om partijen daarbij te ondersteunen.

<sup>19</sup> Kamerstuk 27 529, nr. 291.

<sup>20</sup> Samenwerking tussen zorgwerkgevers op de arbeidsmarkt | ACM.nl.

<sup>21</sup> Samenwerken in de zorgsector | ACM.nl.

#### 4. Aanpassing van het zorgspecifieke markttoezicht is gewenst

Bij de beweging naar meer samenwerking hoort ook een passende inrichting van het zorgspecifieke markttoezicht. Daarvoor is het van belang dat het markttoezicht beter aansluit op inhoudelijke en beleidsmatige ontwikkelingen in de zorg. Dit betekent dat ik, in tegenstelling tot mijn voorgangers, niet voornemens ben dit toezicht over te hevelen van de NZa naar de ACM. Met inhoudelijke aanpassingen van het toezicht werk ik bovendien aan het verminderen van de administratieve lasten voor aanbieders en passendere instrumenten voor de NZa om gericht bij te kunnen sturen als dat echt nodig is. Hieronder licht ik de beoogde aanpassingen van het zorgspecifieke markttoezicht nader toe, waaronder het vervallen van de zorgspecifieke omzetrempel voor het concentratietoezicht van de ACM op grond van de Mededingingswet en de beoogde aanpassingen van het zorgspecifieke fusietoets (hierna: Zft) en het aanmerkelijke marktmacht instrumentarium (hierna: AMM-instrumentarium) van de NZa op grond van de Wet marktordening gezondheidszorg (zie Bijlage A voor een uitgebreid overzicht). Hiermee kom ik tegemoet aan de eerder toegezegde evaluatie van de herpositivering van de markttoezichttaken van de NZa.<sup>22</sup>

##### 4.1 Vervallen verlaagde omzetrempels concentratietoezicht op grond van de mededingingswet

In juli 2022 nam ik, in overleg met de Staatssecretaris Mijnbouw, het besluit om de *verlaagde omzetrempels* voor het concentratietoezicht op grond van de Mededingingswet niet te verlengen per januari 2023. Concentraties, zoals fusies en overnames, kunnen gezien worden als een uiterste en definitieve vorm van samenwerking. Alle activiteiten van de betrokken partijen kunnen dan namelijk direct binnen de organisatie gecoördineerd worden, zonder dat daarvoor privaatrechtelijke contracten of andere organisatie-overstijgende afspraken nodig zijn. Vaak beslaat een samenwerking tussen organisaties echter slechts een deel van de activiteiten en heeft het gescheiden houden van de overige activiteiten juist meerwaarde. Een fusie is dan niet nodig en ook niet de beste oplossing voor de patiënt. In andere gevallen kan een fusie wel de beste manier zijn om een samenwerkingsverband breed en structureel vorm te geven.

Bij de invoering van de Zorgverzekeringswet werd geconstateerd dat fusies in de zorg een risico vormden voor de keuzevrijheid van patiënten in de regio. Daarom is destijds besloten de omzetrempel voor het toezicht in de zorg te verlagen ten opzichte van de generieke drempel. De afgelopen 15 jaar hebben de samenleving en de zorg zich echter zodanig ontwikkeld dat het belang van samenwerking, inclusief fusies, om de toegankelijkheid en kwaliteit te borgen zwaarder is gaan wegen. Bovendien woog de impact van de verlaagde omzetrempels, met gemiddeld één voorkomen of aangepaste nadelige fusie per jaar<sup>23</sup>, onvoldoende op tegen de (administratieve) drempels voor zorgaanbieders. Dit heeft geleid tot het besluit de verlaging van de omzetrempels in de zorg niet langer te continueren en deze weer gelijk te trekken met de andere economische sectoren. De komende periode zet ik in op monitoring van de effecten van dit besluit, zodat ik bij onvoorziene negatieve effecten tijdig maatregelen kan treffen.<sup>24</sup> Op 12 juni 2023 stuurde ik uw Kamer een eerste update van deze monitoring met de

<sup>22</sup> Kamerstuk 36 200 XVI, nr. 191.

<sup>23</sup> Evaluatie omzetrempels zorg | Rapport | Rijksoverheid.nl.

<sup>24</sup> Kamerstuk 32 620, nr. 284.

conclusie dat er momenteel nog geen zorgwekkende signalen zijn rondom fusies en overnames in het verlaagde omzetsegment.

#### *4.2 Positionering zorgspecifiek markttoezicht*

In het inmiddels teruggetrokken voorstel van *wet tot wijziging van de Wet marktordening gezondheidszorg en enkele andere wetten in verband met aanpassingen van de tarief- en prestatieregulering en het markttoezicht op het terrein van de gezondheidszorg* was het voorstel om het zorgspecifieke markttoezicht over te hevelen van de NZa naar de ACM.<sup>25</sup> Gezien alle ontwikkelingen in de zorg ben ik van mening dat het op dit moment onverstandig is deze stap te zetten. Zoals in deze brief geschetst is het van belang bij de beweging naar meer samenwerking steeds vanuit een breed zorginhoudelijk en maatschappelijk perspectief te kijken naar het borgen van de publieke belangen. Veel van de toezichttaken die daarbij relevant zijn, zijn reeds bij de NZa belegd, zoals het toezicht op de zorgplicht van zorgverzekeraars, het toezicht op de (publieke) eisen aan goed en integer bestuur van aanbieders en het toezicht op de regels voor zorginkoop en bekostiging. Al deze instrumenten, inclusief de Zft en het AMM-instrumentarium, dienen nu en in de toekomst optimaal aan te sluiten bij het gevoerde beleid van (onder andere) meer samenwerking in het belang van de patiënt/verzekerde en minder administratieve lasten voor zorgaanbieders. In die context bestaan synergievoordelen door de Zft en het AMM-instrumentarium bij de NZa te houden. In dat opzicht weeg ik deze synergievoordelen op dit moment zwaarder dan die van het in één hand brengen van de Zft en het AMM-instrumentarium met het concentratietoezicht en het toezicht op misbruik economische machtspositie van de ACM uit hoofde van de Mededingingswet.

#### *4.3 Aanpassingen zorgspecifieke fusietoets*

De Zft is een toets op de gevolgen van voorgenomen zorgfusies op de continuïteit van cruciale zorg en om te beoordelen of het fusieproces zorgvuldig is doorlopen, bijvoorbeeld ten aanzien van verwachte financiële gevolgen en betrokkenheid van cliënten, medewerkers en andere stakeholders bij de fusieplannen. Dit is van belang, omdat fusies belangrijke gevolgen kunnen hebben voor zorgmedewerkers en de lokale inrichting van het zorglandschap. Het is dus van belang dat de diverse belangen door de fuserende partijen goed meegewogen worden. Tegelijkertijd leidt deze toets inherent tot extra administratieve lasten voor aanbieders die willen fuseren. Ook biedt het huidige instrumentarium zeer beperkt de mogelijkheid om evident onwenselijke fusies op inhoudelijke gronden tegen te houden.

Daarom wil ik met een aantal aanpassingen de administratieve lasten van de toets voor fuserende partijen verlichten en duidelijkheid bevorderen. Ten eerste wordt op dit moment als ondergrens voor toepassing van de Zft aan de fuserende partijen een eis gesteld aan het aantal personen dat zorg doet verlenen bij de betrokken instellingen. Dit is in de praktijk moeilijk vast te stellen en leidt tot onnodige administratieve lasten en onduidelijkheid. Ik wil deze eis daarom vervangen door een (vergelijkbare) omzetrempel. Ook wil ik met de NZa en ACM verkennen hoe de gegevens van aanbieders bij de Zft en het concentratietoezicht op grond van de Mededingingswet nog meer gestandaardiseerd en eenmalig uitgevraagd kunnen worden en hoe gegevens tussen de toezichthouders onderling optimaal uitgewisseld kunnen worden. Verder kent de toets op dit moment geen beperking voor de omvang van de kleinste aanbieder bij overnames. Als de overnemende partij boven de drempel valt, moeten

<sup>25</sup> Kamerstuk 34 445, nr. 2.

dergelijke fusies altijd gemeld worden en voldoen aan de eisen van de Zft. In de praktijk leidt dit tot onevenredige administratieve lasten bij kleinschalige overnames. Daarom wil ik dergelijke overnames uitsluiten van een volledige toets, middels de introductie van een extra omzetrempel die ervoor zorgt dat in de toekomst cumulatief sprake is van zowel een drempel voor de totale gezamenlijke grootte van de betrokken partijen, als voor de omvang van de kleinste betrokken partij afzonderlijk. Wel overweeg ik een meldplicht voor dergelijke overnames te behouden, zodat de NZa in het kader van haar rol als markttoezichthouder kan blijven monitoren hoeveel en wat voor soort fusies en overnames in dit segment plaatsvinden en indien nodig maatregelen kan treffen. Op die manier worden de administratieve lasten voor aanbieders verlicht, zonder dat dit ten koste gaat van inzicht in de ontwikkelingen. Tot slot wil ik met het oog op het verminderen van de administratieve lasten verkennen of de zogenaamde concentratie-effectrapportage, als onderdeel van het toetsingsproces, vereenvoudigd kan worden.

Daarnaast wil ik in de wet de mogelijkheid creëren om bij lagere regelgeving nadere voorwaarden te stellen aan fuserende partijen op grond van de Zft (kan-bepaling). Dit maakt het mogelijk om meer gericht onwenselijke fusies tegen te kunnen houden. Ik denk daarbij concreet aan het tegengaan van fusies waarbij één van de betrokken partijen reeds overaangetoond aanmerkelijke marktmacht beschikt (dit is in het bijzonder relevant voor fusies die vanwege hun omzet niet gemeld hoeven worden voor het concentratietoezicht op grond van de Mededingingswet). In combinatie met de in paragraaf 4.1 genoemde besluit ten aanzien van de omzetrempels voor het concentratietoezicht op grond van de Mededingingswet, wordt het vormgeven van een beoogde fusie voor aanbieders minder administratief belastend, zonder dat dit ten koste gaat van de mogelijkheid om als overheid in te grijpen als dat echt nodig is.

#### *4.4 Aanpassingen instrumentarium aanmerkelijke marktmacht*

Ook voor het AMM-instrumentarium zie ik mogelijkheden om tot een meer doelmatige en doeltreffende inzet te komen. Tot op heden is het AMM-instrumentarium immers zeer beperkt ingezet. Eén van de redenen daarvoor is dat de toezichthouder op dit moment relatief beperkt is in de manieren waarop een aanmerkelijk marktmacht vastgesteld kan worden. Op dit moment moet de markt namelijk «volgens de beginselen van het algemene mededingingsrecht» afgebakend worden. Dit uitgangspunt wil ik schrappen. Daardoor wordt het voor de toezichthouder, de NZa, mogelijk om alternatieve methoden voor marktafbakening, die in de literatuur reeds beschreven zijn, te gebruiken die beter op lokale zorgmarkten toegespitst zijn.

Verder zijn de op dit moment op te leggen verplichtingen niet altijd passend bij daadwerkelijke knelpunten in de praktijk. Daarom wil ik de toezichthouder in staat stellen beter passende verplichtingen op te leggen. Ik wil bijvoorbeeld verkennen in welke mate het AMM-instrumentarium meer kan fungeren als stok achter de deur bij de uitvoering van regio-plannen indien marktmacht van betrokken partijen een obstakel is.

Ik zal uw Kamer voor het eind van het jaar nader informeren over de termijn en wijze waarop ik de beoogde aanpassingen van de Zft en het AMM-instrumentarium wil realiseren.

#### **Tot besluit**

Er bestaat geen wondermiddel om een duurzame beweging naar meer samenwerking in de zorg van de ene op de andere dag te realiseren.

Daarvoor is de zorg te divers en complex, zijn de belangen te groot, en zijn we te veel van elkaars kennis en kunde afhankelijk. Wat daarom nodig is, is een veelheid aan doelbewuste en gerichte interventies die gezamenlijk optellen tot een nieuwe koers waarbij de publieke belangen optimaal zijn gewaarborgd. De komende periode zal ik daar in overleg met uw Kamer verdere invulling aan geven.

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,  
E.J. Kuipers

Het markttoezicht in de zorg dat relevant is voor samenwerking tussen aanbieders en/of verzekeraars bestaat voor een deel uit het toezicht van de Autoriteit Consument en Markt (ACM) op grond van de Mededingingswet. Daarnaast heeft de NZa op grond van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) een belangrijke rol met het toezicht op de zorgplicht van zorgverzekeraars, de zorgspecifieke concentratietoets (ook wel fusietoets genaamd, hierna: Zft) en het aanmerkelijke marktmacht instrumentarium (AMM-instrumentarium).

#### *A.1 Uitgangspunten algemeen mededingingstoezicht door de ACM*

De ACM houdt op grond van de Mededingingswet onafhankelijk toezicht op het naleven van de mededingingsregels door ondernemingen. Ook zorgaanbieders en zorgverzekeraars vallen onder dit toezicht. Het doel van deze regels is om te borgen dat ondernemingen zich niet onafhankelijk van de belangen van consumenten op kunnen stellen. Kernonderdelen van de mededingingsregels waarop de ACM toezicht dient te houden zijn:

- a. Het kartelverbod: dit beoogt te voorkomen dat ondernemingen door onderlinge afspraken zichzelf kunnen bevoordelen ten koste van de belangen van consumenten. Hieronder vallen bijvoorbeeld prijs- of marktverdelingsafspraken die enkel het doel dienen om prijzen op te drijven.
- b. Het verbod op misbruik van een economische machtspositie: dit beoogt te voorkomen dat ondernemingen die een economische machtspositie hebben deze ongehinderd in kunnen zetten om zichzelf te bevoordelen. Hierbij kan gedacht worden aan excessieve prijzen van producten of het actief voorkomen van toetreding en innovatie op de markt.
- c. Tot slot heeft de ACM op grond van de Mededingingswet de taak om voorgenomen fusies tussen ondernemingen te toetsen op het risico dat de mededinging op de betrokken markt wordt belemmerd. Op grond hiervan kunnen voorgenomen fusies en overnames worden verboden, of alleen onder bepaalde eraan verbonden voorwaarden doorgang vinden.

Deze drie kernonderdelen van de mededingingswetgeving zijn dus bedoeld om de positie van consumenten in Nederland te beschermen tegen ongewenst gedrag van ondernemingen (lees: zorgaanbieders en zorgverzekeraars). Samenwerkingen die tot meer of duidelijkere keuzes voor patiënten en verzekerden leiden zijn in beginsel altijd toegestaan. Mededinging en samenwerking zijn dan ook allerminst tegenstellingen.

Maar ook voor samenwerkingen die ten koste gaan van keuzemogelijkheden en mededinging, bieden de mededingingsregels expliciet ruimte.<sup>26</sup> Voorwaarde is daarbij steeds dat *de voordelen van de samenwerking voor de patiënt en verzekerde op korte en lange termijn opwegen tegen de nadelen van beperking van keuzemogelijkheden en mededinging voor diezelfde patiënt/verzekerde*. Met een goede onderbouwing is samenwerking die de concurrentie belemmert dus ook mogelijk. Het is echter niet altijd op voorhand duidelijk wanneer voldoende aannemelijk is dat de voordelen opwegen tegen de nadelen. Bijvoorbeeld omdat binnen een samenwerkingsverband afwegingen moeten worden gemaakt tussen de publieke belangen kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid. Of omdat onvoldoende duidelijk is wat de gevolgen van het samenwerkingsverband voor de innovatiekracht en mogelijkheid van nieuwe toetreders zijn. Nadere duiding van de mededingingsregels kan bijdragen aan het zorgen

<sup>26</sup> Zie bijvoorbeeld artikel 6 lid 3 van de Mededingingswet.

voor duidelijkheid, maar er zal altijd sprake blijven van een casuïstische beoordeling zodat rekening kan worden gehouden met specifieke context van de (te maken) samenwerkingsafspraken.

#### *A.2 Algemene handvatten voor samenwerking binnen de mededingingsregels*

Op voorhand is dus helaas niet in algemene termen een zwart-wit antwoord te geven op de vraag wanneer de voordelen van samenwerking voldoende opwegen tegen de nadelen; dat is casus-specifiek. Nadere duiding van de mededingingsregels draagt echter wel bij aan het bieden van handvatten voor samenwerkende partijen. In dat kader werkt de ACM proactief aan het zo goed mogelijk verhelderen van de ruimte die de mededingingsregels in de zorg bieden, zodat partijen daar bij het vormgeven van gewenste samenwerkingsverbanden zo goed mogelijk rekening kunnen houden.

Kernbegrippen om samenwerking mogelijk te maken binnen de mededingingsregels zijn daarbij duidelijkheid, kenbaarheid en democratische legitimiteit:

- Bij samenwerkingen die keuzemogelijkheden van patiënten beperken moeten partijen concrete doelen formuleren en die doelen meetbaar en toetsbaar maken. Bij gebrek aan duidelijkheid neemt het risico toe dat de samenwerking (ook) tot situaties leidt die niet in het belang van de patiënt/verzekerde zijn.
- Door dergelijke samenwerkingsvormen kenbaar te maken aan relevante stakeholders, waaronder in het bijzonder burgers en overheden, wordt op een transparante manier het positieve maatschappelijke doel van de samenwerking onderstreept. Wanneer dit niet het geval is, kan dat duiden op (bewuste) uitsluiting van andere partijen/opties en nemen de mededingingsrisico's toe.
- Er moet sprake zijn van democratische legitimiteit of anderszins aantoonbaar maatschappelijk draagvlak voor de plannen. De essentie hiervan is dat patiënten/verzekerden (of een vertegenwoordiger) invloed kunnen blijven uitoefenen als de mogelijkheid tot invloed door keuzemogelijkheden op de zorgverlenings- of zorgverzekeringsmarkt beperkt is. Dit kan op meerdere manieren vormgegeven worden. Een eerste optie is om alle stakeholders uit de zogenaamde zorgdriehoek (aanbieders, verzekeraars en patiënten/verzekerden) een nadrukkelijke stem te geven in de vormgeving van de samenwerking. Als alle stakeholders immers positief tegenover de samenwerking staan, is er in het algemeen voldoende reden aan te nemen dat de samenwerking ook in het publieke belang is. Een andere optie is om als overheid meer richting te geven, zodat indien nodig verantwoording aan het parlement kan worden afgelegd. Dit kan bijvoorbeeld aan de hand van publiek vastgestelde richtlijnen of overheidsbesluiten.

In alle gevallen waarbij sprake is van een beperking van de keuzevrijheid door samenwerking is het daarnaast van belang oog te houden voor de noodzakelijkheid en proportionaliteit van die samenwerking. Dat houdt in dat er een duidelijk probleem (op het gebied van kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de zorg) moet zijn dat noopt tot samenwerking, en dat de samenwerking niet verder gaat dan wat nodig is om dat probleem op te lossen. Zodat wordt voorkomen dat specifieke belangen van alleen één of enkele van de partijen gediend zijn met de betreffende afspraak.

Om onzekerheid bij en risico's voor partijen zo veel mogelijk te minimaliseren, communiceert de ACM bovendien actief over haar prioriteringsbeleid. Dit houdt in dat de ACM aangeeft dat zij in bepaalde gevallen op

voorhand geen onderzoek uit eigen beweging start. Daarbij kan zij ook op voorhand aangeven geen gebruik te maken van haar boetebevoegdheid. De beleidsregel JZOJP is daar een voorbeeld van: als partijen zich houden aan de daarin genoemde vijf voorwaarden, start de ACM geen onderzoek uit eigen beweging en dreigt ook geen boete. Dat neemt echter niet weg dat de ACM bij onderbouwde klachten van derden (dat kunnen andere direct betrokken partijen, maar ook burgers en overheden zijn), op grond van haar wettelijk taak genoodzaakt kan zijn alsnog onderzoek te starten en de samenwerking actief te toetsen aan de mededingingsregels. Het blijft ook altijd een mogelijkheid voor partijen om een samenwerking door de rechter te laten toetsen aan de mededingingsregels. Het prioriteringsbeleid van de ACM doet dus niks af aan de rol en taak van de ACM als toezichthouder en doet dus ook geen afbreuk aan de rechtsbescherming van burgers en bedrijven.

### *A.3 De zorgplicht en het zorgspecifieke markttoezicht*

Ook het toezicht op de zorgplicht en het zorgspecifieke markttoezicht, waaronder ik de Zft en het AMM-instrumentarium versta, heeft invloed op de mogelijkheden van samenwerking in de zorg:

- Een belangrijke randvoorwaarde voor het borgen van de publieke belangen in de relatie tussen zorgverzekeraars en aanbieders is de zorgplicht voor zorgverzekeraars. De NZa houdt hier op grond van de Wmg toezicht op. Zorgverzekeraars kunnen alleen aan hun zorgplicht voldoen wanneer zij voldoende zorg bij diverse aanbieders in voldoende onderlinge samenhang inkopen. Wanneer goede en toegankelijke zorg dus alleen door samenwerking tussen zorgaanbieders geleverd kan worden, vormt de zorgplicht een aanleiding en verantwoording voor het faciliteren en stimuleren van samenwerking door zorgverzekeraars. Dit relateert daarmee direct aan de beoordeling van de noodzakelijkheid van de samenwerking vanuit mededingingsperspectief.
- Fusies kunnen gezien worden als een uiterste vorm van samenwerking met gevolgen voor de keuzemogelijkheden voor (potentiële) patiënten. Een extra borging op de publieke belangen bij fusies en overnames in de zorg is daarom geregeld door de Zft. Dat is een toets van de NZa op de gevolgen van voorgenomen zorgfusies op de continuïteit van cruciale zorg en op de zorgvuldige betrokkenheid van cliënten, medewerkers en andere stakeholders bij de fusieplannen. Deze toetsing draagt er onder andere aan bij dat zorginstellingen fusieplannen vooraf doordenken en relevante partijen betrekken, ook als er vanuit mededingingsoogpunt geen bezwaar tegen de fusie is. Het doorlopen van de Zft is voorwaardelijk voor de toetsing van de fusie op overname door de ACM op grond van de Mededingingswet.
- Het AMM-instrumentarium maakt het tot slot mogelijk om verplichtingen op te leggen aan zorgverzekeraars of zorgaanbieders met een economische machtspositie, zonder dat al sprake is van machtsmisbruik.<sup>27</sup> Dit instrument is juist gericht op het voorkomen van misbruik van een machtspositie in tegenstelling tot het toezicht van de ACM dat gericht is op reeds gemaakt misbruik. Deze AMM-verplichtingen kunnen (voor een afgebakende (deel)markt) zowel op individuele partijen als op samenwerkingsverbanden worden toegepast. Het vormt daarmee een mogelijkheid om de marktmacht van een samenwerkingsverband in te perken. In de praktijk is dit instrument tot op heden drie keer ingezet.

---

<sup>27</sup> In artikel 48, Wmg is vastgelegd welke verplichtingen opgelegd kunnen worden.