Antwoorden op kamervragen van de Kamerleden Heemskerk en Arib over verticale integratie tussen een zorgverzekeraar en een ziekenhuis.
(40511960)

1
Hebt u kennisgenomen van het opkopen van een zorgverzekeraar van een afdeling in een ziekenhuis? 1)

1
Ik heb kennisgenomen van het betreffende artikel in NRC Handelsblad van 31 maart jl.. Ik ben echter van mening dat er geen sprake is van het opkopen van een afdeling van het ziekenhuis door een zorgverzekeraar. Het ziekenhuis huurt voor het uitvoeren van een deel van de orthopedische behandelingen een onderaannemer in. Deze onderaannemer, het orthopedisch centrum, is voor het grootste deel eigendom van het ziekenhuis. De verzekeraar neemt ook deel in het orthopedisch centrum. De zorgverzekeraar neemt deel met één van haar stichtingen; een stichting waarin het ziekenfonds niet is ondergebracht.

2
Deelt u de mening dat het voornemen van CZ - of andere zorgverzekeraars - om in de komende jaren eigenaar te worden van (onderdelen van) ziekenhuizen niet wenselijk is, daar verticale integratie en regionale monopolies de keuzevrijheid beperken en de kosten van de gezondheidszorg kunnen doen stijgen?

2
Gedurende de behandeling van de Zorgverzekeringswet in de Tweede Kamer is het onderwerp verticale integratie een paar keer aan de orde geweest. Dit heeft, zoals u weet, uiteindelijk geleid tot een door de TK aangenomen motie van het lid Heemskerk c.s. (Kamerstukken II 2004/05, 29 763, nr. 49). Deze motie roept de regering op in de Wet marktordening gezondheidszorg (WMG) de markttoezichthouders toe te rusten met wettelijke mogelijkheden voor een ex ante toetsing van zorginstellingen in eigen beheer, op basis van het «nee tenzij» uitgangspunt (conform de bepaling in de Ziekenfondswet (Zfw)), en met wettelijke mogelijkheden om een pluriform regionaal aanbod van diverse zorgverzekeraars te bewerkstelligen, verdergaand dan de huidige bepalingen hierover in de Mededingingswet. In reactie op de motie heb ik opgemerkt dat deze motie wordt besproken als het wetsvoorstel in uw kamer aan de orde is. De beantwoording van de door u gestelde vraag 2 kan echter niet los worden gezien van deze motie. Daarom ga ik in deze antwoorden eveneens, vooruitlopend op de parlementaire behandeling van de WMG, op hoofdlijnen in op de wijze waarop ik uitvoering geef aan de motie.

Inleiding: relatie zorgverzekeraar – zorgaanbieder en toezicht door DNB/PVK
In theorie zijn er - afgezien van de inkoopcontracten, die natuurlijk verreweg het meest zullen voorkomen - drie soorten relaties tussen een zorgverzekeraar en een zorgaanbieder mogelijk:

1. De zorgverzekeraar heeft de zorgaanbieder - bijvoorbeeld door huisartsen of apothekers in dienst te nemen - in zijn eigen rechtspersoon geïncorporeerd; juridisch verleent de zorgverzekeraar dus zelf de verzekerde zorg. In dat geval spreken we wel van een 'eigen instelling' van de zorgverzekeraar.
2. De zorgverzekeraar financiert buiten zijn rechtspersoon de totstandkoming of instandhouding van een zorgaanbieder, stelt zich voor een zorgaanbieder garant of neemt in het bestuur ervan deel, om via de verkregen zeggenschap de beschikbaarheid van kwalitatief goede zorg voor zijn verzekerden te vergroten.
3. De zorgverzekeraar belegt louter met het oog op financieel rendement in een zorgaanbieder.

Onder de Zorgverzekeringswet zullen zorgverzekeraars eigen instellingen (1) mogen hebben. Het zelf verlenen van zorg is door de gekozen vormgeving van de Zorgverzekeringswet voor de zorgverzekeraars geen (op grond van de richtlijnen schadeverzekeringsbedrijf, de Wet toezicht verzekeringsbedrijf 1993 (Wtv) en in de toekomst de Wet op het financieel toezicht (Wft)) verboden risicodragende nevenactiviteit, maar een hoofdactiviteit. Hoofdactiviteit omdat voor naturaverzekeraars de te verzekeren prestatie het verlenen van zorg is. Het verlenen van zorg kan door middel van met zorgaanbieders gesloten inkoopcontracten, maar ook door het door eigen instellingen laten verlenen van zorg. Voor restitutieverzekeraars is het zelf verlenen van zorg een hoofdactiviteit vanwege het feit dat tot de verzekerde prestaties ook behoort, het desgevraagd verrichten van activiteiten gericht op het verstrekken van de verzekerde zorg aan de verzekerde. Voor financiële of bestuurlijke deelname in afzonderlijke zorgaanbieders (2) liggen de zaken ingewikkelder. Dergelijke deelname is op zich te zien als het verrichten van een risicodragende nevenactiviteit. Het verrichten van risicodragende nevenactiviteiten is in principe verboden. Een verzekeraar mag echter van DNB/PVK wel nevenactiviteiten verrichten die dienstbaar zijn aan de uitoefening van het verzekeringsbedrijf, zolang verzekeren de hoofdactiviteit van de onderneming blijft. Dat sluit derhalve niet uit dat verzekeraars deelnemen in zorginstellingen. Mede vanwege het feit dat de Zorgverzekeringswet verzekeraars ook een zorgplicht oplegt, kan zich de situatie voordoen dat, bij gebrek aan voldoende aanbod of van aanbod van voldoende kwaliteit de ziektekostenverzekeraar geen andere mogelijkheid overblijft dan financiële of bestuurlijke deelneming in een zorginstelling. DNB/PVK zal de deelneming altijd moeten toetsen aan het verbod op het verrichten van risicodragende nevenactiviteiten, waarbij het risico voor de continuïteit en de solvabiliteit van de verzekeraar als belangrijkste toetspunt geldt. Wat betreft het louter om financiële redenen in een zorgaanbieder beleggen (3): dat wijkt niet af van beleggingen in andere vennootschappen. De normale beleggingsvoorschriften van DNB/PVK zijn van toepassing, en DNB/PVK houdt er toezicht op dat de beleggingsportefeuille de continuïteit van de verzekeraar niet in gevaar brengt.

In vergelijking met de Zfw nemen de mogelijkheden voor eigen instellingen toe (zie ook vraag 3). Ten gevolge van de Europese schaderichtlijnen zal de mogelijkheid tot bestuurlijke of financiële deelname enigszins beperkt zijn, zij het mogelijk niet beperkter dan onder de huidige Zfw. Waar voor bestuurlijke en financiële deelname de grenzen liggen, zal in de loop der tijd door DNB/PVK worden bepaald. Het louter om financiële redenen beleggen in zorgaanbieders is op dit moment ten gevolge van de voor zorgaanbieders geldende regelgeving nog slechts in beperkte mate mogelijk, maar voor zover dat mogelijk is, gelden daar zowel onder de Zfw als onder de Wft de reguliere beleggingsregels voor.

Strekking van de motie
De motie lijkt ingegeven door de gedachte dat voorkomen moet worden dat een zorgverzekeraar door een eigen instelling of bestuurlijke of financiële deelname in een zorginstelling het zorgaanbod in een bepaalde regio voor (verzekerden van) andere zorgverzekeraars onbereikbaar maakt, met als gevolg dat concurrentie tussen verzekeraars wordt beperkt. Bijvoorbeeld: het enige ziekenhuis in een regio wordt ‘overgenomen’ door de (regionaal) dominante verzekeraar, die vervolgens bepaalt dat zijn instellingen geen zorg mogen leveren aan ingeschrevenen van andere verzekeraars. De facto zou dit betekenen dat de consumenten gedwongen zouden zijn om een verzekering bij de dominante verzekeraar af te sluiten. Ik onderschrijf dat verticale integratie hiertoe niet mag leiden.
Daartegenover staat dat de enkele integratie van een zorgverzekeraar met een zorginstelling niet automatisch een beperking van de keuzevrijheid tot gevolg heeft. Zo staat het orthopedisch centrum dat CZ tezamen met het Máxima Medisch Centrum heeft opgezet blijkens verklaringen van betrokken partijen ook open voor niet-CZ-verzekerden. Het ziekenhuis sluit immers de contracten met verzekeraars en besteed een deel van het werk vervolgens uit aan het orthopedisch centrum. Het orthopedisch centrum en CZ zijn dus niet betrokken bij de contractering die plaatsvindt tussen het ziekenhuis en de verzekeraars. Of

een zorginstelling onbereikbaar wordt voor verzekerden van andere zorgverzekeraars, is met andere woorden afhankelijk van het gedrag van de betrokken partijen. Daarnaast zijn de omstandigheden van het geval van belang. Het maakt bijvoorbeeld uit of integratie plaatsvindt met het eerder genoemde enige ziekenhuis in een bepaalde regio, of met één van de twintig huisartsen in een bepaalde plaats. Het is aannemelijk dat er in het laatstgenoemde voorbeeld nog voldoende alternatieven zijn voor verzekerden van andere verzekeraars.
Bovendien worden zorgverzekeraars steeds meer risicodragend en krijgen daarmee een direct belang bij het zo doelmatig mogelijk kunnen leveren van de verzekerde zorg aan hun ingeschrevenen. Indien zorgverzekeraars van mening zijn dat zorg door een eigen instelling of door een instelling waarin ze deelnemen, doelmatiger geleverd kan worden dan door een instelling waarmee ze louter een inkoopcontract hebben, ben ik van opvatting dat dergelijk ondernemersgedrag niet moet worden belemmerd. Daarbij komt dat zorgverzekeraars met de mogelijkheid tot het oprichten van eigen instellingen een extra instrument in handen krijgen om zorgaanbieders te bewegen tot het aanbieden van goede inkoopovereenkomsten.
Gelet op het bovenstaande en gelet op genoemde voordelen die verticale integratie in beginsel kan hebben, zou een toezichtinstrumentarium derhalve gericht moeten zijn op het tegengaan van misbruik en oneigenlijk gebruik van partijen, zonder drempels op te werpen voor 'gewoon' ondernemersgedrag. Ik ben van mening dat een dergelijk toezichtinstrumentarium wordt geboden met het bestaande mededingingstoezicht, aangevuld met het instrumentarium dat is voorzien in de Wet marktordening gezondheidszorg (WMG).

Algemeen mededingingstoezicht door de NMa
Op grond van het algemene mededingingstoezicht kan de NMa een fusie verbieden indien er een machtspositie ontstaat of wordt versterkt (art. 29 Mw). Dit is een ex-ante toets. Voor de concentratiecontrole-toets gelden echter omzetdrempels. De bepalingen omtrent concentratiecontrole in de Mededingingswet zijn van toepassing op concentraties waarbij de gezamenlijke omzet van de betrokken ondernemingen meer bedroeg dan € 113.450.000, waarvan door ten minste twee van de betrokken ondernemingen ieder ten minste € 30.000.000 in Nederland is behaald. Overigens wordt in de Mededingingswet de mogelijkheid opgenomen om in transitiesectoren de omzetdrempels tijdelijk te verlagen.
Naast het concentratietoezicht kan met name het verbod op misbruik van een economische machtspositie (art. 24 Mw) relevant zijn bij verticale integratie. Het hebben van een economische machtspositie is op zichzelf geen probleem; dat wordt het pas als een partij daar misbruik van maakt. Dit misbruik kan bijvoorbeeld gelegen zijn in het discrimineren tussen afnemers indien daarvoor geen objectieve verklaringen zijn. Handhaving van het verbod op misbruik van een machtspositie is een toets ‘ex-post’.

Toezicht op grond van de voorgenomen Wet Marktordening Gezondheidszorg (WMG) door de Zorgautoriteit
In aanvulling op het bovengenoemde mededingingstoezicht kan het bij startende markten nodig zijn om een steviger instrumentarium te hebben, dat de mogelijkheid geeft preventief verplichtingen op te leggen. Het wetsvoorstel Marktordening Gezondheidszorg voorziet voor de zorgmarkt in een dergelijk instrumentarium. Het toezicht van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) is aanvullend op het toezicht van de NMa. In mijn brief van 10 september 2004 en in het verslag van het schriftelijk overleg over mijn brief inzake Oprichting Zorgautoriteit (Kamerstukken II 2004/05, 29324, nr. 4) heb ik aangeven dat in het wetsvoorstel marktordening gezondheidszorg de NZa instrumenten krijgt om op te treden indien een verzekeraar (of zorgaanbieder) beschikt over aanmerkelijke marktmacht (amm). Aangezien deze verplichtingen gelden, op het moment dat een of meer partijen beschikken over amm, gelden deze verplichtingen als het ware preventief. Immers, blijkt uit de marktanalyse dat op een deelmarkt daadwerkelijke concurrentie niet tot stand komt en dat dit veroorzaakt wordt doordat een partij aanmerkelijke marktmacht heeft, dan is het

hebben van die marktmacht voor de Zorgautoriteit op zichzelf voldoende om een passende verplichting op te leggen. Met andere woorden: misbruik is geen vereiste. Hiervoor geldt uiteraard een zorgvuldige procedure. Bovendien gelden voor het aanmerkelijke marktmacht-instrumentarium geen omzetdrempels en ziet de NZa toe op het gedrag van de betreffende zorginstelling in eigen beheer. De juridische constructie van deze instelling is niet relevant. Bedoelde verplichtingen kunnen onder meer zijn:
i) de verplichting om bij de levering van door de NZa te bepalen diensten de afnemers van die diensten in gelijke gevallen gelijk te behandelen (hiermee kan 'voorrang' van eigen verzekerden ten opzichte van andere verzekerden worden tegengegaan);
ii) de verplichting voor een ziektekostenverzekeraar om in zijn overeenkomsten met zorgaanbieders niet een onredelijk hogere capaciteit overeen te komen dan voor zijn aantal verzekerden nodig is;
iii) de verplichting om voor het medegebruik van door de NZa aan te wijzen categorieën van vormen van zorg, diensten of faciliteiten een openbaar aanbod te doen en in stand te houden;
iv) de verplichting om onder redelijke voorwaarden te voldoen aan elk redelijk verzoek van een zorgaanbieder of ziektekostenverzekeraar tot het sluiten van een overeenkomst op de zorginkoopmarkt.
Bij overtreding kan de NZa een sanctie (bestuursdwang of boete) opleggen.

Samengevat kan de NZa met het amm-instrumentarium, voorzien in de WMG, verplichtingen opleggen aan partijen die beschikken over aanmerkelijke marktmacht. Daarmee wordt voorkomen dat partijen met marktmacht een strategie kunnen voeren die de toetreding van anderen beperkt, waardoor de keuzevrijheid van verzekerden wordt aangetast. Daarnaast zal ik de NZa verzoeken om in de transitiefase bij het monitoren van de zorgmarkten speciale aandacht te besteden aan verticale integratie.

"Nee, tenzij"-benadering
In plaats van het in de motie naar voren gebrachte "nee, tenzij" uitgangspunt geef ik de voorkeur aan een benadering waarin verticale integratie wordt toegestaan, maar waarin er geen ruimte is voor misbruik of oneigenlijk gebruik. In aanvulling op het bestaande mededingingstoezicht, biedt de AMM-bevoegdheid in het wetsvoorstel, voldoende mogelijkheden om de uitwassen van verticale integratie te voorkomen. Het in de motie genoemde "nee, tenzij" uitgangspunt komt overeen met datgene wat op dit moment in artikel 42 van de Ziekenfondswet is geregeld (zie ook vraag 3). Ik heb een juridisch en een inhoudelijk bezwaar tegen het toepassen van een dergelijk principe in het nieuwe stelsel.
Ten eerste zal een "nee, tenzij" uitgangspunt, eigenlijk een verbod op het hebben van eigen instellingen, voor naturaverzekeraars spanning oproepen met de Europese schaderichtlijnen. Het kenmerk van een naturaverzekering is immers dat de verzekeraar, indien het verzekerde risico is ingetreden, de verzekerde prestatie in natura aan de verzekerde levert. In casu dient een zorgverzekeraar bij het intreden van een zorgbehoefte die verzekerde zorg aan de verzekerde te leveren, waarop deze verzekerde is aangewezen. Hij kan daaraan voldoen door de zorg zelf te leveren, of deze, op basis van een inkoopovereenkomst door een zorgaanbieder te laten leveren. Een verbod op de eerste methode kan niet vanuit het algemeen belang worden gerechtvaardigd. Een verbod zal daarom een ontoelaatbare inperking van de Europeesrechtelijke vrijheden betekenen.
Ten tweede dient in dat verband te worden opgemerkt dat juist in het nieuwe zorgstelsel wordt getracht om 'de markt' initiatieven te laten ondernemen om te komen tot een beter en doelmatiger aanbod van zorg ten gunste van de verplicht verzekerde. In een dergelijke dynamische situatie lijkt het niet logisch om een toets te handhaven die dergelijk gedrag ontmoedigt, of zelfs onmogelijk maakt. Immers verzekeraars die met het oog op verlaging van transactiekosten, vergroting van de transparantie of het direct aansturen van een instelling ervoor kiezen een instelling in eigen beheer te beginnen, zouden hiervoor alleen toestemming krijgen in de voorgestelde regeling indien de verticale integratie aantoonbaar

leidt tot een situatie waarbij een markt wordt opengebroken of in zorgschaarste wordt voorzien. Indien de motie op deze wijze zou worden uitgevoerd, krijgen verzekeraars op evenwichtige markten die verticale integratie nastreven hiervoor geen toestemming. Dit is strijdig met de uitgangspunten van het nieuwe stelsel en werkt remmend op het gewenste ondernemersgedrag.

Plurifom regionaal aanbod
Ten slotte wil ik in reactie op het tweede deel van de motie nog wijzen op een aantal wettelijke voorwaarden in de Zorgverzekeringswet die een pluriform regionaal aanbod van diverse zorgverzekeraars bewerkstelligen en die verder gaan dan de huidige bepalingen hierover in de Mededingingswet. Dit betreft met name de verplichting voor zorgverzekeraars tot landelijk werken zodra zij meer dan 850.000 verzekerden hebben. Deze verplichting is ingevoerd om ervoor te zorgen dat verzekerden in iedere regio iets te kiezen hebben. Het gevaar van regionale monopolies wordt op deze wijze in voldoende mate tegengegaan omdat een regionaal sterke zorgverzekeraar er altijd voor zal moeten zorgdragen dat hij voldoende concurrerend blijft ten opzichte van andere in zijn regio werkzame zorgverzekeraars. Hiermee stelt de overheid wettelijke voorwaarden aan de marktordening die verder gaan, dan de mededingingswet aan mogelijkheden biedt. Daarnaast is ook de zorgplicht essentieel. Deze zorgt ervoor dat zorgverzekeraars in onderhandelingen met zorgaanbieders zich redelijk moeten opstellen, omdat zij uiteindelijk zorg zullen moeten leveren aan hun verzekerden.

3
Wat is het huidige wettelijke kader van deze vorm van verticale integratie?

3
Ziekenfondswet
Artikel 42 Ziekenfondswet verbiedt een ziekenfonds om zelf Zfw- of AWBZ-zorg te verlenen (eerste lid), met uitzondering van het in gebruik geven van hulpmiddelen (vierde lid). Verder is het ziekenfondsen verboden financieel dan wel bestuurlijk deel te nemen in een toegelaten instelling die Zfw- of AWBZ-zorg verleent (tweede lid). Deze verboden zijn niet absoluut. Het College voor Zorgverzekeringen (CVZ) kan een algemene vrijstelling voor bepaalde gevallen geven. Zo'n algemene vrijstelling heeft het CVZ inmiddels voor farmaceutische zorg en huisartsenzorg gegeven. Daardoor mogen ziekenfondsen zelf een apotheek exploiteren en zelf huisartsenzorg leveren. Ook mogen ze bestuurlijk en financieel deelnemen in een instelling die huisartsenzorg levert.
Naast een algemene vrijstelling kan het CVZ in bijzondere gevallen op verzoek van een individueel ziekenfonds ontheffing van de verboden verlenen. Ook dit is in een aantal gevallen gebeurd.

De richtlijnen schadeverzekeringsbedrijf, de Wtv 1993
De WTV 1993 kent een zogenoemd verbod op nevenactiviteiten. Dat houdt in dat verzekeraars met een vergunning van DNB alleen het verzekeringsbedrijf mogen uitvoeren in de branches waarvoor zij een vergunning hebben verkregen. Een verzekeraar mag echter van DNB/PVK wel nevenactiviteiten verrichten die dienstbaar zijn aan de uitoefening van het verzekeringsbedrijf, zolang verzekeren de hoofdactiviteit van de onderneming blijft. De huidige particuliere ziektekostenverzekeraars die zorg in natura leveren mogen ook deelnemen in zorginstellingen respectievelijk zelf zorginstellingen exploiteren (immers hoofdactiviteit). Na inwerkingtreding van de Zorgverzekeringswet geldt dit voor alle zorgverzekeraars. DNB/PVK zal dit toetsen, waarbij het risico voor de continuïteit en de solvabiliteit van de verzekeraar als belangrijkste toetspunt geldt.

De Mededingingswet
In de vorige vraag zijn het preventieve fusietoezicht van de NMa dat van toepassing is op verticale integratie en het verbod op misbruik van een economische machtspositie al genoemd. Daarnaast kan het kartelverbod van toepassing zijn. Dit geldt bijvoorbeeld als sprake is van exclusieve overeenkomsten tussen een zorgverzekeraar en een zorgaanbieder, zoals een ziekenhuis. Of het verbod daadwerkelijk van toepassing is hangt vooral af van de marktpositie en marktaandelen van de zorgverzekeraar dan wel de zorgaanbieder.

Wet ziekenhuisvoorzieningen (WZV)
De WZV gaat niet in op verticale integratie tussen verzekeraars en zorgaanbieders. Het staat de vergunninghouder vrij om delen van de exploitatie uit te besteden aan een derde, zelfs indien die derde een winstoogmerk heeft. De vergunninghouder blijft echter voor de uitvoering van de WZV verantwoordelijk en houder van de ZFW/AWBZ-toelating. Tevens blijft hij "zorgaanbieder" in de zin van de Kwaliteitswet en uit dien hoofde verantwoordelijk voor de kwaliteit van de door de derde geleverde zorg. Het wetsvoorstel Wet toelating zorginstellingen (WTZi) ligt momenteel ter behandeling in de Eerste Kamer en moet de WZV gaan vervangen. Naar de WTZi gaat tevens de basis voor de toelating tot het leveren van verzekerde zorg over van de Zfw en de AWBZ. Op het gebied van uitbesteden van zorg verandert er in de WTZi niets ten opzichte van de WZV.

4
Deelt u voorts de mening dat deze samenwerking niet overeenstemt met het 'nee, tenzij'-principe in de Ziekenfondswet ten aanzien van bezit van zorginstellingen door zorgverzekeraars?

4
Zorgverzekeraars kunnen er voor kiezen activiteiten te ontplooien vanuit een rechtspersoon, niet zijnde het ziekenfonds. Gezien het organisatorisch verband en de samenwerking lijkt het dan op een activiteit die de Ziekenfondswet verbiedt, maar strikt genomen is deze activiteit niet verboden. Om die reden is er dus geen algemene vrijstelling of ontheffing vereist. Dat is immers alleen het geval als het ziekenfonds zelf zorg levert of in zorgverlenende instellingen participeert. Uit onderzoek van het CVZ (Rapport 'Evaluatie gedeeltelijke vrijstelling van verbod voor ziekenfondsen op zelf leveren van zorg en deelnemen in zorgverlenende instellingen', 26 augustus 2004) is naar voren gekomen dat zorgverzekeraars er veelal juist de voorkeur aan geven om zorgverleningsactiviteiten niet binnen de rechtspersoon van het ziekenfonds te ontplooien maar binnen een andere rechtspersoon, vanwege de taakopvatting van de ziekenfondsen.

5
Heeft u inderdaad met de verzekeraar en het ziekenhuis samengewerkt om juridische hindernissen te omzeilen? Ziet u het als uw taak om hieraan mee te werken? Zo ja, waarom?

5
Nee, ik heb niet met de verzekeraar en het ziekenhuis samengewerkt om juridische hindernissen te omzeilen. Er is ook geen sprake van goedkeuring mijnerzijds. De betreffende verzekeraar heeft vorig jaar contact met mij gezocht over de vraag of een ziekenhuis zorgactiviteiten mag uitbesteden aan een andere rechtspersoon, die geen WZV-vergunning bezit. Ik zie het als mijn taak om dergelijke vragen te beantwoorden.
In antwoord op die vraag heb ik de verzekeraar laten weten dat het uitbesteden van zorgactiviteiten aan een onderaannemer niet verboden is, mits een aantal zaken expliciet geregeld is. Het ziekenhuis is eindverantwoordelijk voor de zorg die geleverd wordt, ook indien de zorg door een onderaannemer wordt geleverd, en is hierop aanspreekbaar voor de

patiënt, de inspectie en de verzekeraar. Het ziekenhuis is de partij die onderhandelt en afspraken maakt met de zorgverzekeraar.

6
Op welke manier is bepaald tegen welke waarde dit deel van het ziekenhuis aan het geheel kan worden onttrokken? Was u direct betrokken bij deze waardebepaling?

6
Er is geen sprake van het onttrekken van een deel van het ziekenhuis aan het gehele ziekenhuis. Er heeft daarom geen waardebepaling plaatsgehad. Het ziekenhuis huurt het orthopedisch centrum in om een deel van de orthopedische zorg te verlenen. Het orthopedisch centrum is eigendom van het ziekenhuis en van één van de stichtingen van CZ zorgverzekeraar.

7
Wordt er een overnamebedrag betaald door CZ aan het ziekenhuis, danwel aan betrokken maatschappen? Zo ja, hoe hoog is dit bedrag?

7
Nee, de verzekeraar heeft geen overnamebedrag betaald aan het ziekenhuis, omdat het ziekenhuis niet is overgenomen door de verzekeraar.

8
Deelt u de mening dat de hier genoemde argumenten voor samenwerking, (kostenbeperking, zekerheid dat de eigen klanten binnen een bepaalde termijn worden geholpen en inzicht in de kostenstructuur van het aanbod) geen valide argumenten zijn?

8
In het krantenartikel staat een aantal redenen voor samenwerking genoemd. Ik heb van de verzekeraar en het ziekenhuis begrepen dat er meerdere redenen zijn voor de samenwerking, zoals het vergroten van de efficiency door het concentreren van bepaalde electieve behandelingen. Ik vind het begrijpelijk dat het beperken van kosten en het garanderen van een maximum wachttijd aan verzekerden onderdeel uit maken van de overwegingen van de verzekeraar en het ziekenhuis.

9
Hoe garandeert u dat ongewenste kruissubsidiëring niet voorkomt, terwijl de Zorgautoriteit nog moet worden opgericht?

9
In mijn brief van 10 september 2004 (Kamerstukken II, 29234, nr. 3) heb ik aangegeven dat het wenselijk is om het reguliere mededingingstoezicht door de NMa op de zorg aan te vullen met sectorspecifiek toezicht. In dit kader is het wenselijk dat de NZa, bijvoorbeeld bij geconstateerde ongewenste kruissubsidiëring en roofprijzen, aanvullende verplichtingen kan opleggen bij de prijsstelling. Aangezien het gaat om deelmarkten in de zorg met vrije prijsvorming kan het per definitie niet gaan om algemeen geldende verplichtingen, maar uitsluitend om verplichtingen voor individuele aanbieders. Criterium hierbij zal zijn of een aanbieder (of zorgverzekeraar) beschikt over aanmerkelijke marktmacht. De verplichtingen kunnen bijvoorbeeld de strekking hebben dat de prijs die een zorgaanbieder voor een geleverde prestatie in rekening brengt, in een bepaalde verhouding moet staan tot de kosten.

In 2005 is nog niet de NZa, maar CTG/ZAio op basis van de Wet tarieven gezondheidszorg (WTG) belast met het tariefbeleid in de zorg. Een soortgelijke mogelijkheid tot ingrijpen als voorzien voor de NZa wordt ook geboden door de WTG. Om van deze mogelijkheid gebruik

te kunnen maken is een beleidsregel nodig die zorginstellingen ex ante duidelijkheid verschaft over de situaties waarin CTG/ZAio ingrijpen zal overwegen.

Deze benadering is dus ook van toepassing in het geval waarin de kosten van roofprijzen worden gedekt binnen een verticale constructie waaraan behalve de betreffende zorgaanbieder ook een verzekeraar deelneemt.

10
Is deze fusie/overname getoetst door de NMa? Op welke termijn zal toetsing – indien nog niet geschied - plaatsvinden?

10
Navraag bij de NMa leert dat de betreffende operatie op moment van beantwoording van deze vraag (nog) niet is gemeld bij de NMa. Of toetsing door de NMa (nog) plaatsvindt, hangt samen met de vraag of deze operatie gemeld moet worden bij de NMa, gelet op - bijvoorbeeld- de betrokken omzet. Wij hebben daar geen verdere gegevens over.

11
Bent u bereid de antwoorden op deze vragen voor aanstaande dinsdag (5 april) om 12.00 te beantwoorden?

11
U hebt een brief ontvangen met de reden van uitstel.

1) NRC Handelsblad, 31 maart jl.