

CONCURRENTIE IN DE ZIEKENHUISSECTOR

Visiedocument 3128/55
Den Haag, januari 2004

Visiedocument Concurrentie in de ziekenhuissector

1	<i>Inleiding</i>	2
2	<i>Reikwijdte van het visiedocument</i>	4
2.1	Inleiding	4
2.2	Overzicht belangrijkste aanbieders van ziekenhuiszorg	5
2.3	Relatie medisch specialist – ziekenhuis	6
3	<i>Is de Mededingingswet van toepassing?</i>	10
3.1	Inleiding	10
3.2	Toetsing voorwaarden voor toepassing van de Mededingingswet	11
3.2.1	Invloed / keuzevrijheid van aanbieders op de aangeboden zorg.....	11
3.2.2	Financiële prikkels voor aanbieders van ziekenhuiszorg	14
3.2.3	Invloed / keuzevrijheid van patiënten op aangeboden zorg.....	21
3.3	Ongelijk speelveld	27
3.3.1	Inleiding	27
3.3.2	ZBC's versus ziekenhuizen	28
3.3.3	Ziekenhuizen onderling.....	29
3.3.4	Toekomst.....	29
3.4	Conclusie	31
4	<i>Marktafbakening in de ziekenhuissector</i>	33
4.1	Inleiding	33
4.2	Uitgangspunten voor het afbakenen van relevante markten	33
4.3	Te onderscheiden productmarkten	34
4.3.1	Klinische of niet-klinische ziekenhuiszorg.....	34
4.3.2	Tweede of derde compartiment	36
4.3.3	Topzorg	37
4.3.4	Schematische weergave van de verschillende kenmerken	37
4.4	Relevante Geografische Markt	38
5	<i>Rol / positie NMa</i>	41
6	<i>Inwerkingtreding</i>	42

1 Inleiding

1. Tussen 1998 en 2002 is een aantal fusies tussen ziekenhuizen aangemeld bij de Nederlandse Mededingingsautoriteit (hierna: NMa). De NMa heeft bij de behandeling van deze fusies geconcludeerd dat van overheidswege daadwerkelijke mededinging tussen ziekenhuizen niet mogelijk was. Op basis van deze overweging werd geconcludeerd dat deze fusies tussen ziekenhuizen niet inhoudelijk getoetst behoeften te worden.
2. Onder meer naar aanleiding van wijzigingen in de regelgeving van de afgelopen tijd en de maatschappelijke discussie omtrent de wenselijkheid van een voortgaande concentratie in de ziekenhuissector, heeft de NMa onderzoek gedaan naar de concurrentiemogelijkheden van aanbieders van ziekenhuiszorg per 1 januari 2003. Dit onderzoek heeft geleid tot het Consultatiedocument 'Concurrentie in de ziekenhuissector' van juni 2003, waarin een eerste analyse van de bovenbeschreven problematiek is gemaakt.
3. Naar aanleiding van het Consultatiedocument 'Concurrentie in de ziekenhuissector' (hierna: Consultatiedocument) heeft de NMa diverse schriftelijke en mondelinge reacties ontvangen van marktpartijen en betrokken (overheids)instanties. Deze reacties betroffen aanvullingen op of nuanceringen van de door de NMa beschreven actuele stand van zaken (zowel juridisch als feitelijk) met betrekking tot marktwerking in deze sector. Daarnaast is ingegaan op de vragen die de NMa in het Consultatiedocument aan de sector heeft voorgelegd en zijn ervaringen en standpunten kenbaar gemaakt.
4. In het onderhavige Visiedocument wordt, rekening houdend met voornoemde reacties, de visie van de NMa op de thans bestaande ruimte voor concurrentie in de ziekenhuiszorg weergegeven (hoofdstuk 3). Daarbij wordt ingegaan op het afbakenen van de relevante markten in deze sector en de resultaten van de onderzoeken die de NMa in dit verband heeft laten verrichten door Ecorys NEI en door Prismant (hoofdstuk 4). Voorts wordt ingegaan op de rol die de NMa in deze sector inneemt en de wijze waarop de NMa de komende periode met haar bevoegdheden en taken op grond van de Mededingingswet zal omgaan (hoofdstuk 5).
5. Gezien het karakter van onderhavig document, namelijk het weergeven van een visie op de ruimte voor concurrentie in de ziekenhuiszorg, wordt geen uitgebreide weergave meer gegeven van de juridische en feitelijke context waarin ziekenhuizen en andere aanbieders opereren. Deze context is reeds aan de orde gekomen in het Consultatiedocument. Het gaat voorts de reikwijdte van onderhavig document te buiten om op alle reacties van partijen uit de sector in te gaan. De NMa heeft de diverse schriftelijke en mondelinge reacties meegewogen bij haar visie op deze sector. Daar waar sprake is van een belangrijke aanvulling of verduidelijking, worden de reacties expliciet besproken.
6. Ten slotte moet worden benadrukt dat de visie van de NMa in onderhavig document is gebaseerd op de thans beschikbare informatie en een algemeen karakter heeft. Een mededingingsrechtelijke

beoordeling wordt altijd gegeven in een bepaalde context, rekeninghoudend met de specifieke omstandigheden waarin de gedraging, de afstemming of de concentratie plaatsvindt.

7. Dit Visiedocument is op grond van artikel 4:81, eerste lid, van de Algemene wet bestuursrecht opgesteld. In een later stadium kan mogelijk als gevolg van verdere of nieuwe ontwikkelingen op de markten voor ziekenhuiszorg herziening of aanvulling van dit Visiedocument volgen.

2 Reikwijdte van het visiedocument

2.1 Inleiding

8. Het volledige aanbod van zorg en diensten dat door ziekenhuizen wordt geboden, heeft direct of indirect te maken met de behandeling van patiënten. Belangrijk onderdeel van de ziekenhuiszorg is de medisch specialistische zorg. De medisch specialismen kunnen worden onderverdeeld in poortspecialismen¹ - zij worden zo genoemd omdat zij in grote mate de kosten van het ziekenhuis bepalen -, en ondersteunende specialismen². Medisch specialistische zorg is tot op heden voornamelijk geconcentreerd in ziekenhuizen.
9. In het ziekenhuisaanbod staat medisch specialistische zorg niet op zichzelf; zo wordt tevens voorzien in verpleging en verzorging van patiënten en facilitaire en medische ondersteuning. Voorbeelden van medische ondersteuning zijn geneesmiddelenvoorziening door een ziekenhuisapotheek en laboratoriumonderzoek.
10. Naast het aanbieden van medisch specialistische zorg en de daarbij behorende verpleging en verzorging, bieden ziekenhuizen steeds vaker 'niet-traditionele' ziekenhuiszorg aan patiënten aan. Daarbij valt te denken aan kraamvoorzieningen en farmaceutische hulp aan patiënten die niet in het ziekenhuis zijn opgenomen. Deze niet-traditionele ziekenhuisactiviteiten vallen buiten het kader van het visiedocument.³ Voor zover ziekenhuizen AWBZ-zorg aanbieden, dan is daarvoor het Visiedocument "AWBZ-zorgmarkten" het relevante beoordelingskader.
11. Om patiënten te kunnen behandelen (en zorg aan te kunnen bieden), kopen ziekenhuizen diverse goederen en diensten in. Ziekenhuizen treden dan op als vrager. Het betreft hier bijvoorbeeld de inkoop van facilitaire middelen, de inkoop van geneesmiddelen en de inkoop van diensten van medisch specialisten. In het Consultatiedocument zijn deze inkoopactiviteiten van ziekenhuizen, alhoewel mogelijk van invloed op het aanbod van ziekenhuiszorg, niet diepgaand onderzocht.
12. Diverse partijen uit de sector hebben in hun reactie op het Consultatiedocument aandacht gevraagd voor de positie van medisch specialisten in het ziekenhuis en hun invloed op het aanbod van ziekenhuizen. Naar aanleiding van deze reacties, is alsnog nader onderzoek gedaan naar de relatie tussen de medisch specialist en het ziekenhuis. Dit wordt behandeld in paragraaf 2.3.
13. Alvorens in te gaan op de concurrentiemogelijkheden van aanbieders van ziekenhuiszorg en de vraag of de Mededingingswet van toepassing is, wordt eerst een korte beschrijving gegeven van de belangrijkste aanbieders, inclusief een typering van de zorg die zij aanbieden.

¹ Zoals interne geneeskunde, chirurgie, gynaecologie, kindergeneeskunde en neurologie.

² Zoals radiodiagnostiek, anaesthesiologie en klinische pathologie.

³ Op deze markten staat niet ter discussie dat concurrentie mogelijk is en is de Mw van toepassing.

2.2 Overzicht belangrijkste aanbieders van ziekenhuiszorg

14. **Algemene ziekenhuizen** kunnen worden onderscheiden in basisziekenhuizen en topklinische ziekenhuizen. In een basisziekenhuis, dat zich toelegt op de veel voorkomende vormen van ziekenhuiszorg (de reguliere zorg), zijn onder andere de poortspecialismen en de onmisbare ondersteunenden specialismen vertegenwoordigd. Een topklinisch ziekenhuis vervult in het algemeen dezelfde functies als een basisziekenhuis, maar heeft aanvullend topklinische functies. Het aanbod van topklinische zorg wordt gereguleerd door middel van een vergunningensysteem op grond van de Wet op de bijzondere medische verrichtingen (hierna: WBMV). Op grond van kwaliteits- en doelmatigheidsoverwegingen mag een beperkt aantal ziekenhuizen topklinische verrichtingen aanbieden. Voorbeelden van topklinische verrichtingen zijn orgaantransplantatie en stamceltransplantatie.
15. **Academische ziekenhuizen** leveren patiëntenzorg en staan mede ten dienste van het wetenschappelijk geneeskundig onderwijs en onderzoek aan de universiteit waaraan zij zijn verbonden.⁴ Ten aanzien van de patiëntenzorg heeft een academisch ziekenhuis als kerntaak het leveren van topreferente zorg. Topreferente zorg betreft zeer specialistische patiëntenzorg die gepaard gaat met bijzondere diagnostiek en behandeling waarvoor geen doorverwijzing meer mogelijk is (een 'last resort'-functie).⁵ De zorginhoudelijke verschijningsvormen van topreferente zorg zijn zeer divers. Bovendien is de definitie steeds aan verandering onderhevig, met name door ontwikkelingen in medische wetenschap en technologie. Naast topreferente zorg levert een academisch ziekenhuis ook topklinische zorg en reguliere patiëntenzorg.
16. **Categoriale ziekenhuizen** bieden, net als academische en algemene ziekenhuizen, medisch specialistische behandelingen en de daarbij noodzakelijke verpleging aan, met dit verschil dat de behandeling en verzorging zich beperkt tot slechts één of enkele specialismen. Het betreft onder andere revalidatie- en brandwondencentra. De meeste categoriale ziekenhuizen zijn kleine instellingen in termen van bedden capaciteit (< 250 bedden).⁶
17. De hiervoor beschreven ziekenhuizen kunnen meerdere locaties hebben; twee of meer gelijkwaardige locaties of een centrale locatie met een of meer decentrale locaties.⁷ Deze decentrale voorzieningen kunnen zowel 'dagziekenhuizen'⁸ als 'buitenpoli's'⁹ zijn, die qua zorgaanbod vergelijkbaar zijn met de

⁴ Zie het rapport Positionering academische ziekenhuizen, ministerie van VWS, 1998.

⁵ Zie de Nota positionering algemene ziekenhuizen, Ministerie van VWS, september 2000, p. 20

⁶ Bron: www.zorgatlas.nl.

⁷ Er kan dus een onderscheid worden gemaakt tussen ziekenhuisorganisaties - in dit document omschreven als 'ziekenhuis', en ziekenhuislocaties. Een ziekenhuisorganisatie is een organisatievorm die kan bestaan uit één of meerdere ziekenhuislocaties.

⁸ Een dagziekenhuis is een ziekenhuis dat zich toelegt op de algemene niet te complexe medisch specialistische zorg en dat voorziet in poliklinische zorg (geen 24-uurs zorg en geen intensieve zorg of hartbewaking) en dagbehandeling/- verpleging.

Zelfstandige Behandelcentra (hierna: ZBC's). Klinische verrichtingen zijn dan doorgaans geconcentreerd op de centrale (hoofd)locatie. In de hieraan verbonden dagziekenhuizen of buitenpoli's wordt voornamelijk eenvoudigere zorg geleverd, waarvoor een klinische opname niet noodzakelijk is.

18. Een deel van de medisch specialistische zorg die door ziekenhuizen wordt aangeboden, wordt ook aangeboden door privé-klinieken. Het betreft dan algemene, niet te complexe electieve medisch specialistische zorg, die poliklinisch of in dagbehandeling worden verricht. Een aantal privé-klinieken is aan te merken als ZBC in de zin van de Regeling Zelfstandige Behandelcentra¹⁰.
19. **ZBC's** zijn ingevolge deze regeling organisatorische verbanden die niet deel uitmaken van of fungeren ten behoeve van een ziekenhuis en die strekken tot de verlening van medisch specialistische zorg behorende tot het tweede compartiment. In totaal zijn er ongeveer 45 ZBC's in Nederland. ZBC's voorzien voornamelijk in behandeling van wachtlijstverrichtingen zoals cataract-, knie-, en heupoperaties. De definitie verhindert niet dat ZBC's tevens verrichtingen uit het derde compartiment kunnen uitvoeren.
20. **De overige privé-klinieken** richten zich op zorg behorende tot het derde compartiment. Het betreft een uiteenlopend aanbod van zorg en/ of medische ingrepen. Te denken valt aan cosmetische operaties, zoals ooglidcorrecties, neus-, kin-, en wangoperaties, lip en borstvergrotingen en vetafzuigingen (liposuctie) alsmede refractie. Onder deze categorie worden in dit document ook begrepen de privé-klinieken die zorg uit het tweede compartiment aanbieden, maar die niet voldoen aan het criterium 'in organisatorisch verband' (zoals bijvoorbeeld de solistisch werkende specialisten of de instellingen waarin één medisch specialist met andere beroepsbeoefenaren samenwerkt).

2.3 Relatie medisch specialist – ziekenhuis

21. Het grootste gedeelte van de medisch specialisten in Nederland is werkzaam in een ziekenhuis. De verhouding met het ziekenhuis wordt op verschillende manieren geregeld. Medisch specialisten zijn werkzaam in een ziekenhuis op basis van een arbeidsovereenkomst, op basis van een ambtelijke aanstelling of op basis van een toelatingsovereenkomst. In de eerste twee gevallen is sprake van een dienstverband. De medisch specialisten die op basis van een toelatingsovereenkomst werkzaam zijn, worden ook wel aangeduid als "vrijgevestigd".

⁹ Een buitenpoli is een voorziening voor ambulante zorg - in het algemeen geen behandeling - die alleen overdag en op werkdagen is geopend. Tussen buitenpoli's bestaan grote verschillen in functie. De meest eenvoudige vorm is een spreekuurvoorziening voor medisch specialisten.

¹⁰ Met de regeling Zelfstandige Behandelcentra (11 februari 1998, StcR 1998, nr. 30, p. 9) zijn ZBC's aangewezen als ziekenhuisvoorziening. Dit sluit aan op de Integratiewet (zie randnummer 22 en verder), die naast de medisch-specialistische zorg die wordt verleend door of vanwege het ziekenhuis, de aanspraak regelt op medisch-specialistische zorg die geheel buiten het ziekenhuis wordt verleend en waarbij op geen enkele wijze gebruik wordt gemaakt van ziekenhuisfaciliteiten.

22. Medisch specialisten die in dienst van een ziekenhuis werken, zijn geen zelfstandige ondernemingen in de zin van de Mededingingswet, maar maken deel uit van de onderneming 'het ziekenhuis'. Voor een mededingingsrechtelijke kwalificatie van de vrijgevestigde medisch specialisten en hun verhouding met het ziekenhuis, is de Wet integratie medisch specialistische zorg (hierna: Integratiewet) van belang.
23. De Integratiewet heeft de voorheen aparte wettelijke aanspraken van verzekerden¹¹ op medisch specialistische hulp en ziekenhuishulp samengevoegd (geïntegreerd) tot één aanspraak op medisch specialistische zorg verstrekt door of vanwege het ziekenhuis.^{12 13}
24. De Integratiewet weerspiegelt de wederzijdse afhankelijkheid die tussen vrijgevestigde medisch specialisten en het ziekenhuis bestaat. De vrijgevestigde medisch specialist is verantwoordelijk voor de geneeskundige behandeling en verzorging van zijn patiënten, maar dient daarbij het organisatorische en financiële kader, aangegeven door het bestuur, in acht te nemen. Andersom, neemt het bestuur het zorginhoudelijke kader, aangegeven door de medisch specialist in acht.
25. Het voorgaande neemt niet weg dat het bestuur van het ziekenhuis de eindverantwoordelijkheid draagt voor de geleverde zorg en de integrale kwaliteit daarvan. Dit vloeit tevens voort uit de Kwaliteitswet Zorginstellingen. Zowel voor patiënt als voor verzekeraar is het ziekenhuis in beginsel het aanspreekpunt en niet de vrijgevestigde medisch specialist. De vrijgevestigde medisch specialist die in het ziekenhuis werkzaam is, verleent zorg vanwege het ziekenhuis en valt daarmee, onverminderd de eigen autonomie bij en verantwoordelijkheid voor de beroepsuitoefening, onder de vlag van het ziekenhuis. Zo is het ziekenhuis medewerker van het ziekenfonds in de zin van de Ziekenfondswet (hierna: ZFW) en niet de vrijgevestigde medisch specialist die in het ziekenhuis werkzaam is. Voorts declareert de medisch specialist zijn honorarium bij het ziekenhuis. De vrijgevestigde medisch specialist kan door het ziekenhuis worden aangesproken op basis van de toelatingsovereenkomst. Ziekenhuizen gebruiken de toelatingsovereenkomst dan ook als instrument om aan hun eindverantwoordelijkheid jegens patiënten en verzekeraars te voldoen.
26. Een ziekenhuis kan, zoals aangegeven, aan zijn verplichtingen als medewerker van het ziekenfonds voldoen door medisch specialisten in dienst te nemen dan wel door toelatingscontracten met hen aan te gaan. Naar aanleiding van de Integratiewet, zijn de Orde van Medisch Specialisten en de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen een nieuw model toelatingsovereenkomst overeengekomen, onder andere om de zelfstandige beroepsuitoefening van de vrijgevestigde medisch

¹¹ Ingevolge de ZFW en de Wet op de toegang tot de ziektekostenverzekeringen (hierna: Wtz).

¹² De Integratiewet regelt daarnaast de aanspraak van verzekerden op medisch specialistische zorg die geheel buiten het ziekenhuis wordt verleend en waarbij op geen enkele wijze gebruik wordt gemaakt van ziekenhuisfaciliteiten. Zoals hiervoor aangegeven gebeurt dat (nog) in beperkte mate.

¹³ Strikt genomen is deze wet niet van toepassing op particulier verzekerden. Echter, in de praktijk wordt door medisch specialisten en ziekenhuizen in de wijze van declareren in beginsel geen onderscheid gemaakt in patiëntenstromen (particulier vs ziekenfonds verzekerd). De rekeningen worden doorgaans via het ziekenhuis naar de patiënt gestuurd. Voorts is van belang dat ruim 60% van de Nederlandse bevolking ziekenfondsverzekerd is.

specialist te waarborgen. Meer dan 90% van de vrijgevestigde medisch specialisten maakt gebruik van het model¹⁴.

27. Diverse bepalingen uit de model toelatingsovereenkomst wijzen erop dat de vrijgevestigde medisch specialisten zijn aan te merken als zelfstandige onderneming in de zin van de Mw¹⁵. Belangrijke financiële risico's verbonden aan hun beroepsuitoefening worden door de vrijgevestigde medisch specialisten zelf gedragen. Zo oefent de medisch specialist voor eigen rekening en risico praktijk uit in het ziekenhuis, dient hij voor het gebruik van de ziekenhuisfaciliteiten te betalen en is hij voor dit gebruik jegens het ziekenhuis aansprakelijk. Voorts dient de vrijgevestigde medisch specialist zelf zorg te dragen voor persoonlijke voorzieningen en verzekeringen, zoals bijvoorbeeld arbeidsongeschiktheid en pensioen.
28. Het voorgaande betekent dat de vrijgevestigde medisch specialisten werkzaam in het ziekenhuis in beginsel onder de reikwijdte van de Mw vallen.
29. De verhouding tussen ziekenhuis en de vrijgevestigde medisch specialisten die in het ziekenhuis werkzaam zijn kan, mededingingsrechtelijk gezien, worden aangemerkt als een inkooprelatie. Vrijgevestigde medisch specialisten zijn in essentie toeleveranciers van het ziekenhuis. Het ziekenhuis dient als medewerker van het ziekenfonds op grond van de ZFW ervoor zorg te dragen dat hij medisch specialisten contracteert. De zorg die vervolgens door vrijgevestigde medisch specialisten op basis van het toelatingscontract is geleverd, kan, net als de zorg van medisch specialisten in dienstverband, worden beschouwd als onderdeel van de geleverde ziekenhuiszorg. Het (bestuur van het) ziekenhuis draagt integraal de verantwoordelijkheid voor de aan ziekenfonds- en particulier verzekerden geleverde zorg. Het zelfstandig ondernemerschap van de vrijgevestigde medisch specialist zorgt ervoor dat deze in tegenstelling tot de medisch specialist in dienstverband zelf voor zijn aandeel in de geleverde zorg financieel aansprakelijk is.
30. In reacties op het Consultatiedocument is aandacht gevraagd voor het tekort aan medisch specialisten. Dit tekort zou ervoor zorgen dat ziekenhuizen niet met elkaar kunnen concurreren of zou althans die concurrentiemogelijkheden aanzienlijk beperken. De NMa erkent dat een tekort aan medisch specialisten het moeilijk kan maken voor ziekenhuizen om aan voldoende gekwalificeerde medisch specialisten te komen en dat daarmee direct het aanbod van ziekenhuiszorg beïnvloed wordt. Schaarste aan medisch specialisten (en ander personeel) kan ziekenhuizen belemmeren in het uitbreiden van hun aanbod.

¹⁴ Bij de model toelatingsovereenkomst hoort een model Document Medische Staf (hierna: DMS). Dit document wordt overeengekomen door bestuur en medische staf van een ziekenhuis en maakt integraal onderdeel uit van de toelatingsovereenkomst. In het DMS zijn individuele en collectieve verantwoordelijkheden, taken en bevoegdheden vastgelegd voor de leden van de medische staf. Aangezien de medisch specialisten in dienstverband ook onderdeel uitmaken van de medische staf is bij de totstandkoming van dit model ook de Landelijke vereniging van Artsen in Dienstverband (LAD) betrokken.

¹⁵ Zie voor de criteria die hierbij een rol spelen paragrafen 1.4.1 en 2.3.1 van de Richtsnoeren voor de zorgsector.

31. Ziekenhuizen zullen allemaal hinder ondervinden van een tekort aan medisch specialisten. Het neemt niet weg dat ziekenhuizen, gegeven een tekort, vervolgens aan patiënten ziekenhuiszorg bieden en hierop invloed kunnen uitoefenen. Tekorten aan personeel sluiten concurrentie derhalve niet uit, maar bepalen / kleuren de specifieke omstandigheden waarin ziekenhuizen opereren. Zo zal in een tijd van schaarste aan medisch specialisten, de medisch specialist een sterkere onderhandelingspositie hebben dan in een periode waarin sprake is van een overschot. Ziekenhuizen zullen met elkaar moeten concurreren om het aantrekken van (de beste) specialisten.
32. Hierbij moet worden opgemerkt dat het aanbod van medisch specialisten aan verandering onderhevig is. Zo is een aanvang gemaakt met het terugdringen van het tekort door uitbreiding van het aantal opleidingsplaatsen en geldt het tekort niet voor alle specialismen of alle regio's in gelijke mate. Voorts zou een herschikking van taken tussen medisch specialisten en ander medisch personeel kunnen bijdragen aan een oplossing van het capaciteitsprobleem.

3 Is de Mededingingswet van toepassing?

3.1 Inleiding

33. De Mededingingswet is van toepassing indien en voor zover concurrentie mogelijk is. Ter beoordeling van de vraag of concurrentie mogelijk is in deze sector, zijn in het Consultatiedocument drie voorwaarden genoemd waaraan (cumulatief) ten minste in enige mate moet zijn voldaan:
- Er bestaat vrijheid voor aanbieders in het bepalen van de hoeveelheid, samenstelling, vorm, prijs en/of kwaliteit van het aanbod.
 - Er bestaan voor aanbieders prikkels om de 'productie' te verhogen.
 - Aanbieders kunnen met behulp van de hiervoor genoemde vrijheden invloed uitoefenen op de vraag naar hun product. Zij zullen hiertoe vooral worden geprikkeld wanneer afnemers (patiënten en verzekeraars) meer mogelijkheden hebben om een aanbieder te kiezen en de inhoud en omvang van de zorgvraag te bepalen.
34. De ruimte voor concurrentie kan afhankelijk van de specifieke omstandigheden beperkt zijn, maar in die beperkte ruimte is de Mededingingswet van toepassing. Naarmate in hogere mate wordt voldaan aan voornoemde voorwaarden, zijn er meer mogelijkheden voor concurrentie.
35. Om antwoord te kunnen geven op de vraag of ziekenhuizen (en andere aanbieders van ziekenhuiszorg) kunnen concurreren, heeft de NMa in het Consultatiedocument de eerder genoemde voorwaarden getoetst in het licht van de feitelijke en juridische context per 1 januari 2003. In paragraaf 3.2 worden, rekening houdend met de reacties op het Consultatiedocument, de drie voorwaarden behandeld en wordt aangegeven of concurrentie mogelijk is.
36. Tijdens de consultatieronde hebben partijen de NMa erop gewezen dat niet altijd sprake is van een gelijk speelveld. Bepaalde wet- en regelgeving creëert ongelijke uitgangsposities voor verschillende typen aanbieders van ziekenhuiszorg en zorgt ervoor dat men op bepaalde aspecten niet op gelijke voet kan concurreren. In paragraaf 3.3 worden de belangrijkste punten in dit verband uitgewerkt.
37. Hierbij wordt ten slotte stilgestaan bij de in de nabije toekomst te verwachten wijzigingen in wet- en regelgeving voor de ziekenhuiszorg. Met het beleid dat de overheid heeft ingezet is een omslag gaande van aanbod- naar meer vraaggestuurde zorg. Een belangrijk onderdeel van het overheidsbeleid is om het systeem van budgetbesteding te vervangen door een systeem waarin meer vrije prijsvorming mogelijk is (in de vorm van Diagnose Behandeling Combinaties, oftewel DBC's).

3.2 Toetsing voorwaarden voor toepassing van de Mededingingswet

3.2.1 *Invloed / keuzevrijheid van aanbieders op de aangeboden zorg*

38. Het in het Consultatiedocument weergegeven drieluik, te weten de Wet Ziekenhuisvoorzieningen (hierna: WZV), de ZFW en de Wet tarieven gezondheidszorg (hierna: WTG), bevat een aantal beperkingen waarmee aanbieders van ziekenhuiszorg rekening dienen te houden bij het bepalen van hun aanbod. Zo bevat de WZV beperkingen op het gebied van het bouwen van ziekenhuisvoorzieningen en het uitbreiden van de bedden capaciteit, de ZFW op de contracteervrijheid van ziekenhuizen en de WTG op de tariefstelling van aanbieders van ziekenhuiszorg. Voor een meer gedetailleerde beschrijving van deze wet- en regelgeving, wordt verwezen naar hoofdstuk 3 van het Consultatiedocument.
39. Onderzoek naar voornoemd regulerend kader heeft uitgewezen dat het de aanbieders van ziekenhuiszorg ook vrijheden laat om hun aanbod vorm te geven en daarmee in te spelen op wijzigingen in de vraag.

Ziekenhuizen

40. Ziekenhuizen kunnen op een groot aantal punten zelf hun aanbod vormgeven en wijzigingen daarin aanbrengen. Een belangrijk onderdeel hiervan is de kwaliteit van de aangeboden zorg. Zo kan men de kwaliteit verbeteren door de service richting patiënten te optimaliseren. Een aantal ziekenhuizen is er bijvoorbeeld toe overgegaan servicepunten of boulevards in te richten waar aanvullende (doorgaans zorggerelateerde) diensten worden aangeboden.
41. Daarnaast kunnen ziekenhuizen de aard van de aangeboden zorg wijzigen. Te denken valt aan specialisatie op een bepaald gebied, het inhuren van expertise van anderen en een accentverschuiving tussen specialismen (meer neurologie in plaats van kindergeneeskunde).
42. Bij wijzigingen in het aanbod die gepaard gaan met bouw dienen ziekenhuizen rekening te houden met de WZV. De WZV kent een vergunningsprocedure en een aanzienlijk snellere meldingsprocedure. Van de meldingsprocedure kan gebruik worden gemaakt indien de bouw niet gepaard gaat met uitbreiding van de bedden capaciteit zoals bijvoorbeeld in geval van de bouw van een buitenpoli. Aangezien in de ziekenhuizen in het algemeen voldoende bedden capaciteit aanwezig is, wordt in de praktijk in het overgrote deel van de gevallen gebruik gemaakt van de meldingsprocedure. De WZV laat de ziekenhuizen derhalve de vrijheid om op relatief eenvoudige wijze wijzigingen aan te brengen in hun aanbod.
43. Het uitbreiden van het aantal specialisten of het aantal bedden zonder bouw valt niet onder de WZV. Ook laat de WZV de ziekenhuizen de vrijheid het aantal bedden te reduceren om de oppervlakte die daarmee wordt gewonnen, aan te wenden voor andere activiteiten.

44. Ziekenhuizen zijn wat betreft hun prijzen gebonden aan de WTG. De tarieven die zij in rekening mogen brengen zijn vaste tarieven. De gebondenheid aan de tarieven van het College Tarieven Gezondheidszorg (hierna: CTG) brengt mee dat ziekenhuizen niet kunnen differentiëren op prijzen tussen verzekeraars (bijvoorbeeld naar hoeveelheid ingekochte zorg of extra diensten/ service). Per 1 januari 2003 is echter een belangrijke stap gezet naar een nieuwe wijze van bekostiging van de ziekenhuiszorg in de vorm van Diagnose Behandeling Combinaties (hierna: DBC's). Per 1-7-2004 zal voor 10% van de totale ziekenhuiszorg sprake zijn van verplichte vrije onderhandelingen over de prijzen. Dit wordt uitgewerkt in paragraaf 3.2.2.
45. In het Consultatiedocument is ingegaan op de invloed van de omgekeerde contracteerplicht op de vrijheid van ziekenhuizen te differentiëren tussen ziekenfondsen. Ziekenfondsen hebben op grond van de omgekeerde contracteerplicht recht op een gelijke overeenkomst met een ziekenhuis voor zover zij daarom verzoeken. Tijdens de consultatieronde is aangegeven dat de omgekeerde contracteerplicht niet per sé tot identieke contracten hoeft te leiden. Definitieve conclusies over de invloed van de omgekeerde contracteerplicht op de differentiatiemogelijkheden van ziekenhuizen en over de bestaande mate van differentiatie, zijn op basis van de thans beschikbare informatie niet te trekken.

ZBC's en overige privé-klinieken

46. ZBC's zijn vanwege hun kleinschalige karakter sneller in staat in te spelen op concrete behoeften in een bepaalde regio en kunnen zo een efficiënte bijdrage leveren aan het wegwerken van wachtlijsten. Omdat zij aan minder regels onderworpen zijn dan ziekenhuizen, kunnen zij eenvoudiger wijzigingen aanbrengen in hun aanbod en daarmee inspelen op wijzigingen in de zorgvraag.
47. Zoals is uitgewerkt in het Consultatiedocument, zijn ZBC's vrij in hun contracteerbeleid.¹⁶ Voorts kunnen ZBC's op grond van de WTG tarieven in rekening brengen tot een bepaald maximum¹⁷. Met inachtneming van deze maxima zijn zij derhalve vrij in hun prijsbeleid. In de praktijk wordt tot op heden niet of nauwelijks onder de maximumtarieven gedeclareerd. Per 1 januari 2003 kunnen ZBC's ook gebruik maken van de bekostiging via DBC's. Zie verder paragraaf 3.2.2.
48. Voorts is voor het bouwen van een ZBC een vergunning nodig op grond van de WZV. Zoals beschreven in het Consultatiedocument was het aanvankelijk de bedoeling het aanbod van ZBC's beperkt te houden. Er zijn de afgelopen jaren dan ook nauwelijks vergunningen verleend. Recentelijk is dit terughoudende beleid gewijzigd en zijn de toetredingsvoorwaarden voor deze categorie ziekenhuisvoorzieningen aanzienlijk versoepeld. Met ingang van 1 juli 2003 hebben ZBC's om in aanmerking te komen voor een WZV-vergunning geen verklaring van behoefte meer nodig van het

¹⁶ De omgekeerde contracteerplicht is niet op hen van toepassing. M.a.w. ZBC's zijn niet verplicht om op verzoek van een ziekenfonds een gelijke overeenkomst, zoals eerder met een ander ziekenfonds gesloten, te sluiten.

¹⁷ De honorariumtarieven worden in rekening gebracht door de medisch specialisten die werkzaam zijn in een ZBC.

Ministerie van VWS.¹⁸ Daarmee zijn de vereisten inzake het bestaan van wachtlijsten voor het specialisme waarop het ZBC zich wil richten, het kunnen overleggen van een samenwerkingsovereenkomst met een ziekenhuis en het kunnen overleggen van een positieve visie van de zorgverzekeraar(s) en naburige ziekenhuizen, komen te vervallen. Voorts is de aanvraagprocedure vereenvoudigd en in tijd bekort.¹⁹

49. Zoals blijkt uit het voorgaande, hebben ZBC's meer vrijheden om in te spelen op wijzigingen in de vraag dan ziekenhuizen. Het extra aanbod aan medisch specialistische zorg in ZBC's dat ontstaat als gevolg van de recentelijk weggenomen toetredingsbarrières, zal de keuzemogelijkheden voor patiënten en verzekeraars vergroten. Dit komt aan bod in paragraaf 3.2.3.
50. De privé-klinieken die niet zijn aan te merken als een ZBC vallen niet onder de reikwijdte van de WZV. Dit betekent dat zij in beginsel vrijelijk kunnen bouwen. Zo hebben zij voor het neerzetten van een gebouw geen WZV-vergunning nodig. Net als ZBC's zijn zij vrij in hun contracteerbeleid en, met inachtneming van de maxima ex WTG, in hun prijsbeleid. Wat betreft het prijsbeleid, moet worden opgemerkt dat alleen de privé-klinieken die slechts geen ZBC zijn omdat zij uitsluitend derde compartimentszorg aanbieden (maar wel aan alle overige voorwaarden voldoen), kostentarieven in rekening mogen brengen. De andere privé-klinieken (meer specifiek: de daar werkzame medisch specialisten) mogen alleen honorariumtarieven in rekening brengen.²⁰ Zie voor het gebruik van DBC's per 1 januari 2003 verder paragraaf 3.2.2.
51. Voorts is op privé-klinieken die geen ZBC zijn het verbod op winstoogmerk niet van toepassing – zij vallen niet onder de reikwijdte van de WZV – hetgeen het eenvoudiger maakt om vreemd vermogen aan te trekken. Zie voor het verbod op winstoogmerk ook randnummers 70 en verder.

Conclusie

52. Uit het voorgaande overzicht volgt dat alle aanbieders van ziekenhuiszorg in belangrijke mate vrij zijn in het bepalen van de hoeveelheid, samenstelling, vorm en kwaliteit van de door hen aangeboden zorg. Deze vrijheid ontbreekt in belangrijke mate wat betreft de prijzen, maar daar wordt met de introductie van DBC's inmiddels verandering in gebracht. Zie paragraaf 3.2.2.
53. Een belangrijke constatering uit het overzicht is dat de mate van vrijheid varieert per soort aanbieder. Ziekenhuizen zijn het meest gebonden aan wet- en regelgeving. ZBC's en andere privé-klinieken zijn veel minder gebonden. Zij zijn vrij in hun contracteerbeleid, zijn niet gebonden aan vaste tarieven maar aan maximum tarieven en hebben geen verklaring van behoefte nodig van het ministerie van VWS. Deze verschillen in speelruimte zorgen voor een ongelijk speelveld (zie paragraaf 3.3). Een aantal

¹⁸ Wijziging regelingen op grond van de Wet ziekenhuisvoorzieningen inzake zelfstandige behandelcentra, Staatscourant 1 juli 2003, nr. 123, p. 17.

¹⁹ Zie ook de uitgave 'Kort Bestek', nr. 4, College bouw ziekenhuisvoorzieningen, juli 2003.

²⁰ Zie randnummer 56 van onderhavig document.

verschillen wordt naar verwachting in de (nabije) toekomst weggenomen of in ieder geval verminderd. Zie hiervoor paragraaf 3.3.4.

3.2.2 Financiële prikkels voor aanbieders van ziekenhuiszorg

Prikkels in budget- en verrichtingsystematiek

54. Ziekenhuizen zijn gebudgetteerde instellingen. Dit betekent dat de uitgaven ('kosten') zijn gemaximeerd tot de hoogte van het budget. In beleidsregels heeft het CTG neergelegd hoe het budget moet worden opgebouwd.²¹ Zie paragraaf 3.3.2 van het Consultatiedocument voor de opbouw van het budget. Op grond van de WTG kunnen ziekenhuizen ter dekking van het budget twee soorten tarieven in rekening brengen: verrichtingentarieven en verpleegtarieven. Verrichtingentarieven zijn vaste tarieven die landelijk gelden. De verpleegtarieven worden afgeleid uit het budget en variëren derhalve per ziekenhuis. Het CTG stelt jaarlijks het verpleegtariaf vast of keurt dat goed na indiening van productieafspraken door het ziekenhuis en/of verzekeraars. Ook van dit tarief mag niet worden afgeweken.
55. Het budgetsysteem bevat een aantal productie- en efficiencyprikkels. In de budgetsystematiek is de relatie tussen de prestaties van het ziekenhuis en het toegekende budget vergroot en is aansluiting gezocht bij de realiteit van het ziekenhuis. Zie ook hoofdstuk 3.3 van het Consultatiedocument. Voorts is het voor ziekenhuizen aantrekkelijk om doelmatiger te werken.
- Het budget van ziekenhuizen is vrij besteedbaar. Ziekenhuizen mogen zelf beslissen hoe zij hun budget aanwenden.²²
 - Ziekenhuizen mogen kostenvoordelen behouden en naar eigen inzicht besteden²³. Het budgetresultaat (het verschil tussen het budget en de daadwerkelijk gemaakte kosten) is voor

²¹ Academische ziekenhuizen krijgen de meerkosten van hun bijzondere taken (topreferente zorg, werkplaatsfunctie t.b.v opleiding tot basisarts en onderzoek- en ontwikkelingsfunctie) vergoed via de zogeheten academische component.

²² Zie bijvoorbeeld ook de antwoorden van de minister van VWS op kamervragen van kamerlid Nawijn (2030403590), waarin de minister op een vraag over het beperkte gebruik van een IC-afdeling in Zoetermeer vanwege gebrek aan financiële middelen antwoordt: *"Verplegend personeel en apparatuur worden bekostigd uit het ziekenhuisbudget. Het ziekenhuis neemt daarbij zelf de beslissing hoe dit budget wordt aangewend en verdeeld over de verschillende afdelingen. Indien dit budget door recente uitbreidingen niet meer toereikend wordt geacht, moet het ziekenhuis zelf onderhandelen met de verzekeraar.[...]"*

²³ Zij het met de beperking dat het moet passen binnen de definitie aanvaardbare kosten van het ziekenhuis van het CTG. M.a.w. de reserve mag worden aangewend voor activiteiten waarvoor een ziekenhuis reeds kosten mag maken op grond van beleidsregels van het CTG.

rekening en risico van het ziekenhuis en komt ten laste van of ten goede aan de Reserve Aanvaardbare Kosten.²⁴ Deze reserve is niet gemaximeerd.

- Per 1 januari 2003 is het variabele deel van het FB²⁵-budget toegenomen met 10 procentpunten tot 64%. De variabele kosten zijn de kosten die variëren met de bedrijfsdrukke en worden ook wel productiegebonden kosten genoemd. Ziekenhuizen kunnen hier zelf invulling aan geven en maken hierover afspraken met verzekeraars. De variabele kosten zijn in beginsel niet begrensd; de daadwerkelijk gerealiseerde productie is bepalend (ook wel “boter-bij-de-vis” genoemd).
 - Ziekenhuizen hebben de mogelijkheid om in lokaal overleg met verzekeraars toeslagen af te spreken voor zogeheten zorgvernieuwingsprojecten (tot maximaal 5% van het variabele budget).²⁶ Dit zijn prestaties die niet direct in de reguliere parameters te vangen zijn, maar die wel leiden tot meer productie en meer kosten. Deze toeslagen worden bij het FB-budget opgeteld en toegevoegd aan de aanvaardbare kosten van het ziekenhuis.
 - Ziekenhuizen kunnen bepaalde opbrengsten buiten het ziekenhuisbudget ontvangen.²⁷ Deze opbrengsten dienen niet ter dekking van het budget, maar kunnen onder bepaalde voorwaarden door het ziekenhuis worden behouden. Voorbeelden van dergelijke vrij besteedbare inkomsten zijn: inkomsten uit levering van extramurale farmaceutische hulp, uit prestaties behorende tot het derde compartiment, uit verhuur van accommodatie en sponsoring. Deze aanvullende inkomsten zijn niet gemaximeerd.
56. ZBC's en andere privé-klinieken kennen geen budgetsysteem, maar tarifiering volgens de verrichtingsystematiek. De daar werkzame medisch specialisten kunnen maximaal de honorariumtarieven in rekening brengen zoals omschreven in de vigerende tarieflijsten voor medisch specialistische hulp van het CTG (Tarievenboek medisch specialisten). Daarnaast kunnen ZBC's op grond van een beleidsregel van het CTG maximaal bepaalde kostentarieven in rekening brengen.²⁸ Deze kostentarieven voor ZBC's zijn gelijk aan de tarieven voor de prestaties zoals deze zijn vermeld in de vigerende Tarieflijst Instellingen voor ziekenhuizen. De beleidsregel is tevens van toepassing op de privé-klinieken die alleen medisch specialistische zorg aanbieden uit het derde compartiment en alleen daarom geen ZBC zijn.
57. Door de verrichtingsystematiek is er bij ZBC's en andere privé-klinieken in vergelijking met ziekenhuizen een meer directe relatie tussen prestatie en beloning. Alleen verrichte behandelingen mogen worden gedeclareerd. Voorts kunnen zij hun tarieven vrij bepalen tot een bepaald maximum en

²⁴ Dit is niet van toepassing op een verschil dat wordt veroorzaakt door extra of minder productie. Het budget is in dit opzicht voorlopig; de daadwerkelijk gerealiseerde productie is bepalend.

²⁵ FB staat voor Functiegerichte Budgettering. Het FB-budget, bestaande uit vaste, semi-vaste en variabele kosten, vormt tezamen met de locatiegebonden kosten de aanvaardbare kosten van het ziekenhuis.

²⁶ Zie randnummer 92 van het Consultatiedocument.

²⁷ Zie de Beleidsregel aanvullende inkomsten zorginstellingen van het CTG (I-433, I-393, III-564).

²⁸ Zie de Beleidsregel kostentarieven voor A29a en A29b-organen (nr. I-589).

biedt dit hen de mogelijkheid om, voor zover deze onder het maximum blijven, aansluiting te zoeken bij de gemaakte kosten. Net als ziekenhuizen, mogen ZBC's en andere privé-klinieken kostenvoordelen behouden.

Diagnose Behandeling Combinaties

58. Uit voorgaande randnummers volgt dat voor alle aanbieders van ziekenhuiszorg bepaalde productie- en efficiencyprijkkels aanwezig zijn. In dit kader is van belang dat per 1 januari 2003 een belangrijke stap is gezet naar een nieuwe wijze van bekostiging van de ziekenhuiszorg in de vorm van Diagnose Behandeling Combinaties. Een DBC omvat, eenvoudig weergegeven, alle diensten die een ziekenhuis verleent aan een patiënt op basis van zijn of haar zorgvraag (inclusief de diensten van de vrijgevestigde intramuraal werkende medisch specialisten). Het ziekenhuis ontvangt voor deze DBC één prijs van de verzekeraar of de patiënt.
59. Met deze koerswijziging wordt geleidelijk het budgetsysteem voor ziekenhuizen verlaten en de relatie tussen prestatie en beloning vergroot. De DBC's vergroten het inzicht voor ziekenhuizen in de bedrijfsvoering en in de zorg die zij concreet verlenen. Dit biedt mogelijkheden op het gebied van interne sturing, onderhandelingen met verzekeraars en ondernemerschap (patiëntgerichtheid). Daarnaast wordt een meer gelijk speelveld gecreëerd, aangezien de DBC's ook op ZBC's en privé-klinieken van toepassing zijn.²⁹ De verwachting is dat dit ingezette beleid in de nabije toekomst verder wordt uitgebouwd naar een situatie waarin sprake is van volledige vrije onderhandelingen tussen (individuele) ziekenhuizen en verzekeraars over prijzen, volume en kwaliteit.
60. De DBC-systematiek heeft alleen betrekking op reguliere zorg en topklinische zorg (artikel 2 WBMV). De academische component van academische ziekenhuizen³⁰, waarmee onder andere de meerkosten verbonden aan het leveren van topreferente zorg worden bekostigd, valt er derhalve buiten.³¹
61. In het navolgende wordt de invoering van de DBC-systematiek nader uitgewerkt.

Huidige situatie tot 1 juli 2004

62. Vanaf 1 januari 2003 is sprake van een experimenteerfase voor een beperkt aantal DBC's. In eerste instantie gaat het om 17 groepen van behandelingen (behorende tot de electieve zorg³²),³³ met circa

²⁹ Zie de beleidsregel van het CTG I-604 inzake tariefstelling DBC's algemene, categorale en academische ziekenhuizen en I-603 inzake de tariefstelling DBC's overige instellingen.

³⁰ Zie voetnoot 21.

³¹ Zie de brief van de Minister van VWS aan de Tweede Kamer d.d. 10 oktober 2003, Invoering Diagnose Behandeling Combinaties (DBC's), TK 2003-2004, 29 248, nr. 1., p. 17.

³² Een groot deel van de DBC's kan door ZBC's geleverd worden en betreft wachtlijstgerelateerde zorg.

100 daarbij behorende DBC's. Met deze ingrepen is in het huidige systeem circa 750 miljoen euro gemoeid, dat wil zeggen circa 7% van de totale uitgaven aan ziekenhuiszorg. De overige activiteiten blijven op de huidige wijze bekostigd.

63. Met betrekking tot de honorering van medisch specialisten (als onderdeel van de DBC-prijs) geldt dat lokaal tussen ziekenhuis en medisch specialisten kan worden onderhandeld over het te hanteren uurtarief.³⁴
64. Wat betreft de DBC's voor ziekenhuizen is in deze fase aangesloten bij de bestaande wijze van onderhandelen.³⁵ Dat wil zeggen: het collectief van verzekeraars maakt met individuele ziekenhuizen afspraken over het benodigde volume en de prijs per DBC, alsmede over de bijbehorende correctie op het resterende functiegerichte budget. Het resultaat van de collectieve onderhandelingen wordt voorgelegd aan het CTG, dat zonder inhoudelijke beoordeling van de hoogte van de DBC-prijs tot goedkeuring overgaat. Van de op deze wijze tot stand gekomen DBC-prijzen mag niet worden afgeweken.
65. ZBC's en gelijkgestelde instellingen kunnen bij het CTG een verzoek indienen tot vaststelling van maximumtarieven voor DBC's. Het verzoek moet worden ingediend door de betrokken instelling en door of namens één of meer ziektekostenverzekeraars.³⁶ Het maximumtarief geldt uitsluitend in de verhouding tussen de betreffende instelling die het verzoek heeft gedaan en de ziektekostenverzekeraar(s) die het verzoek heeft of hebben gedaan (inclusief hun verzekerden). Het CTG toetst ook hier niet de hoogte van het tarief.
66. Deelname aan deze fase is niet verplicht. De verwachting bij aanvang van deze fase was dat circa tweederde van de ziekenhuizen in 2003 voor een aantal DBC's contracten zouden sluiten.
67. De ervaringen tot op heden zijn dat de experimenteerfase tot op heden voor extra dynamiek in de ziekenhuissector heeft gezorgd. Ziekenhuizen en zorgverzekeraars hebben eerste ervaringen kunnen opdoen met het onderhandelen over DBC's. De stand van zaken eind augustus 2003 was dat 8 ziekenhuizen en 6 ZBC's afspraken met zorgverzekeraars hebben gemaakt over DBC's. Zorgverzekeraars hebben echter met veel meer zorgaanbieders onderhandeld (naar schatting van ZN;

³³ Liesbreuk, cholecystectomie (electief), spataderbehandeling, arteriële chir. buikaneurysma electief, arteriële chir. shunt/stent been electief, borstkankerbehandeling chirurgisch, prostaatingreep, sterilisatie man, sterilisatie vrouw, totale heupoperatie, totale knieoperatie, knie ingreep, HNP thoracaal/ lumbaal, borstverkleining, cataract, chronische dialyse en cervixafwijkingen.

³⁴ Het ziekenhuis maakt afspraken met de medisch specialisten over hun honorarium (stap 1) en neemt de uitkomst daarvan mee in de onderhandelingen met verzekeraars (stap 2). Als 1 en 2 niet met elkaar in overeenstemming zijn, dan moet er opnieuw worden onderhandeld. Dit levert in de praktijk dan ook problemen op. Zie ook randnummer 67.

³⁵ Zie de beleidsregel van het CTG I-604 inzake tariefstelling DBC's algemene, categorale en academische ziekenhuizen. Een verzoek tot goedkeuring van tarieven voor DBC's moet op grond van artikel 4.1. worden ingediend door het betrokken ziekenhuis en door of namens alle ziektekostenverzekeraars. Zie ook de brief van het CTG aan de Minister van VWS d.d. 11 december 2002 (kenmerk: JM/ru/A/02/148).

³⁶ Zie de beleidsregel van het CTG I-603 inzake de tariefstelling DBC's overige instellingen, artikel 4.1.

44 zorgaanbieders).³⁷ Dat de ontstane dynamiek tot niet meer dan 14 contracten heeft geleid, kent een aantal oorzaken, waaronder de vrijwilligheid van het experiment, gewenning aan het systeem en de aanzienlijke inspanning die de implementatie vergt. Daarnaast bleken onderhandelingen tussen ziekenhuizen en medisch specialisten over het uurtarief van de medisch specialisten vaak problematisch. Deze onderhandelingen leidden tot uurtarieven die verzekeraars niet bereid waren aan de ziekenhuizen te vergoeden.³⁸

Fase vanaf 1 juli 2004³⁹

68. Voor een groot deel van de ziekenhuiszorg (segment A) blijft de huidige bekostigingssystematiek gehandhaafd. Financiering (vulling van het budget) vindt vanaf 1 juli 2004 echter niet meer plaats op basis van te declareren neventarieven en een verpleegdagtarief. Ziekenhuizen worden verplicht door het CTG vastgestelde DBC-prijzen te declareren. Voor medisch specialisten wordt, ter dekking van de lumpsum, een uniforme honorariumopslag vastgesteld.
69. Het vrijwillige experiment wordt beëindigd. In plaats daarvan wordt voor een deel van de ziekenhuisproductie (verplicht) vrije prijsvorming ingesteld (segment B). Uitgangspunt is zoveel mogelijk specialismen te laten participeren in het segment met vrije prijsvorming en zoveel mogelijk dagbehandelingen te selecteren.

Kader 3.1: twee segmenten

Segment A: minimaal 90% van de ziekenhuisproductie, waaronder in ieder geval de acute zorg en de beschikbaarheidsfunctie van het ziekenhuis, blijft bekostigd op basis van het huidige ziekenhuisbudget en wordt gefinancierd met door het CTG vastgestelde tarieven per DBC-groep. Voor medisch specialisten wordt, ter dekking van de lumpsum, een landelijk uniforme honorariumcomponent⁴⁰ vastgesteld. Om herallocaties te voorkomen, blijft in deze fase een sluittarief in stand. Hierdoor is voor ziekenhuizen en medisch specialisten in een lokaal initiatief sprake van een administratieve invoering van DBC's in dit segment.

³⁷ Zie de brief van de Minister van VWS aan de Tweede Kamer d.d. 10 oktober 2003, reeds aangehaald, bijlage 2 (Evaluatie DBC-experiment, Ruimte voor Resultaat).

³⁸ Uit de Consultatiemiddag is ook gebleken dat het honorarium van de vrijgevestigde medisch specialisten (een onderdeel van de DBC-prijs) een lastig punt vormt in het kader van de onderhandelingen over DBC's. Het ziekenhuis maakt afspraken met de medisch specialisten over hun honorarium (stap 1) en neemt de uitkomst daarvan mee in de onderhandelingen met verzekeraars (stap 2).

³⁹ Bron van deze paragraaf: VWS. Brief aan de Voorzitter van de Tweede Kamer, d.d. 10 oktober 2003, Invoering Diagnose Behandeling Combinaties (DBC's), TK 2003-2004, 29 248, nr. 1.

⁴⁰ Met uniform wordt bedoeld dat de honorariumcomponent landelijk wordt vastgesteld, per specialisme, per DBC(-cluster) en wordt gebaseerd op het declaratievolume en op alle werkzame specialisten.

Segment B: voor maximaal 10% van de ziekenhuisproductie, bij voorkeur bestaand uit electieve of planbare zorg, worden ziekenhuizen en zorgverzekeraars verplicht tot niet-collectieve, vrije prijsonderhandelingen. Uitgangspunt is dat er voor zoveel mogelijk specialismen een beperkt aantal DBC's wordt geselecteerd. Vanwege het verplichte karakter van DBC-prijsdeclaratie wordt het financiële equivalent van segment B uit het budget van segment A gehaald; dit om dubbele declaraties te voorkomen. Voor medisch specialisten wordt in segment B een landelijk uniform uurtarief (d.w.z. niet gedifferentieerd per specialisme) vastgesteld.

De voornoemde percentages hebben betrekking op de totale ziekenhuisproductie. Dit betekent dat per ziekenhuis het percentage anders kan uitvallen; het ene ziekenhuis zal meer aan DBC's uit het B-segment doen dan het andere ziekenhuis.

Om min of meer gelijke uitgangsposities met ZBC's te creëren, komt er voor ziekenhuizen een verplichte normopslag voor kapitaallasten van 12,5% op de vrij onderhandelde prijs per DBC (-groep) in segment B.⁴¹ Het DBC-tarief uit segment A wordt aangevuld met een component voor de gebouwgebonden kapitaallasten van het ziekenhuis. Deze aanvullingen dienen ter dekking van het kapitaallastebudget van het ziekenhuis. Daarnaast worden instellingen wettelijk verplicht een DBC-prijslijst openbaar te maken. Deze lijst geldt voor alle verzekerden die zijn verzekerd bij een verzekeraar die geen overeenkomst heeft met de desbetreffende instelling.

Verbod op winstoogmerk

70. Aanbieders die onder de reikwijdte van de WZV vallen, zoals ziekenhuizen en ZBC's, mogen niet gericht zijn op het behalen van winst. Dit verbod op een winstoogmerk is neergelegd in artikel 15 WZV.
71. Het ontbreken van een winstoogmerk brengt mee dat deze instellingen geen winstuitkeringen mogen doen en derhalve geen aandeelhouders (eigen vermogen) kunnen hebben.
72. Het verbod staat er niet aan in de weg dat aanvullende inkomsten of 'winst' worden gegenereerd (bijvoorbeeld door extra patiënten aan te trekken, efficiënt te werken of extra diensten te verlenen); alleen dienen deze gelden terug te vloeien in de zorg. Ziekenhuizen en ZBC's kunnen deze bedragen investeren ten bate van de activiteiten van de instelling (bijvoorbeeld in de vorm van zorgvernieuwing of extra productie). Ook het hanteren van een vorm van prestatiegerichte beloning voor medewerkers in de instelling is mogelijk. Het verbod op winstoogmerk laat voorts het aantrekken van vreemd vermogen onverlet.
73. Het voorgaande betekent dat het verbod op het hebben van een winstoogmerk ruimte laat voor ziekenhuizen en ZBC's om hun aanbod vorm te geven. Daarnaast maakt het verbod het niet

⁴¹ Deze 12,5% wordt opgelegd omdat het gemiddelde aandeel van de kapitaallasten in de neventarieven die ZBC's nu declareren 10-15% bedraagt, en ook het aandeel kapitaallasten in het ziekenhuisbudget gemiddeld in die orde van grootte ligt.

onmogelijk om een ziekenhuis of ZBC te starten. De reacties uit de consultatieronde bevestigen dit beeld.

74. Wel kan worden opgemerkt dat het verbod op winstoogmerk het minder aantrekkelijk maakt om te investeren in (nieuw) aanbod van ziekenhuiszorg en in deze zin een belemmerende werking heeft. Afschaffing zal mogelijk de financieringsmogelijkheden kunnen verruimen en een belangrijke prikkel kunnen vormen voor ondernemerschap in de ziekenhuissector. Voorts zou afschaffing een prikkel kunnen vormen voor doelmatig en resultaatgericht werken.
75. In het wetsvoorstel Wet Toelating Zorginstellingen vervalt het absolute verbod op een winstoogmerk. De minister geeft in de toelichting aan er naar te streven op zo kort mogelijke termijn in zo veel mogelijk deelmarkten de keuze om een winstoogmerk te hanteren vrij te laten.⁴²

Tariefaanwijzingen Minister van VWS

76. Ten einde de kosten op macro-niveau in de hand te houden is in de jaren negentig een beleid van kostenbeheersing ingevoerd. Bij dreigende overschrijdingen van het macro-kader van de overheid (het Budgettair Kader Zorg; hierna BKZ) kan de Minister van VWS aanwijzingen geven aan het CTG om tussentijds de tarieven te verlagen. De Minister heeft deze aanwijzingsbevoegdheid op grond van artikel 13, eerste lid, WTG.
77. Recentelijk nog heeft de Minister van VWS gebruik gemaakt van deze bevoegdheid tariefaanwijzingen te geven aan het CTG teneinde een algemene budget- of tariefverlaging te bereiken van 1,6% in de tweede helft van 2003 en voor de jaren daarna budget- of tariefverlagingen van 0,8%.⁴³
78. Tijdens de consultatieronde is door een aantal betrokkenen opgemerkt dat deze bevoegdheid van de Minister van VWS de concurrentiemogelijkheden voor ziekenhuizen verkleint.
79. In dit verband zij erop gewezen, dat deze tariefaanwijzingen van de Minister van VWS in beginsel voor alle aanbieders gelden, waardoor alle aanbieders hiervan in gelijke mate nadeel ondervinden. Derhalve is het aannemelijk dat de concurrentieverhoudingen *tussen* de bestaande aanbieders niet in belangrijke mate worden verstoord door een tariefaanwijzing. Wel ligt het in de rede dat de mogelijkheid van een tariefaanwijzing de toetreding voor nieuwe aanbieders minder aantrekkelijk maakt, gelet op de financiële risico's die met deze mogelijkheid van verplichte tariefverlagingen gepaard gaan.

⁴² Zie Voorstel van wet inzake Herziening van het stelsel van overheidsbemoedienis met het aanbod van zorginstellingen, derde nota van wijziging 5-12-2003.

⁴³ Zie Staatscourant 17 juni 2003, nr. 113, p. 16.

3.2.3 *Invloed / keuzevrijheid van patiënten op aangeboden zorg*

80. Patiënten zijn in zekere zin gebonden aan de consumptie van zorg. Een patiënt bepaalt immers niet zelf of hij ziek wordt en heeft doorgaans niet de keuze om geen zorg te vragen. Gegeven deze gebondenheid aan de consumptie van zorg, maakt de patiënt zijn keuze voor een bepaalde behandeling of aanbieder.
81. Voor de vraag of concurrentie mogelijk is, is van belang of patiënten keuzevrijheid hebben wat betreft de wijze waarop in hun zorgvraag wordt voorzien (welke behandeling, welke aanbieder of bijvoorbeeld het tijdstip van behandeling). Indien patiënten keuzevrijheid hebben, kunnen zij immers aanbieders van ziekenhuiszorg prikkelen gebruik te maken van hun ruimte om hun aanbod vorm te geven en zich onderling van elkaar te onderscheiden om de gunst van de patiënt.
82. Bij beantwoording van de vraag of patiënten keuzevrijheid hebben, is van belang om voor ogen te houden dat in een aantal gevallen feitelijk het aantal keuzemogelijkheden beperkt kan zijn. Zo zal bij eenvoudige behandelingen een patiënt meer keuze hebben dan bij WBMV- of topreferente zorg en kan het bijvoorbeeld gebeuren dat er maar 1 aanbieder is die in een bepaalde zorgvraag kan voorzien. In dat geval is er feitelijk sprake van weinig (of geen) concurrentie, maar betekent dat niet per definitie dat de Mededingingswet niet van toepassing is. Een ziekenhuis dat als enige in bepaalde topzorg kan voorzien beschikt over een economische machtspositie op die markt of markten. Misbruik van die positie (voor zover de op dat moment van kracht zijnde overige wet- en regelgeving daarvoor ruimte laat) is verboden op grond van artikel 24 van de Mededingingswet.
83. In het navolgende wordt een viertal onderwerpen uitgewerkt die de keuze van de patiënt beïnvloeden: type zorg – spoedeisende zorg, de rol van de huisarts, de rol van de verzekeraar en de bewustwording van de patiënt samen met de toegankelijkheid van informatie.

1) Type zorg – spoedeisende zorg

84. In het Consultatiedocument is aangegeven dat bij spoedeisende zorg mogelijk de patiënt geen keuzevrijheid heeft bij welke aanbieder hij deze zorg wil afnemen, aangezien bij spoedeisende hulp behandeling niet kan worden uitgesteld en de patiënt niet altijd bij machte is om aan te geven in welk ziekenhuis hij wil worden behandeld.
85. Met betrekking tot de keuzevrijheid op het gebied van spoedeisende eerste hulp (hierna ook: SEH) heeft de NMa nader marktonderzoek onder ambulancevoorzieningen verricht. Hieruit is gebleken dat patiënten die worden vervoerd per ambulance, in de regel zelf beslissen naar welk ziekenhuis zij worden gebracht.⁴⁴ Dit is slechts anders in een kleine minderheid van circa 5 tot 10% van de vervoerde

⁴⁴ Deze keuze van de patiënt wordt gerespecteerd. Indien het betreffende ziekenhuis 'vol' is of het benodigde specialisme niet in huis heeft, wordt in overleg met de patiënt een ander ziekenhuis gekozen.

patiënten, die niet meer staat is om zelfstandig een keuze tussen ziekenhuizen te maken.⁴⁵ In dat geval beslist het ambulancepersoneel waar de patiënt met de ambulance naar toe wordt gebracht; doorgaans het dichtstbijzijnde ziekenhuis dat voldoende capaciteit heeft en dat de juiste specialismen in huis heeft.

86. Daarnaast zijn er patiënten die door middel van eigen vervoer arriveren op de spoedeisende hulpafdelingen van de ziekenhuizen – in sommige ziekenhuizen zelfs 40% van het totaal aantal patiënten dat op de SEH-afdeling komt⁴⁶ – en derhalve zelf (eventueel op advies van de huisarts) een ziekenhuis kiezen.
87. Het voorgaande betekent dat patiënten die op een SEH-afdeling van een ziekenhuis komen, doorgaans keuzevrijheid hebben en van deze vrijheid daadwerkelijk gebruik hebben gemaakt. Dat er mogelijk, vanwege urgentie, minder tijd is om te kiezen, blijkt in de praktijk in het merendeel van de gevallen geen belemmering te vormen voor patiënten om een keuze te maken. Wel moet worden erkend dat wegens het tijdsaspect, de keuze beperkter kan zijn dan normaal gesproken het geval is. Een en ander is afhankelijk van het aantal aanbieders van ziekenhuiszorg dat in een bepaalde regio is gevestigd en de informatie c.q. het bewustzijn bij patiënten.
88. De definitie zoals weergegeven in randnummer 167 van het Consultatiedocument – zorg geleverd aan patiënten die in een levensbedreigende situatie verkeren of een acuut risico hebben om permanente gezondheidsschade op te lopen⁴⁷ – blijkt in de praktijk voorts niet hanteerbaar te zijn. Zowel hulpverlener als patiënt vinden het moeilijk om te bepalen wat onder spoedeisende zorg moet worden verstaan. Bovendien is het begrip ‘spoedeisend’ aan inflatie onderhevig en behandelen ziekenhuizen ook minder of niet spoedeisende zaken op de eerste hulp afdeling.⁴⁸ In dit visiedocument wordt spoedeisende eerste hulp derhalve gedefinieerd als zorg die wordt verleend door een SEH-afdeling van een ziekenhuis.
89. De d-g NMa ziet op grond van bovenstaande geen reden om wat betreft keuzevrijheid spoedeisende zorg te onderscheiden van andere zorg die door het ziekenhuis wordt geboden, dat wil zeggen om spoedeisende zorg uit te zonderen van de werkingssfeer van de Mededingingswet.

⁴⁵ Veel ritten met de ambulance zijn besteld/gepland. Daarnaast zijn er veel ritten waarbij niet direct levensbedreigende situaties ontstaan en patiënten aldus kunnen aangeven naar welk ziekenhuis zij willen worden vervoerd.

⁴⁶ Zie brief van de Minister van VWS aan de Tweede Kamer d.d. 10 oktober 2003, nota over de sturing en de organisatie van de acute zorg, TK 2003-2004, 29247, nr. 1.

⁴⁷ Het gaat om patiënten met een ernstig en onvoorzien trauma of letsel waarbij geen tijd is om de opname en behandeling te plannen.

⁴⁸ Zie Medisch Contact, 21 november 2003, 58 nr. 47, p. 1810-1812, “Rammelende keten; afstemming van taken spoedeisende zorg is dringend gewenst” van P. Giessen, W. Fraanje en M. Klomp.

2) Rol van de huisarts

90. In de consultatieronde is aandacht gevraagd voor de rol van huisartsen in de keuze van de patiënt. Ingevolge het Verstrekkingenbesluit Ziekenfondsverzekerden (artikel 12 en 13) bestaat slechts aanspraak op medisch specialistische zorg op verwijzing van de huisarts van de verzekerde⁴⁹. Zonder een verwijsbrief van de huisarts krijgt een ziekenfondsverzekerde de zorg derhalve niet vergoed. Dit geldt ook voor particulier verzekerden. Huisartsen vervullen in dit opzicht de functie van poortwachter. Zij bewaken de toegang tot de ziekenhuiszorg. Deze functie van de huisarts staat niet aan de keuzevrijheid van de patiënt in de weg, maar zorgt ervoor dat onnodig gebruik van ziekenhuiszorg wordt voorkomen.
91. Voorts is van belang dat een patiënt in het algemeen, als gevolg van gebrek aan specifieke kennis, moeilijk in staat zal zijn zelf te bepalen welke zorg of hulp hij nodig heeft en wat de mogelijkheden zijn. Ook het beoordelen van de kwaliteit van de aanbieders die in de zorgvraag van de patiënt kunnen voorzien en van de door hen aangeboden zorg is voor een patiënt niet altijd eenvoudig.⁵⁰ De patiënt is voor deze keuzes soms afhankelijk van de huisarts (of later de medisch specialist) die hem hierbij ondersteunt, begeleidt en adviseert. Deze taken van de huisarts kunnen derhalve het gebrek aan kennis bij de patiënt opheffen althans beperken en zorgen ervoor dat de patiënt zelf een voor hem acceptabele keuze kan maken.
92. Uit het in opdracht van de NMa uitgevoerde onderzoek van ECORYS-NEI⁵¹ blijkt dat 33% van de ondervraagde manifeste zorgvragers de keuze voor een ziekenhuis in overleg met huisarts of specialist heeft gemaakt. 40% geeft aan de keuze geheel zelfstandig te hebben gemaakt en in 25% van de gevallen werd de keuze volledig door de huisarts of specialist gemaakt.⁵²

3) Rol van de verzekeraar

93. Wat betreft de rol van de verzekeraar is het van belang onderscheid te maken tussen ziekenfonds- en particulier verzekerden. Particulier verzekerden hebben recht op vergoeding van de door hen gemaakte kosten (restitutiestelsel), terwijl ziekenfondsverzekerden recht hebben op zorg in natura (naturastelsel). Dit recht op zorg in natura is geregeld in de ZFW. Op grond van artikel 8, lid 1, ZFW kunnen ziekenfondsverzekerden bijvoorbeeld aanspraak maken op medisch specialistische zorg verleend door of vanwege een ziekenhuis en op medisch specialistische zorg geleverd los van de

⁴⁹ Of op verwijzing van de specialist naar wie de verzekerde werd verwezen door de huisarts.

⁵⁰ De zorg is op dit punt te vergelijken met andere professionele diensten, zoals juridische of financiële dienstverlening.

⁵¹ Zie uitgebreid hoofdstuk 4 van onderhavig document.

⁵² Zie ook paragraaf 4) bewustwording patiënt / toegankelijkheid van informatie.

ziekenhuisorganisatie.⁵³ Bijna tweederde van de Nederlandse bevolking is verzekerd voor medisch specialistische zorg in natura.

a) Verhouding met zorgvraag patiënt

94. Ziekenfondsen dienen er zorg voor te dragen dat de bij hen ingeschreven verzekerden hun aanspraken op deze medisch specialistische zorg tot gelding kunnen brengen (zorgplicht) en sluiten daartoe contracten met zorgaanbieders (de zogeheten medewerkerscontracten). Een ziekenfondsverzekerde kan zijn aanspraak in beginsel slechts geldend maken door zich te wenden tot een persoon of een instelling waarmee zijn ziekenfonds een medewerkerovereenkomst heeft gesloten.⁵⁴ Op grond van artikel 9, lid 2, ZFW heeft de ziekenfondsverzekerde hierbij een vrije keuze.
95. Een particuliere ziektekostenverzekeraar heeft voornoemde zorgplicht niet en kan volstaan met bepalingen in verzekeringsvoorwaarden over de bedragen die hij maximaal aan (of ten behoeve van) de verzekerde vergoedt. Het Nederlandse stelsel laat hen echter vrij om toch zorgaanbieders te contracteren.
96. Het ziekenfonds bepaalt hoe het wettelijk geregelde zorgaanbod – de in de ZFW neergelegde aanspraken – er bij hem uitziet en dient ervoor te zorgen dat zijn verzekerden hun wettelijke aanspraken geldend kunnen maken. Een verzekeraar zal bij de invulling van hetgeen als wettelijke verzekeringsprestatie is geregeld, derhalve rekening dienen te houden met de zorgvraag van patiënten die bij hem zijn verzekerd. De zorgplicht van het ziekenfonds is immers onlosmakelijk verbonden met de zorgvraag van zijn verzekerden. De vraag van ziekenfondsen vormt in dit opzicht een afgeleide van de zorgvraag van de verzekerde patiënt. In de praktijk worden door verzekeraars dan ook wel initiatieven genomen om wensen van hun patiënten te inventariseren.

b) Consequenties (omgekeerde) contracteerplicht voor inkoopbeleid ziekenfondsen

97. In randnummer 94 is aangegeven dat ziekenfondsen een wettelijke zorgplicht hebben ten opzichte van hun verzekerden. Zij sluiten daartoe contracten met zorgaanbieders. Op grond van artikel 47 ZFW zijn ziekenfondsen zelfs verplicht om (desgevraagd) met een ziekenhuis een medewerkersovereenkomst te sluiten. Deze wettelijke contracteerplicht beperkt een ziekenfonds in het vaststellen van zijn inkoopbeleid. In beginsel kan een ziekenfonds namelijk niet selectief te werk gaan en slechts ziekenhuiszorg inkopen bij ziekenhuizen waar het de voorkeur aan geeft. Per 1 juli 2004 zal naar verwachting de contracteerplicht voor een deel van de ziekenhuiszorg worden afgeschaft (zie paragraaf 3.3.4).

⁵³ Artikel 8, lid onder a en onder c, ZFW.

⁵⁴ Zie artikel 9 en 44 ZFW.

98. Voorts stimuleert de omgekeerde contracteerplicht van artikel 48 ZFW ziekenfondsen niet tot individuele onderhandelingen. Tijdens de consultatieronde is opgemerkt dat niet altijd collectief wordt onderhandeld; er zijn situaties waarbij een ziekenhuis met één zorgverzekeraar te maken heeft. Per 1 juli 2004 zal naar verwachting de omgekeerde contracteerplicht voor een deel van de ziekenhuiszorg worden afgeschaft (zie paragraaf 3.3.4).
99. Ziekenfondsen hebben ook bij de huidige contracteerplicht verscheidene mogelijkheden om hun eigen inkoopbeleid vorm te geven of om invloed uit te oefenen op het aanbod van ziekenhuiszorg.
100. Ten aanzien van ZBC's, andere privé-klinieken en buitenlandse instellingen hebben ziekenfondsen geen contracteerplicht. Ziekenfondsen kunnen hier dus vrijelijk hun inkoopbeleid bepalen, mits zij kunnen voldoen aan hun zorgplicht ten opzichte van hun verzekerden.
101. Het ontbreken van een contracteerplicht van ziekenfondsen ten opzichte van ZBC's zorgt ervoor dat het ziekenfonds een sterkere onderhandelingspositie heeft en hogere eisen kan stellen aan ZBC's. Ziekenfondsen kunnen selectief zijn en zijn dat in de praktijk ook. Redenen om een ZBC te contracteren kunnen bijvoorbeeld zijn lagere kosten en kortere wachttijden. ZBC's blijken voornamelijk te worden ingezet om wachtlijsten weg te werken.
102. Ziekenfondsen kunnen dit extra aanbod tevens aanwenden in hun onderhandelingen met ziekenhuizen of in dit aanbod aanleiding zien om minder van een ziekenhuis af te nemen dan voorgaande jaren. Immers, een plicht tot contracteren zegt niets over de door een ziekenfonds af te nemen hoeveelheden. Tijdens de consultatieronde is aangegeven dat het in de praktijk wel voorkomt dat verzekeraars hun productieafspraken met een ziekenhuis verlagen, als er een ZBC in de buurt is of wordt gevestigd.
103. Voorts kunnen ziekenfondsen, zij het indirect, invloed uitoefenen op de keuze van hun verzekerden en in dit opzicht aan vraagsturing doen, bijvoorbeeld door middel van een mailing aan hun verzekerden, via gerichte reclamecampagnes of via wachtlijstbemiddeling⁵⁵. Zo kan men patiënten erop wijzen dat men voor bepaalde behandelingen inmiddels ook bij ZBC Y of een bepaalde buitenlandse kliniek terecht kan. Deze extra informatie kan ertoe leiden dat een verzekerde zijn keuze wijzigt, zonder dat afbreuk wordt gedaan aan de vrijheid die een verzekerde ter zake heeft.⁵⁶ Dergelijke activiteiten kunnen tevens de concurrentiepositie van ziekenfondsen versterken. In de praktijk wordt nog in beperkte mate van deze mogelijkheden gebruik gemaakt.

⁵⁵ CVZ heeft opgemerkt dat in een natuursysteem wachtlijstbemiddeling geen service is, maar een verplichting (zie ook Gedragsregels aanpak tijdige zorgverlening zorgverzekeraars; actieplan voor verdere ontwikkeling van aanpak tijdige zorgverlening en gedragsregels, vastgesteld op 19 december 2002 door CVZ). Voorts is opgemerkt dat wachtlijstbemiddeling plaatsvindt op individuele basis (d.w.z. op basis van verzoeken van verzekerden).

⁵⁶ Zo kan een ziekenfonds een patiënt er ook op wijzen dat er bij ziekenhuis X geen wachtlijst is of een kortere wachttijd. Vervolgens kan een patiënt zelf beslissen of hij naar dat ziekenhuis gaat.

c) Keuze voor buitenlandse aanbieders

104. Er zijn ziekenfondsen (met name in de grensgebieden) die contracten sluiten met instellingen over de grens. Belangrijkste reden hiervoor is (net als bij ZBC's) het wegwerken van wachtlijsten. Een ziekenfondsverzekerde heeft geen aparte toestemming nodig om de zorg van gecontracteerde buitenlandse instellingen vergoed te krijgen. Bij het ontbreken van een dergelijk contract is in beginsel aparte, voorafgaande toestemming nodig van het ziekenfonds (artikel 9, lid 4, ZFW).
105. Wat betreft dit toestemmingsvereiste als voorwaarde voor vergoeding van zorg bij niet-gecontracteerde buitenlandse instellingen is een tweetal arresten van het Hof van Justitie van de EG van belang.⁵⁷ Deze jurisprudentie komt, kort weergegeven, erop neer dat voor intramurale zorg⁵⁸ als voorwaarde voor vergoeding in beginsel aparte toestemming mag worden verlangd. Een ziekenfonds mag toestemming slechts weigeren, indien bij een instelling waarmee het ziekenfonds een overeenkomst heeft gesloten, tijdig een identieke of voor de patiënt even doeltreffende behandeling kan worden verkregen⁵⁹.
106. Voor extramurale zorg mag deze eis niet worden gesteld.⁶⁰ Dit betekent bijvoorbeeld dat een ziekenfondsverzekerde zijn recht op vergoeding behoudt bij het gebruikmaken van een buitenlands behandelcentrum zonder daarvoor toestemming vooraf van het ziekenfonds te hebben verkregen.

4) Bewustwording patiënt / toegankelijkheid van informatie

107. Uit het voorgaande blijkt dat patiënten c.q. verzekerden in beginsel vrij zijn in de keuze van een aanbieder van ziekenhuiszorg. Particulier verzekerden zijn geheel vrij. Ziekenfondsverzekerden hebben in beginsel de keuze uit de door het betreffende ziekenfonds gecontracteerde aanbieders.
108. Het is in dit kader van belang dat patiënten steeds mondiger worden en zich van hun keuzevrijheid bewust zijn. De toenemende toegankelijkheid van informatie op het internet over ziekenhuiszorg (mogelijkheden van behandelingen, wachttijden, etcetera) speelt hierbij een belangrijke rol.
109. Uit marktonderzoek blijkt voorts dat ziekenhuizen zich steeds meer profileren richting patiënten (bijvoorbeeld door middel van advertenties in streekbladen). Ook zijn er ziekenhuizen die transparant maken wat zij te bieden hebben door zich te presenteren aan huisartsen in hun omgeving.

⁵⁷ HvJEG C-157/99, Smits Peerbooms, 12 juli 2001, RZA 2001, nr. 115 en HvJEG C-385/99, Müller-Fauré en Van Riet, 13 mei 2003, RZA 2003, 139.

⁵⁸ Onder intramurale zorg wordt verstaan de zorg die verblijf in een instelling omvat van tenminste één nacht. Andere zorg is extramuraal. Zie de circulaire van het CVZ van 25 juni 2003 over het arrest Müller/Fauré en Van Riet., nr. 03/3.

⁵⁹ Bron: CVZ.

⁶⁰ De overige voorwaarden die krachtens de ZFW gelden voor de aanspraak van de verzekerde, blijven onverkort van toepassing.

110. Deze toenemende toegankelijkheid van informatie kan het maken van keuzes eenvoudiger maken. Diverse partijen hebben er tijdens de Consultatieronde op gewezen dat op het gebied van toegankelijkheid van informatie nog veel verbeterd kan worden. Zo is opgemerkt dat ziekenhuizen zich veel meer zouden kunnen profileren richting patiënten, bijvoorbeeld wat betreft de specialismen die worden aangeboden en welke specialisaties zich daarbinnen bevinden. Voorts zou de informatie over prijs, kwaliteit en diversiteit in het aanbod beperkt zijn.
111. In dit kader kan worden gewezen op het actieprogramma 'Sneller Beter' dat op 20 november 2003 is gelanceerd om een versnelling in de kwaliteit van zorg te realiseren.⁶¹ Dit programma start met de ziekenhuiszorg. Betrokken partners in het programma zijn NVZ, VWS, de Inspectie Gezondheidszorg en de Consumentenbond. Belangrijk onderdeel van het programma is dat informatie over bepaalde kwaliteitsindicatoren (zoals wachttijden) door de Nederlandse ziekenhuizen openbaar wordt gemaakt. Zij zullen daartoe begin 2004 een verzoek ontvangen.
112. ECORYS-NEI concludeert in haar onderzoek naar factoren die bepalend zijn voor de keuze van zorgvragers⁶² uit het aanbod van ziekenhuizen als volgt:

“Uit het onderzoek blijkt dat ziekenhuizen nu al in bepaalde mate met elkaar concurreren op basis van aspecten die de leiding en het bestuur zelf kunnen bepalen en/of kunnen beïnvloeden. Een deel van de zorgvragers blijkt geen bewuste keuze voor een ziekenhuis te maken en laat de keuze afhangen van hun specialist of huisarts of kiest voor een ziekenhuis dat hij kent zonder er verder over na te denken. Voor een substantieel gedeelte van de zorgvragers blijken echter factoren zoals deskundigheid, reistijd, informatieverstrekking, bejegening door het personeel en lengte van de wachttijd van invloed te zijn op hun keuze voor een bepaald ziekenhuis”

3.3 Ongelijk speelveld

3.3.1 Inleiding

113. In de voorgaande paragraaf is weergegeven dat concurrentie op het gebied van ziekenhuiszorg in enige mate mogelijk is. Uit deze paragraaf blijkt tevens dat de omvang van deze ruimte afhankelijk is van het regulerend kader waaraan aanbieders zijn onderworpen. Niet iedereen heeft derhalve dezelfde ruimte om te kunnen concurreren.
114. In reactie op het Consultatiedocument is door een aantal partijen aangegeven dat om van daadwerkelijke concurrentie in deze sector te kunnen spreken er sprake moet zijn van een gelijk speelveld. De huidige regelgeving zou ervoor zorgen dat dit tot op heden ontbreekt. In het navolgende wordt een overzicht gegeven van de belangrijkste punten die door betrokkenen tijdens de

⁶¹ Zie www.snellerbeter.nl.

⁶² Zie voor keuzevrijheid van de zorgvragers ook 3.2.3.

consultatieronde in dit verband zijn aangevoerd. Een deel heeft betrekking op de positie van ziekenhuizen ten opzichte van ZBC's (paragraaf 3.3.2). Een ander deel ziet op de verhoudingen tussen ziekenhuizen onderling (paragraaf 3.3.3).

115. In de laatste paragraaf wordt ingegaan op de belangrijkste wijzigingen in wet- en regelgeving die in de ziekenhuiszorg in de (nabije) toekomst naar verwachting worden ingevoerd. Deze wijzigingen zullen meer gelijke uitgangsposities creëren voor de verschillende aanbieders van ziekenhuiszorg.

3.3.2 *ZBC's versus ziekenhuizen*

- Verschillen in de financiële systematiek (budgetsystematiek voor ziekenhuizen, voor zover nog van kracht, versus verrichtingsystematiek voor ZBC's Ziekenhuizen) maakt prijzen onderling moeilijk vergelijkbaar. Dit geldt niet meer voor DBC's.
- ZBC's hebben geen verklaring van behoefte nodig om een WZV-vergunning te krijgen, terwijl ziekenhuizen dat wel nodig hebben. Zolang de beddencapaciteit niet wordt vergroot, kunnen ziekenhuizen wel onder de meldingsregeling van de WZV een buitenpoli of kliniek openen.
- ZBC's kunnen slechts een beperkt aantal verrichtingen doen. Zij zijn immers gebonden aan behandelingen waarvoor geen opname nodig is. Voor ziekenhuizen geldt deze beperking niet.
- Ziekenfondsen zijn niet verplicht ZBC's te contracteren. Deze zijn daardoor niet verzekerd van een contract, terwijl ziekenhuizen dat wel zijn.
- ZBC's hebben, anders dan ziekenhuizen, geen toegang tot het Waarborgfonds voor de Zorgsector (hierna: Waarborgfonds). Het Waarborgfonds is een onafhankelijk instituut dat zorginstellingen de mogelijkheid biedt voordelige leningen af te sluiten (goedkope toegang tot de kapitaalmarkt). Het Waarborgfonds doet dit door geldgevers de betaling van rente en aflossing te garanderen. Met deze borging wordt een lening risicoloos en solvabiliteitsvrij, wat zich vertaalt in een aanzienlijk rentevoordeel voor de zorginstelling.⁶³ ZBC's kunnen, zoals gezegd, geen gebruik maken van deze voordelen.
- Ziekenhuizen krijgen hun kapitaallasten vergoed via de budgetsystematiek en de daaruit voortvloeiende verpleegtarieven. De afschrijvingstermijnen die ziekenhuizen hanteren zijn niet marktconform. Een termijn van 50 jaar is niet ongevoel. Hierdoor worden kosten naar de toekomst verschoven en geven de kapitaallasten geen economisch realistisch beeld. ZBC's kennen geen budget en daarmee geen gegarandeerde vergoeding van de kapitaallasten. In de maximumtarieven voor ZBC's is een kapitaallastencomponent opgenomen. Alhoewel de maximumtarieven het kennelijk niet onmogelijk maken om een ZBC op te zetten of in stand te houden, benadeelt het niet volledig vergoeden van de kapitaallasten de ZBC's wel en vormt dit een toetredingsbelemmering voor ZBC's. In de praktijk blijkt dat veel ZBC's moeite hebben om een rendabele exploitatie te bereiken.

⁶³ Zie www.wfz.nl.

3.3.3 *Ziekenhuizen onderling*

- De Investeringsrichtlijn ex WTG benadeelt kleine ziekenhuizen ten opzichte van grote ziekenhuizen. Kleinere ziekenhuizen hebben minder mogelijkheden om voldoende investeringen in medische apparatuur te doen. Zie hiervoor ook randnummer 117. Deze investeringen moeten gefinancierd worden uit de normale exploitatie die daardoor extra onder druk komt te staan.
- Voordat het Waarborgfonds zich tegenover geldgevers garant stelt voor de rente en aflossing van leningen, worden potentiële deelnemers grondig getoetst op hun financiële bedrijfsvoering. Alleen financieel gezonde instellingen worden ingeschreven als deelnemer aan het Waarborgfonds.⁶⁴ Het Waarborgfonds vergroot of bestendigt hiermee de achterstand van financieel minder gezonde ziekenhuizen op de financieel gezonde.
- Op het punt van kapitaallasten is er niet alleen onderscheid tussen ziekenhuizen en ZBC's, maar ook tussen ziekenhuizen onderling. Vanwege de lange afschrijvingstermijnen, verkeren de ziekenhuizen in een ongunstigere vermogenspositie naarmate de infrastructuur ouder is.

3.3.4 *Toekomst*

116. De in de vorige paragraaf weergegeven observaties inzake het ongelijke speelveld worden veroorzaakt door de regelgeving waaraan de verschillende aanbieders onderworpen zijn. In dit kader is van belang dat een belangrijk deel van de regelgeving voor de ziekenhuissector in de toekomst wordt gewijzigd. Een aantal wijzigingen is op korte termijn te verwachten. Andere wijzigingen zullen pas later worden ingevoerd. Gemeenschappelijke noemer van deze wijzigingen in wet- en regelgeving is dat ze onderdeel vormen van de omslag van een centraal aanbodgestuurd systeem naar een decentraal vraaggericht zorgstelsel; een ontwikkeling die de overheid met de Nota 'Vraag aan bod'⁶⁵ heeft ingezet.
117. In het navolgende wordt een overzicht gegeven van de belangrijkste op handen zijnde wijzigingen in wet- en regelgeving. Hierbij moet worden benadrukt dat het gaat om *wetsvoorstellen*; van definitieve vaststelling is derhalve nog geen sprake. Het eventueel niet doorgaan van (onderdelen van) deze wijzigingen verandert overigens de conclusie dat concurrentie mogelijk is niet.
- *Wetsvoorstel Wet Toelating Zorginstellingen: vereenvoudiging van het stelsel van overheidsbemoedening met het aanbod van zorginstellingen*
De WTZ begeleidt de overgang van een centraal aanbodgestuurd naar een decentraal vraaggericht zorgstelsel en zal op termijn de WZV vervangen. Een belangrijk kenmerk is dat het instrumentarium van de WTZ flexibel (gedifferentieerd per sector of type zorg) kan worden ingezet.

⁶⁴ Zie www.wfz.nl.

⁶⁵ Zie TK 2000-2001, 27 855, nrs. 1-2.

Met dit wetsvoorstel wordt het aangrijppingspunt van sturing verlegd van het bouwen van instellingen naar de toelating ervan. Voor toelating van hun instelling hebben ziekenhuizen en ZBC's toestemming nodig. Aan deze toelating kunnen voorschriften worden verbonden.⁶⁶ Het toetsingskader voor de afgifte van een toestemming vormt de zorgvisie van de Minister van VWS.

Voorts wordt met dit wetsvoorstel de bouwregulering beperkt (alleen voor bepaalde aangewezen bouwinitiatieven is een vergunning vereist) en vereenvoudigd (termijnen worden verkort en er zijn minder beslisfasen). Instellingen die privaat gefinancierd worden – dat wil zeggen instellingen die geen zorg verlenen waarop ingevolge de AWBZ of de ZFW aanspraak bestaat – vallen niet onder het bouwregime van de WTZ.

Ten slotte beperkt het wetsvoorstel het verbod op winstoogmerk tot instellingen die er voor kiezen om zorg te willen verlenen als bedoeld in de ZFW en AWBZ (collectief gefinancierde zorg). Het is de bedoeling dat ook binnen deze groep categorieën of delen van instellingen worden aangewezen waar winstoogmerk is toegestaan. De Minister van VWS geeft in de toelichting aan ernaar te streven op zo kort mogelijke termijn in zo veel mogelijk deelmarkten de keuze om een winstoogmerk te hanteren vrij te laten.⁶⁷

- *Wetsvoorstel wijzigingen WTG (WTG ExPres)*⁶⁸

Op de introductie van prestatiebekostiging op basis van DBC's is ingegaan in paragraaf 3.2.2. Mede ten behoeve van een soepele en beheerste invoering van de DBC-systematiek zal de WTG worden aangepast.⁶⁹

Zoals beschreven in deze paragraaf wordt vanaf 1 juli 2004 een eerste aanzet gegeven voor het creëren van een gelijk speelveld tussen ziekenhuizen en ZBC's op het punt van kapitaallasten. Het is de bedoeling dat vanaf 2005 de opslag in segment B geleidelijk wordt vervangen door marktconforme kapitaallasten, waarover ziekenhuizen zelf met zorgverzekeraars onderhandelen, als onderdeel van de vrije DBC-prijs. In 2004 zal hiervoor een plan van aanpak worden opgesteld.⁷⁰ Vanaf 2005 zal tevens worden bekeken of het vrije segment B kan worden vergroot ten koste van de omvang van het ziekenhuisbudget (segment A).

⁶⁶ Zo kunnen individuele ziekenhuizen worden verplicht een afdeling Spoedeisende Eerste Hulp open te houden (sturing op bereikbaarheid). Zie de brief van de Minister van VWS aan de Tweede Kamer van 26 september 2003 inzake Positionering algemene ziekenhuizen, TK 2003-2004, 27 295, nr. 56, p. 3.

⁶⁷ Zie Voorstel van wet inzake Herziening van het stelsel van overheidsbemoediging met het aanbod van zorginstellingen, derde nota van wijziging 5-12-2003.

⁶⁸ Zie Tweede Kamer, vergaderjaar 2003-2004, 29 379, nrs. 1-2.

⁶⁹ Het betreft een aantal technische wijzigingen die het instrumentarium van de WTG uitbreiden dan wel van een expliciete wettelijke basis voorzien. Zie de brief van de Minister van VWS aan de Tweede Kamer d.d. 10 oktober op p. 18.

⁷⁰ Zie de brief van de Minister van VWS aan de Tweede Kamer d.d. 10 oktober op p. 18.

Voorts worden maatregelen genomen om de positie van kleine ziekenhuizen te versterken.⁷¹ Het betreft ten eerste de introductie van een beschikbaarheidstoelage voor kleine ziekenhuislocaties waardoor voor hen beter mogelijk wordt de Spoedeisende Eerste Hulp afdeling draaiende te houden. De tweede maatregel betreft een ophoging van de beleidsregel investeringen voor kleinere ziekenhuizen zodat zij een zelfde bedrag krijgen per erkend bed als een gemiddeld Nederlands ziekenhuis (en hun investeringsmogelijkheden worden vergroot). De Minister van VWS heeft voor deze maatregelen een bedrag van EUR 32 miljoen beschikbaar gesteld.

- *Wetsvoorstel Wet herziening overeenkomstenstelsel*
Dit wetsvoorstel voorziet in afschaffing van de landelijk geldende uitkomsten van overleg en modelovereenkomsten in de ZFW. Voorts regelt het wetsvoorstel de mogelijkheid dat de contracteerplicht en de omgekeerde contracteerplicht afgeschaft worden voor bij of krachtens AMvB te bepalen vormen van zorg en categorieën zorginstellingen. Zo is het de bedoeling dat per 1 juli 2004 voor segment B (zie kader 3.1) de contracteerplicht voor ziekenfondsen en de omgekeerde contracteerplicht voor instellingen worden afgeschaft. Ten slotte worden (formele) belemmeringen weggenomen voor zorgaanbieders gevestigd in het buitenland, om zorg aan Nederlandse verzekerden te verlenen.
 - *Wijziging verzekeringsstelsel: van dualiteit naar invoering algemene verzekering voor de curatieve zorg*⁷²
Hiermee komt het onderscheid tussen ziekenfonds- en particulier verzekerden te vervallen. Voorts gaat er voor alle verzekeraars een acceptatieplicht gelden; verzekerden kunnen derhalve niet worden geweigerd.
118. De huidige verschillen in de voorwaarden waaronder aanbieders van ziekenhuiszorg functioneren zullen in de loop der tijd derhalve sterk worden verminderd dan wel volledig worden weggenomen. Deze wijzigingen zorgen voor meer vrijheden voor aanbieders van ziekenhuiszorg en vergroten de ruimte om te kunnen concurreren. Naarmate er meer vrijheden komen, is het van belang dat de door de wetgever gecreëerde ruimte niet wordt opgevuld door mededingingsbeperkende gedragingen van ondernemingen. Zie voor de bevoegdheden van de NMa en de wijze waarop hiermee wordt omgegaan hoofdstuk 5 van onderhavig document.

3.4 Conclusie

119. De context waarin ziekenhuizen en andere aanbieders van ziekenhuiszorg vanaf 1 januari 2003 opereren, biedt ruimte om te concurreren. Alle aanbieders van ziekenhuiszorg zijn in belangrijke mate vrij in het bepalen van de hoeveelheid, samenstelling, vorm en kwaliteit van de door hen aangeboden

⁷¹ Zie de brief van de Minister van VWS aan de Tweede Kamer van 26 september 2003 inzake Positionering algemene ziekenhuizen, TK 2003-2004, 27 295, nr. 56. Inmiddels heeft het CTG op verzoek van de Minister beleidsregels opgesteld (bron: www.ctgzorg.nl). De maatregelen treden in werking per 1 januari 2004.

⁷² Wetsvoorstel is in voorbereiding.

zorg. Deze vrijheid ontbreekt momenteel grotendeels wat betreft de prijzen, maar daar wordt met de introductie van DBC's verandering in gebracht. De huidige budget- en verrichtingsystematiek bevat voor aanbieders van ziekenhuiszorg voorts productie- en efficiëntieprikkels.

120. Patiënten zijn in beginsel vrij in de keuze voor een aanbieder van ziekenhuiszorg. Een substantieel gedeelte van de zorgvragers maakt een bewuste keuze, al of niet in overleg met huisarts of specialist, voor een bepaald ziekenhuis. Aanbieders van ziekenhuiszorg kunnen derhalve invloed uitoefenen op de vraag naar hun product.
121. Het voorgaande betekent dat aan de toetsingsvoorwaarden, zoals uitgewerkt in paragraaf 3.1, is voldaan. De Mededingingswet is derhalve van toepassing.
122. Het speelveld voor de diverse aanbieders van ziekenhuiszorg is niet gelijk. Voor alle aanbieders bestaat echter ruimte om te concurreren. Het ongelijke speelveld neemt derhalve niet weg dat er in de ziekenhuiszorg concurrentie mogelijk is.

4 Marktafbakening in de ziekenhuissector

4.1 Inleiding

123. Tot nu toe heeft de NMa in haar besluiten aangaande ziekenhuizen niet eerder de relevante markt(-en) afgebakend. Dit hoofdstuk van het visiedocument heeft tot doel inzicht te geven in de uitgangspunten die de NMa specifiek van belang acht voor de afbakening van de relevante markt in concrete zaken met betrekking tot ziekenhuiszorg en een eerste aanzet te geven voor marktafbakening in deze sector.
124. Hierbij dient men in het oog te houden dat marktafbakening steeds in concrete mededingingszaken afzonderlijk dient te gebeuren en dat per zaak de omstandigheden kunnen verschillen. De in dit hoofdstuk genoemde uitgangspunten en kenmerken kunnen hiervoor als leidraad dienen. Er is dus geen sprake van een limitatieve of definitieve opsomming.
125. In opdracht van de NMa heeft Prismant nader onderzoek verricht naar de geografische dimensie van marktafbakening in de ziekenhuissector op basis van actuele patiëntenstromen. Daarnaast heeft de NMa *Ecoorys-NEI* opdracht verleend een onderzoek te doen naar de factoren die bepalend zijn voor de keuze van zorgvragers uit het aanbod van ziekenhuizen. Binnen verschillende regio's is onderzocht op welke overwegingen zorgvragers hun keuze voor een bepaald ziekenhuis baseren en welke instellingen zij bij hun afweging betrekken. De resultaten van deze onderzoeken zijn, voor zover relevant, in het onderhavige document verwerkt.

4.2 Uitgangspunten voor het afbakenen van relevante markten

126. Marktafbakening is een noodzakelijke stap in de mededingingsrechtelijke analyse. Het voornaamste doel van marktafbakening is om de concurrentiedwang te onderkennen waarmee de betrokken ondernemingen worden geconfronteerd.⁷³ De relevante markt kent twee dimensies: de relevante productmarkt en de relevante geografische markt.
127. Bij de afbakening van de relevante productmarkt neemt men de goederen of diensten die door de mededingingsrechtelijk te beoordelen gedragingen van ondernemingen worden beïnvloed als uitgangspunt. Onderzocht wordt tot welke relevante productmarkt deze producten behoren.
128. Producten die tot dezelfde markt behoren oefenen concurrentiedruk op elkaar uit. Een bron van concurrentiedruk op aanbieders van een bepaald product is de mogelijkheid van de afnemer om op andere producten over te stappen (ook wel vraagsubstitutie genoemd). Concurrentiedruk kan tevens ontstaan doordat bepaalde ondernemingen, die nu nog andere goederen produceren makkelijk en snel

⁷³ Zie Richtsnoeren voor de zorgsector, paragraaf 1.5.

het betreffende product op de markt zouden kunnen brengen omdat zij alle bronnen en expertise in huis hebben. Dit wordt ook wel aanbodssubstitutie genoemd.⁷⁴

129. De relevante geografische markt is het gebied waarin de betrokken ondernemingen zijn gevestigd die met elkaar concurreren en waarbinnen de concurrentievoorwaarden voldoende gelijk zijn. Ook hier is van belang van welke producten en/of ondernemingen (potentiële) concurrentiedruk uitgaat.
130. De relevante markt waarop een bepaalde mededingingskwestie moet worden beoordeeld, wordt derhalve vastgesteld aan de hand van de combinatie van de productmarkt en de geografische markt.

4.3 Te onderscheiden productmarkten

131. Bij het afbakenen van de relevante productmarkt en de relevante geografische markt spelen specifieke kenmerken van de desbetreffende sector en van de goederen en diensten die worden onderzocht een rol. Kenmerken die de NMa relevant acht voor het afbakenen van de relevante markt(en) voor ziekenhuiszorg zijn: klinische of niet-klinische ziekenhuiszorg, tweede of derde compartiment en topzorg of reguliere ziekenhuiszorg. Een analyse van deze kenmerken kan in concrete zaken een eerste aanzet zijn tot het afbakenen van de relevante markt. Mogelijkerwijs dient vervolgens ook naar andere, specifiek op dat concrete geval van toepassing zijnde, kenmerken te worden gekeken.

4.3.1 *Klinische of niet-klinische ziekenhuiszorg*

132. Afhankelijk van de aandoening en de vereiste behandeling kan het zijn dat een patiënt via een poliklinische behandeling of dagbehandeling (de zogeheten dagopname) wordt geholpen of dat een patiënt daadwerkelijk moeten wordt opgenomen (de zogeheten klinische opname).
133. Het wezenlijke onderscheid tussen poliklinische behandeling en dagopname enerzijds en een klinische opname anderzijds, is de tijdsduur van de behandeling dan wel opname. Een klinische opname betekent dat een patiënt minimaal 24 uur moet blijven, terwijl voor een poliklinische of dagbehandeling de patiënt binnen 24 uur naar huis kan.
134. Bij het afbakenen van de relevante productmarkt kan dit criterium van belang zijn, aangezien zowel vraagsubstitutie als aanbodssubstitutie tussen zorg die korter of langer duurt dan 24 uur niet altijd mogelijk is. Vanuit de zorgvrager bezien is het namelijk niet altijd mogelijk een behandeling waarvoor klinische opname is vereist, te vervangen door een behandeling die binnen 24 uur kan worden gedaan.
135. Onderzoek naar aanbodssubstitutie door de NMa onder ziekenhuizen duidt erop dat de verrichtingen binnen het pakket algemene planbare ziekenhuiszorg zich niet lijken te kenmerken door hoge

⁷⁴ Zie de Bekendmaking van de Commissie inzake de bepaling van de relevante markt voor het gemeenschappelijke mededingingsrecht, 9 december 1997, Pb EG 1997, nr. C372, p. 5.

verzonken kosten. De ziekenhuizen geven namelijk aan dat de relatief grootste drempels bij het opstarten dan wel uitbreiden van specialismen in de algemene ziekenhuiszorg primair liggen bij het aantrekken van specialisten en verplegend personeel in verband met schaarste⁷⁵ hiervan en veel minder bij de kosten voor benodigde investeringen⁷⁶. De kosten verbonden aan specialisten en verplegend personeel zijn in tegenstelling tot investeringen in apparatuur en gebouwen niet vast, maar variabel. Daarmee zijn dergelijke investeringen in personeel niet verzonken, waardoor aanbodsubstitutie tussen de verschillende specialismen door ziekenhuizen mogelijk kan zijn. De hier genoemde omstandigheden zijn derhalve relevant bij de beantwoording van de vraag in hoeverre in een concrete geval sprake kan zijn van aanbodsubstitutie.

136. Daarnaast hebben de door ziekenhuizen aangeboden verrichtingen voor een groot deel gemeenschappelijke kosten. Het gaat hier bijvoorbeeld om kosten omtrent bedden, operatiekamers, verpleging en *overhead*. Deze gemeenschappelijke kosten zijn een argument om deze verrichtingen vanuit marktafbakeningsoverwegingen tezamen te bezien. Doordat het grootste gedeelte gemeenschappelijke kosten betreft, is aanbodsubstitutie eenvoudiger.
137. Aan de aanbodzijde wordt substitutie door de WZV beperkt. Zo is het ZBC's en andere privé-klinieken op grond van deze wet verboden patiënten te behandelen die langer dan 24 uur dienen te worden opgenomen. Hierdoor is het aanbod van behandelingen die slechts kunnen worden uitgevoerd met behulp van klinische opname beperkt tot de ziekenhuizen. Zij kunnen derhalve vrij eenvoudig substitueren tussen poliklinische en dagbehandeling en klinische opname, terwijl ZBC's, overige privé-klinieken en medisch specialisten deze ruimte niet hebben.
138. De hoogte van toetredingsdrempels verschilt voorts tussen klinische en niet-klinische ziekenhuiszorg. Toetreding tot de niet-klinische zorg is relatief eenvoudig door lage wettelijke barrières en overzienbare investeringskosten. Toetreding tot klinische algemene ziekenhuiszorg is moeilijker vanwege wettelijke toetredingsdrempels die volgen uit de WZV, waardoor meer tijd benodigd is.
139. Daarnaast zijn er relatief hoge kosten verbonden aan de beschikbaarheidsfunctie van een SEH-afdeling van een ziekenhuis.
140. Het voorgaande leidt ertoe dat gesproken kan worden van relevante verschillen in concurrentieverhoudingen tussen de niet-klinische en klinische algemene ziekenhuiszorg. Bovenstaande factoren vormen derhalve aanwijzingen voor het bestaan van aparte relevante markten hetgeen echter steeds in een concreet geval zal moeten worden bezien.⁷⁷

⁷⁵ Schaarste van personeel is uiteindelijk geen belemmering voor het gaan aanbieden of uitbreiden van het aanbod van bepaalde verrichtingen. Ziekenhuizen kunnen immers onderling concurreren om de beste specialisten en verpleegkundigen aan te trekken.

⁷⁶ Dit geldt mogelijk wel voor een aantal vormen van topklinische en topreferente zorg.

⁷⁷ Dit onderscheid sluit overigens aan bij het in de Amerikaanse mededingingspraktijk ontstane onderscheid tussen inpatient (klinische) en outpatient (poliklinische) care. Bij fusies tussen ziekenhuizen ligt in de VS de nadruk op inpatient care, vanwege de geringere toetredings- en disciplineringsmogelijkheden van (potentiële) concurrenten.

141. Ziekenhuizen kenmerken zich daardoor dat zij in tegenstelling tot ZBC's en andere aanbieders klinische zorg aanbieden. Bovendien beschikt ieder algemeen ziekenhuis over een SEH-afdeling⁷⁸ en kunnen SEH-afdelingen niet los van een ziekenhuis efficiënt worden geëxploiteerd. Het voorgaande biedt aanwijzingen om voor reguliere ziekenhuiszorg een onderscheid te maken tussen poliklinische behandelingen en dagbehandelingen enerzijds (die ook op zichzelf staand door ZBC's kunnen worden aangeboden) en algemene klinische ziekenhuiszorg, bestaande uit SEH en reguliere klinische behandelingen, anderzijds. Of in een concreet geval sprake is van aparte markten zal afhangen van de omstandigheden in dat geval.

4.3.2 *Tweede of derde compartiment*⁷⁹

142. Binnen het Nederlandse verzekeringsstelsel worden drie compartimenten van zorg onderscheiden. Ziekenhuiszorg behoort hoofdzakelijk tot het tweede compartiment en voor een klein gedeelte tot het derde compartiment.
143. Ziekenhuiszorg uit het tweede compartiment betreft noodzakelijke geneeskundige ziekenhuiszorg die voor iedereen toegankelijk moet zijn en waar iedere Nederlander in beginsel voor is verzekerd. Ziekenhuiszorg behorende tot het derde compartiment is veelal luxe en/of innovatieve zorg, die niet essentieel is voor iemands gezondheid. Voor een deel van deze derde compartimentszorg kan iedere burger zich eventueel aanvullend verzekeren, voor een ander gedeelte kan men zich niet verzekeren en zal de patiënt derhalve zelf voor deze zorg dienen te betalen. Voor dit type zorg zal derhalve de prijs een belangrijker rol spelen bij de afweging van patiënten om dit type zorg af te nemen dan wel bij de keuze voor een bepaalde aanbieder.
144. Gezien het voorgaande spelen in het onderscheid tussen tweede en derde compartimentszorg, bezien vanuit de vraagzijde, twee aspecten een rol. Ten eerste heeft de patiënt wanneer het gaat om tweede compartimentszorg doorgaans niet de keuze om de zorg wel of niet af te nemen, terwijl die voor derde compartimentszorg wel bestaat. Daarnaast speelt de wijze van financiering een rol in het keuzeproces van de patiënt, zoals in het vorige randnummer uiteengezet.
145. Ook vanuit het oogpunt van de aanbodzijde is dit onderscheid van belang. Immers, slechts een aanbieder van ziekenhuiszorg die beschikt over een WZV-vergunning mag ziekenhuiszorg behorende tot het tweede compartiment aanbieden. Het aanbod van deze zorg is op grond daarvan voorbehouden aan ziekenhuizen en ZBC's. Het leveren van ziekenhuiszorg behorende tot het derde compartiment is daarentegen niet wettelijk beperkt en kan zowel worden geleverd door ziekenhuizen en ZBC's als door de overige privé-klinieken en medisch specialisten.

⁷⁸ In het op 5-12-2003 ingediende wetsvoorstel (derde nota van wijziging Wet Exploitatie Zorginstellingen) Wet Toelating Zorginstellingen (WTZ) krijgt de minister van VWS de mogelijkheid te verbieden dat ziekenhuizen hun SEH-afdeling sluiten.

⁷⁹ Het betreft de indeling in compartimenten en niet op het onderscheid tussen ziekenfonds en particuliere verzekeringen. Op het eerste gezicht is er ook geen aanleiding om dit tweede criterium apart te behandelen. Reden hiervoor is dat ziekenhuiszorg in algemene zin door alle verzekeringsvormen in Nederland volledig wordt gedekt.

146. Bovenstaande verschillen vormen derhalve aanwijzingen voor het bestaan van aparte relevante markten, hetgeen echter steeds in een concreet geval zal moeten worden gezien.

4.3.3 *Topzorg*

147. Alleen aanbieders die beschikken over een vergunning op basis van de Wet Bijzondere Medische Verrichtingen (WBMV), mogen **topklinische** verrichtingen aanbieden. Een WBMV-vergunning wordt slechts verleend voor het uitvoeren van een specifieke topklinische *verrichting* en niet voor een scala van verrichtingen. In een concrete zaak waarin topklinische ziekenhuiszorg een rol speelt, betekent dit dat productmarkten worden afgebakend per specifieke WBMV-verrichting. Het is immers voor aanbieders die niet beschikken over de betreffende vergunning niet mogelijk om WBMV-verrichtingen te gaan aanbieden. Ondanks dat het aanbod van een WBMV-verrichting is beperkt tot het aantal vergunninghouders voor deze WBMV-verrichting, is onderlinge concurrentie tussen deze aanbieders in principe mogelijk. Een vergelijkbare wijze van afbakening is van toepassing op **toppreferente zorg**. Het aanbod van dit type zorg is geconcentreerd in de academische ziekenhuizen.⁸⁰
148. Het voorgaande lijkt te wijzen op een afbakening per specialisme of specifieke verrichting voor topreferente respectievelijk topklinische zorg, mede omdat het zeer specialistische patiëntenzorg betreft, die gepaard gaat met bijzondere diagnostiek en behandeling die slechts op een beperkt aantal plaatsen beschikbaar is.
149. Mogelijk zijn er gevallen waarin er maar één aanbieder is die in een bepaalde zorgvraag in een bepaalde regio kan voorzien. In dat geval is er feitelijk sprake van weinig (of geen) concurrentie, maar dat betekent niet per definitie dat de Mededingingswet niet van toepassing is. Deze situatie kan bijvoorbeeld het gevolg zijn van een regionale marktverdelingsafpraak tussen aanbieders uit verschillende regio's, die verboden is op grond van artikel 6 Mw. In andere gevallen beschikt een ziekenhuis mogelijk over een economische machtspositie op die markt of markten. Het bezit van een dergelijke positie is op zichzelf niet verboden, maar misbruik van die positie (voor zover de op dat moment van kracht zijnde overige wet- en regelgeving daarvoor ruimte laat) is verboden op grond van artikel 24 Mw.

4.3.4 *Schematische weergave van de verschillende kenmerken*

150. De verschillende combinaties van deze kenmerken die ziekenhuiszorg onderling onderscheiden, maken een indeling mogelijk die schematisch is weergegeven in figuur 4.1.

⁸⁰ Ondanks dat er geen wettelijke belemmering voor bestaat, wordt topreferente zorg slechts door een beperkt aantal aanbieders geboden. Het betreft voornamelijk de academische ziekenhuizen en enkele algemene ziekenhuizen die de 'last-resort'-functie kunnen vervullen.

Figuur 4.1

	2 ^o Compartiment						3 ^o Compartiment	
	SEH	Electieve Zorg						
Regulier		Klinische Opname						
		Poliklinisch / Dagopname						
Topklinisch/ Topreferent								
		Afbakening per verrichting of specialisme						

151. De voornoemde kenmerken van ziekenhuiszorg vormen belangrijke aanknopingspunten voor de afbakening van de relevante productmarkt en geografische markt, waarbij het in een concreet geval van belang kan zijn om ook andere kenmerken van de desbetreffende zorgvraag of zorgaanbod in ogenschouw te nemen.

4.4 Relevante Geografische Markt

152. De relevante geografische markt zal, evenals de relevante productmarkt, in een specifieke mededingingszaak telkens moeten worden afgebakend op basis van de concrete kenmerken van die zaak. Om vooraf echter een indruk te krijgen van de dimensies van de geografische markt van verschillende typen productmarkten, heeft het onderzoeksinstituut Prismant in opdracht van de NMa een onderzoek uitgevoerd, waarbij ongeveer 930.000 verrichtingen ($\pm 40\%$ van het totaal in de Landelijke Medische Registratie) toegeschreven aan verschillende clusters zoals weergegeven in figuur 4.1 zijn betrokken. Er werd getracht een beeld te krijgen van de omvang van de geografische markten op het niveau van aaneengesloten postcodegebieden en inwonertal.

153. Vanwege het ontbreken van prijsgegevens⁸¹ voor de Nederlandse ziekenhuiszorg, kan een marktafbakening niet plaatsvinden op grond van de standaardtests waarin gebruik wordt gemaakt van gegevens over onder meer afzet en prijzen. Om geografische markten af te bakenen kan in plaats

⁸¹ Er is sprake van wettelijke vaste prijzen. In de toekomst kunnen, indien en voor zover er sprake is van vrij onderhandelbare DBC-prijzen dergelijke tests wellicht wel toegepast worden.

daarvan gebruikgemaakt worden van een test die uitgaat van patiëntenstromen, namelijk de Ezinga-Hogarty-test (hierna: EH-test).⁸²

154. Eventuele correcties kunnen echter plaats vinden op grond van een uitgebreidere markttest, waarbij tevens rekening kan worden gehouden met reële alternatieven, bijvoorbeeld op grond van het afstandscriterium.⁸³ Het afstandscriterium houdt in dat een patiënt bereid is om een bepaalde maximumafstand of tijd te reizen. Uit onderzoek is gebleken dat patiënten uit de Randstad bereid zijn 30 minuten te reizen.⁸⁴ Waar de EH-test gebruik maakt van gebleken keuzegedrag van patiënten, ontbreken dergelijke voor marktafbakening relevante overwegingen bij de toepassing van het afstandscriterium. De EH-test is daarom gehanteerd als startpunt om op de meest zinvolle wijze een eerste consistente en gedegen indruk te krijgen van de relevante geografische markt.
155. De EH-test specificceert zogenaamde '*little out from inside*' (hierna: LOFI) en '*little in from outside*' (hierna: LIFO) drempelwaarden. Het criterium gaat uit van de import van ziekenhuisdiensten en gaat in op de vraag of de importen van een regio voldoende klein zijn ten opzichte van het totaal aantal ziekenhuisdiensten binnen die regio. Dit houdt concreet in dat niet meer dan 10% van de patiënten uit de regio naar een ziekenhuizen buiten de regio gaat. Als de import groot is ten opzichte van het totaal aantal ziekenhuisdiensten dan zal de drempelwaarde voor het LIFO-criterium⁸⁵ niet worden bereikt. Een dergelijk resultaat levert een indicatie op dat de gekozen regio gevoelig is voor concurrentie van buitenaf en dat de geografische markt groter dient te worden afgebakend. Het LOFI-criterium vormt een maatstaf voor de export van ziekenhuisdiensten en gaat in op de vraag of de exporten van een regio voldoende klein zijn ten opzichte van het totaal aantal ziekenhuisdiensten binnen die regio. Als de export groot is ten opzichte van het totaal aantal ziekenhuisdiensten dan zal de drempelwaarde voor het LOFI-criterium⁸⁶ niet worden bereikt. Een dergelijk resultaat geeft een indicatie dat ziekenhuizen ook effectief kunnen concurreren in regio's buiten de oorspronkelijk gekozen regio.
156. Als de waargenomen patiëntenstromen de drempels van het LIFO- dan wel het LOFI-criterium niet halen, geeft dat aan dat de regio onder externe concurrentiedruk staat. Als patiëntenstromen indiceren dat import belangrijk is, geeft dat aan dat ziekenhuizen van buiten de regio relatief veel diensten exporteren naar de regio. De ziekenhuizen van buitenaf die het grootste gedeelte van deze export voor hun rekening nemen dienen meegenomen te worden in de afbakening van de relevante geografische markt. Als er sprake is van een kleine import, maar van een grote export leidt dat binnen de test eveneens tot een ruimere relevante markt. Exporterende ziekenhuizen houden dan rekening met keuzegedrag van patiënten van buiten de regio.

⁸² Deze methode bleek in het onderzoek goed toepasbaar op markten voor ziekenhuiszorg.

⁸³ In de Amerikaanse mededingingspraktijk wordt de test in veruit de meeste gevallen uitgevoerd. Het hangt vervolgens van de omstandigheden van het geval af of er reden is voor correctie van de uitkomsten van de test en in welke mate er correcties nodig zijn.

⁸⁴ Ecorys-Nei, Vraagfactoren ziekenhuizen, 6 augustus 2003.

⁸⁵ $LIFO = 1 - / - (\text{aantal patiënten binnen de regio, dat is behandeld in een ziekenhuis buiten de regio}) / (\text{aantal patiënten uit de regio (dat is behandeld binnen of buiten de regio)})$.

⁸⁶ $LOFI = 1 - / - (\text{aantal patiënten van buiten de regio, dat is behandeld in een ziekenhuis van binnen de regio}) / (\text{behandelde patiënten door ziekenhuizen binnen de regio (woonachtig binnen of buiten de regio)})$.

157. Uit het onderzoek van Prismant blijken de geografische markten voor WBMV-zorg (topzorg) aanzienlijk groter (2 tot 4 provincies groot) te zijn dan de markten voor reguliere zorg (in het algemeen beperkte regio's rondom een stad). Eenduidige verschillen in de omvang van de relevante geografische markt tussen chronische en niet-chronische zorg zijn in het onderzoek niet geconstateerd. Er zijn derhalve geen redenen om aan te nemen dat chronische en niet-chronische ziekenhuiszorg tot verschillende relevante markten zouden behoren.⁸⁷
158. Relevante geografische markten zijn overigens niet noodzakelijkerwijs beperkt tot nationale regio's. Volgens het onderzoek van ECORYS-NEI overweegt 10-20% van de ondervraagden ook buitenlandse ziekenhuizen. In grensregio's is dit percentage hoger (20-30%).⁸⁸

⁸⁷ Deze mogelijkheid werd in het consultatiedocument nog open gelaten.

⁸⁸ Zie ook uit de studie 'De wensen van zorgcliënten in Europa', Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ), 4 december 2003.

5 Rol / positie NMa

159. De NMa houdt toezicht op de naleving van de Mededingingswet. Het instrumentarium van de Mw bestaat, kort weergegeven, uit de volgende drie pijlers: er is een systeem van toezicht op concentraties (artikel 26-49 Mw), er is een verbod op het misbruik maken van een economische machtspositie (artikel 24 Mw) en er geldt een verbod op voor concurrentiebeperkende overeenkomsten of onderling afgestemde gedragingen (artikel 6 Mw). Indien er sprake is van effecten op de handel tussen Europese lidstaten houdt de NMa bovendien toezicht op de naleving van de Europese mededingingsregels, zoals opgenomen in artikelen 81 (kartelverbod) en 82 (verbod op misbruik van een economische machtspositie) van het EG-verdrag.
160. De Mededingingswet grijpt alleen daar in waar concurrentie mogelijk is. Aangezien concurrentie in de ziekenhuissector mogelijk is, is ook de Mededingingswet daarop van toepassing en is de NMa voor de naleving daarvan verantwoordelijk. De NMa neemt daarbij de bestaande regelgeving als uitgangspunt.
161. Daarnaast is bij een verruiming van de mogelijkheden voor concurrentie, zoals bijvoorbeeld de vrije onderhandelingen over DBC's per 1 juli 2004 voor segment B, van belang dat deze ruimte niet met mededingingsbeperkende gedragingen door marktpartijen wordt ingevuld. De NMa zal hierop toezien.
162. Het is inherent aan de Mw dat de beoordeling van een concrete zaak afhankelijk is van de specifieke omstandigheden. Belangrijke aanknopingspunten voor wat mededingingsrechtelijk wel en niet toelaatbaar is, kunnen worden ontleend aan de Richtsnoeren voor de zorgsector. De Richtsnoeren geven de algemene lijn weer van de beschikkingspraktijk van de NMa met betrekking tot de toepassing van artikel 6 en 24 Mw op de zorg. De d-g NMa heeft met deze Richtsnoeren extra duidelijkheid gecreëerd over de wijze waarop de aan hem toekomende taken en bevoegdheden in het kader van de handhaving van de Mw in de zorgsector worden uitgeoefend.
163. De NMa zal bij de handhaving van de Mededingingswet in de ziekenhuissector rekening houden met de transitieperiode waarin de sector zich bevindt. Zoals beschreven in paragraaf 3.3.4, is sprake van een omslag van een centraal aanbodgestuurd naar een decentraal vraaggericht zorgstelsel. Het drieluik, WVG, ZFW en WZV, dat de belangrijkste regels voor de ziekenhuissector bevat, zal daartoe in de (nabije) toekomst worden herzien of vervangen door andere wetgeving. Met deze wijzigingen wordt het speelveld tussen de verschillende aanbieders gelijkgetrokken en worden meer vrijheden gecreëerd waardoor de ruimte om te kunnen concurreren toeneemt. In deze transitiefase bestaan nog belangrijke taken voor de overheid. De Minister van VWS erkent dit en geeft aan dat in aanvulling op het mededingingstoezicht nog andere mechanismen nodig zijn om de verdere ontwikkeling van marktwerking mogelijk te maken.⁸⁹

⁸⁹ Zie brief van de Minister van VWS aan de Tweede Kamer, Oprichting Zorgautoriteit, vergaderjaar 2003-2004, 29 324, nr. 1, p. 1.

164. Ondanks de in vergelijking met andere sectoren beperktere mogelijkheden van de zorgaanbieders om met elkaar te concurreren, is het van groot belang dat wordt voorkomen dat de marktpartijen deze ruimte verder inperken door het maken van kartelafspraken of dat als gevolg van fusies economische machtsposities kunnen ontstaan of worden versterkt. Markten in transitie vragen evenwel een toegesneden handhavingsbeleid. De NMa zal bij haar handhavingsbeleid dan ook rekening houden met de beperkingen die deze specifieke markten in transitie eigen is.
165. Anderzijds hebben ook deze partijen zelf een verantwoordelijkheid om hun bestaande vormen van gedrag aan de Mw te toetsen, mogelijk aan te passen en zich eventueel te richten tot de NMa. Voorgenomen concentraties dienen te worden gemeld op basis van art. 34 Mw. Voorts zijn prijsafspraken tussen concurrerende ziekenhuizen (met betrekking tot DBC's) of afspraken over marktverdeling, bijvoorbeeld geografisch of door het onderling verdelen van specialismen, in beginsel verboden op grond van artikel 6 Mw. Ook kan een ziekenhuis met een economische machtspositie dat verrichtingen aanbiedt onder de kostprijs, om zodoende ZBC's van de markt weren of te verdrijven, misbruik maken van die machtspositie. Dit is verboden op grond van artikel 24 Mw. Voorts kunnen de huidige collectieve onderhandelingen waarbij alle verzekeraars betrokken zijn, bij het afschaffen van de contracteerplicht en omgekeerde contracteerplicht per 1 juli 2004 voor DBC's uit het vrije segment niet meer worden voortgezet en mogen verzekeraars bij de inkoop van ziekenhuiszorg geen misbruik maken van een eventuele economische machtspositie.

6 Inwerkingtreding

166. De in dit document weergegeven visies van de NMa omtrent de concurrentiemogelijkheden, de uitgangspunten voor het afbakenen van de relevante markt en de rol van de NMa in de ziekenhuissector, worden toegepast als beleidsregel in de zin van artikel 1:3, vierde lid, van de Algemene wet bestuursrecht, met ingang van de dag na mededeling van vaststelling ervan in de Staatscourant.

Datum: 22 januari 2004

w.g. mr. P. Kalbfleisch
Directeur-generaal van de Nederlandse Mededingingsautoriteit