

Vergaderjaar 2023–2024

**31 765**

**Kwaliteit van zorg**

**Nr. 854**

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

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 12 juni 2024

Op 20 juni 2023 informeerde de voormalig Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) uw Kamer in een brief over zijn visie op samenwerking en mededinging in de zorg<sup>1</sup>. Daarin werden ook mogelijke aanpassingen van het zorgspecifieke markttoezicht aangekondigd. De afgelopen periode heb ik die aanpassingen nader besproken met de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa). Daarnaast heb ik de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) en de Autoriteit Consument en Markt (ACM) gevraagd hun kennis en ervaringen te delen. In deze brief beschrijf ik de uitkomsten van die verkenning en licht ik toe hoe het vervolgproces zal worden vormgegeven. Tevens ga ik in deze brief in op de toezegging in de brief over de versterking van de huisartsenzorg<sup>2</sup> en de moties van de leden Bushoff /Van den Berg en het lid Daniëlle Jansen c.s. over de mogelijkheid voor de NZa om voorgenomen overnames door partijen waar een onderzoek door de IGJ en/of NZa naar loopt, gedurende die onderzoeken stop te kunnen zetten<sup>3</sup>. Tot slot ga ik in deze brief in op de motie van de leden Van den Berg en Tielen waarin verzocht wordt onderzoek te doen naar wat het zou betekenen als de drempel(s) van de bagatelbepaling in de Mededingingswet wordt/worden verhoogd<sup>4</sup>. Deze bepaling is weliswaar geen onderdeel van het zorgspecifieke markttoezicht<sup>5</sup>, maar behoort eveneens tot het instrumentarium dat toeziet op samenwerking in relatie tot concurrentie in de zorg.

<sup>1</sup> Kamerstukken II, 2022/23, 31 765, nr. 790

<sup>2</sup> Kamerstukken II 2023/24 33 578 en 31 765, nr. 112

<sup>3</sup> Kamerstukken II 2022/23, 33 578, nr. 110 en Kamerstukken II, 2023/24, 36 410 XVI, nr. 149

<sup>4</sup> Kamerstukken II 2022/23, 29 689, nr. 1207

<sup>5</sup> De bagatelbepaling is een generieke uitzondering op het kartelverbod in de Mededingingswet, en biedt ruimte voor alle vormen van samenwerking bij relatief kleine marktaandeelen en/of omzetten.

## Belangrijkste conclusies

Uitkomst van de verkenning naar de aanpassingen van de Zorgspecifieke fusietoets (Zft) is dat het gericht tegengaan van onwenselijke concentraties vereist dat de NZa op meer gronden haar goedkeuring kan weigeren. Het kan gaan om een (ruimere) toets op continuïteit van zorg, kwaliteit van zorg en onrechtmatig gedrag met betrekking tot de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg). Dit vergt een wijziging van de wet. Daarnaast is uit de verkenning gebleken dat een verlichting van administratieve lasten van de Zft kan worden bewerkstelligd, door in de uitvoering meer onderscheid te maken in de wijze waarop de toezichthouder gegevens uitvraagt bij zorgaanbieders. Voor het aanmerkelijke marktmacht instrumentarium (AMM-instrumentarium) vind ik het op dit moment niet wenselijk wijzigingen door te voeren. Er is eerst scherper zicht nodig op de specifieke knelpunten waarin aanmerkelijke marktmacht de uitvoering van bijvoorbeeld een regioplan kan bemoeilijken. Daarover blijf ik de komende periode in gesprek met de NZa. Tot slot concludeer ik dat een eventuele verruiming van de bagatelbepaling in de Mededingingswet, zoals benoemd in de eerder genoemde motie van de leden Van den Berg en Tielen, niet leidt tot het gewenste effect en niet in het belang van de patiënt is.

Leeswijzer:

- In paragraaf 1 ga ik in op de verkenning naar mogelijke aanpassingen van de Zft.
- In paragraaf 2 ga ik in op de verkenning naar mogelijke aanpassingen van het AMM-instrumentarium.
- In paragraaf 3 ga ik in op de mogelijkheden en wenselijkheid van het verhogen van de bagatelbepaling in de Mededingingswet.

### 1. Aanpassingen zorgspecifieke fusietoets

De Zft is een toets om te beoordelen of zorgaanbieders het proces om te komen tot een concentratie (zoals een fusie of overname)<sup>6</sup> zorgvuldig hebben doorlopen, bijvoorbeeld ten aanzien van de verwachte financiële gevolgen en betrokkenheid van cliënten, medewerkers en andere stakeholders bij de concentratieplannen. Daarnaast toetst de NZa een voorgenomen concentratie ook op de gevolgen voor de continuïteit (waaronder bereikbaarheid en toegankelijkheid valt) van cruciale zorg. Cruciale zorg bestaat uit ambulancezorg voorbehouden aan Regionale Ambulancevoorzieningen, SEH-zorg, acute verloskunde, crisisopvang GGZ en Wlz-zorg<sup>7</sup>. In de eerdergenoemde brief van 20 juni 2023 gaf de vorige Minister van VWS aan de administratieve lasten van de toets voor partijen die voornemens zijn te concentreren te willen verlichten, en tegelijkertijd de mogelijkheid voor de NZa te willen vergroten evident onwenselijke concentraties op zorginhoudelijke gronden tegen te houden. Afgelopen periode heb ik nader verkend wat in dat kader wel en niet mogelijk is binnen de Zft. Daarbij dient wel opgemerkt te worden dat op sommige onderdelen een spanningsveld bestaat tussen het verminderen van administratieve lasten enerzijds en het doelgericht ingrijpen bij onwenselijke concentraties anderzijds.

<sup>6</sup> Het gaat hier om concentraties in de zin van de Mededingingswet zoals een fusie of overname. Niet te verwarren met concentratie van zorg waarbij een zorgaanbieder een profielkeuze maakt en zich specialiseert in een specifiek onderdeel van zorg.

<sup>7</sup> Bijlage, onderdeel A, onder 2 behorende bij het Besluit beschikbaarheidsbijdrage Wmg en Kamerstukken II 2011/12, 33 252, nr. 3, p. 8.

## 1.1 Tegenhouden onwenselijke concentraties

De huidige Zft biedt zeer beperkt de mogelijkheid om evident onwenselijke concentraties tegen te houden. Daarbij denk ik bijvoorbeeld aan concentraties waar bij één van de betrokken partijen de kwaliteit ondermaats is en de concentratie het risico met zich meebrengt dat meer patiënten hierdoor worden geraakt. Ik vind het van belang dat de zorgaanbieder in een dergelijke situatie zijn tijd en energie vooral steekt in het verbeteren van de kwaliteit van zorg in plaats van het vormgeven van een concentratie. Daarnaast kan worden gedacht aan een serie overnames van individuele praktijken door eenzelfde zorgaanbieder die het risico met zich meebrengt dat die zorgaanbieder «too big to fail» wordt. Een continuïteitsprobleem bij die zorgaanbieder kan de continuïteit van zorg in gevaar brengen. In de reactie op het onderzoeksrapport van de IGJ en NZa over de opkomst van bedrijfsketens in de huisartsenzorg<sup>8</sup> zijn de Minister voor Medische Zorg (MZ) en ik uitgebreid ingegaan op het gewenste toezicht in dergelijke gevallen. Specifiek met betrekking tot de Zft is de uitkomst van de verkenning dat het gericht tegengaan van onwenselijke concentraties vereist dat de NZa op meer gronden haar goedkeuring kan weigeren. Het kan gaan om een (ruimere) toets op continuïteit van zorg, kwaliteit van zorg en onrechtmatig gedrag met betrekking tot de Wmg. Dit vergt een wijziging van de Wmg. In onderstaande paragrafen licht ik toe hoe dat kan worden vormgegeven.

### *Continuïteit*

De NZa toetst op dit moment alleen voor cruciale zorg concentraties inhoudelijk op de gevolgen voor de continuïteit van zorg. In deze tijd van schaarste en de ervaren problemen rond toegankelijkheid van zorg, vind ik het wenselijk om deze beoordeling toe te kunnen passen op concentraties in *alle* zorgsectoren binnen de Zorgverzekeringswet (Zvw) en de Wet langdurige zorg (Wlz). Dat betekent dat ook voor concentraties van niet-cruciale zorgvormen getoetst kan worden op de continuïteit van zorg. Om deze uitbreiding te kunnen bewerkstelligen is een wijziging van de Wmg nodig. De komende periode zal ik nader verkennen met de NZa op welke wijze deze toetsing op continuïteit vorm te geven. De NZa zal indien als gevolg van de voorgenomen concentratie de continuïteit van Zvw-zorg of Wlz-zorg in gevaar komt, de goedkeuring weigeren.

### *Onrechtmatig gedrag met betrekking tot de Wmg*

Zoals eerder aangegeven, vind ik het van belang dat een zorgaanbieder zijn zaken op orde heeft alvorens een (impactvolle) concentratie aan te gaan. Ik denk hierbij bijvoorbeeld aan het rechtmatig declareren van zorg. De NZa ziet hierop toe en handhaaft indien een zorgaanbieder zich niet houdt aan geldende wet- en regelgeving. Met een wijziging van de Wmg kan worden bewerkstelligd dat wanneer de NZa voor aanvang van de fusiebeoordeling risico's opmerkt op het gebied van rechtmatigheid zij kan besluiten de concentratie geen doorgang te laten vinden. Indien de concentratie noodzakelijk is om de continuïteit of rechtmatigheid van zorg te borgen, kan de NZa besluiten om een concentratie ondanks geconstateerde risico's wel doorgang te laten vinden. De komende periode blijf ik met de NZa in gesprek hoe dat in de uitvoering vorm te geven, rekening houdend met het bieden van voldoende rechtszekerheid voor zorgaanbieders alvorens zij een concentratie aangaan.

---

<sup>8</sup> Tweede Kamer, 2023–2024, 33 578, nr. 116

## *Kwaliteit*

Ook op het gebied van kwaliteit vind ik het van belang dat een zorgaanbieder zijn zaken op orde heeft alvorens een (impactvolle) concentratie aan te gaan. De IGJ houdt op grond van de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz) toezicht op de kwaliteit van de zorgverlening door zorgaanbieders. De NZa moet het oordeel van de IGJ volgen over de kwaliteit van het handelen van een zorgaanbieder en is zelf niet bevoegd een oordeel te geven over kwaliteit van zorg (artikel 19 Wmg). Ik wil daarom bewerkstelligen dat bij een betekenisvolle concentratieaanvraag de IGJ de NZa een zienswijze geeft met betrekking tot de kwaliteit van zorg in relatie tot de voorgenomen concentratie. De komende periode zal ik samen met de NZa en IGJ verder uitwerken in welke gevallen de IGJ de NZa een zienswijze geeft en welke aspecten er precies in een dergelijke zienswijze meegenomen worden. De NZa krijgt daarbij de bevoegdheid om een fusie geen doorgang te laten vinden op het moment dat er risico's zijn voor de kwaliteit van zorg. Daarnaast kan de NZa besluiten in weerwil van een zienswijze van de IGJ de concentratie doorgang te laten vinden als zij dat noodzakelijk acht om de continuïteit en rechtmatigheid van zorg te borgen.

In de eerder genoemde moties van de leden Bushoff en Van den Berg en het lid Daniëlle Jansen c.s. is de regering verzocht de NZa de bevoegdheid te geven om overnames te verbieden gedurende een onderzoek van de IGJ en/of de NZa naar de betrokken partijen. Ik deel het standpunt dat de NZa op meer gronden haar goedkeuring aan fusies moeten kunnen onthouden. In bovenstaande paragrafen heb ik toegelicht hoe ik dat wil vormgeven. Ik vind het echter niet wenselijk dat gedurende ieder lopend onderzoek de betrokken partijen niet kunnen fuseren. Tijdens een onderzoek is nog niet bewezen dat er daadwerkelijk sprake is van onrechtmatig handelen met betrekking tot de Wmg of dat de betreffende zorgaanbieder de kwaliteit niet op orde heeft. Daar is immers het onderzoek voor nodig. Gegeven deze onzekerheid zou zonder stevige onderbouwing het eigendomsrecht van individuele aanbieders aanzienlijk worden beperkt. Dat vind ik onwenselijk en ook niet houdbaar. Ik beschouw de moties van de leden Bushoff en Van den Berg en de motie van het lid Daniëlle Jansen c.s. als afgedaan.

### *1.2 Vermindering administratieve lasten*

De afgelopen periode heb ik op basis van eerder aangekondigde aanpassingen verkend op welke manieren de administratieve lasten van de Zft verminderd kunnen worden<sup>9</sup>. Daarbij heb ik mij met name gericht op de wettelijke eisen die worden gesteld aan de concentratie-effectrapportage die aanbieders dienen aan te leveren bij het doorlopen van de Zft (artikel 49b, lid 2 Wmg). Zo geldt bijvoorbeeld dat de concentratie-effect rapportage minimaal inzicht dient te geven in de doelstellingen van de concentratie en de financiële gevolgen van de concentratie voor de zorgaanbieder(s). Ik concludeer uit de verkenning dat de huidige wettelijke eisen aan de concentratie-effectrapportage noodzakelijk zijn om als toezichthouder een juiste afweging te kunnen maken of goedkeuring kan worden verleend aan de voorgenomen concentratie. Tegelijkertijd kan de mate waarin de in de wet benoemde eisen relevant zijn sterk verschillen per situatie. Ik zie daarom wel ruimte om in de uitvoering meer onderscheid te maken in de wijze waarop de toezichthouder gegevens uitvraagt bij zorgaanbieders. Op dit moment verkent de NZa de concrete mogelijkheden om haar meldingsformulier voor de Zft te vereenvoudigen. Zo kan de toezichthouder ervoor kiezen om onder

<sup>9</sup> Kamerstukken II 2022/23, 31 765, nr. 790

bepaalde omstandigheden een partij vrij te stellen van het aanleveren van de volledige financiële documentatie. Op die manier kunnen de administratieve lasten van de concentratie-effect rapportage worden verlicht. Daarnaast kan de NZa bij voorgenomen concentraties in sectoren waarbij zich geen risico's voordoen voor de continuïteit van zorg met minder informatie volstaan.

Daarnaast zie ik ruimte om in de uitvoering de ervaren administratieve lasten van de toets te verlichten. Zo biedt de NZa op dit moment al een pre-notificatiegesprek om te duiden welke gegevens aangeleverd dienen te worden voor de concentratie-effect rapportage. Zodra de inhoudelijke aanpassingen van de Zft helder zijn en definitieve besluitvorming heeft plaatsgevonden, zal ik met de NZa en ACM in gesprek gaan over concentraties die bij beide toezichthouders gemeld moeten worden. Met als doel om een zo uniform mogelijke werkwijze te creëren om dubbelingen in uitvraag te voorkomen.

Andere aanpassingen die eerder waren aangekondigd om nader te onderzoeken of daarmee de administratieve lasten van de toets kunnen worden verlicht, vind ik niet wenselijk op dit moment. Dit gaat om het vervangen van de personele drempel door een in omvang vergelijkbare omzetsdrempel en het instellen van een cumulatieve omzetsdrempel. Ten aanzien van de personele omzetsdrempel geldt dat zorgaanbieders vergelijkbare personele gegevens ook moeten aanleveren voor de Jaarverantwoording zorg<sup>10</sup>. Ik vind het daarom niet wenselijk een dergelijke wijziging alsnog door te voeren, omdat die ook ongewenste neveneffecten op de reikwijdte van de toets kan hebben. Met een cumulatieve drempel beoogde de vorige Minister van VWS daarnaast concentraties van kleinschalige organisaties uit te sluiten van het doorlopen van (een volledige) Zft en daarmee de administratieve lasten te verlichten. Tegelijkertijd hecht ik eraan zicht te blijven houden op en indien nodig in te kunnen grijpen wanneer zich risicovolle concentraties met kleine partijen voordoen. Dat sluit ook aan bij de zorgen die vanuit uw Kamer zijn geuit over de gevolgen van bedrijfsketens in de huisartsenzorg op de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van zorg. Ik vind het daarom van belang eerst beter zicht te hebben op de gevolgen van deze nieuwe vormen van zorg op de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van zorg, voordat ik overnames van kleine organisaties eventueel uitsluit van de Zft.

### *1.3 Verduidelijking van de reikwijdte van de Zft*

Tot slot heb ik de afgelopen periode verkend hoe de reikwijdte van de Zft verduidelijkt kan worden. De reikwijdte van de Zft wordt voor een belangrijk deel gedefinieerd in artikel 49a van de Wmg dat voorschrijft dat elke concentratie waarbij een zorgaanbieder is betrokken die in de regel door ten minste vijftig personen zorg doet verlenen eerst beoordeeld dient te worden door NZa. Uit de uitvoeringspraktijk van de NZa is gebleken dat vanwege onder meer complexe organisatiestructuren van zorgaanbieders met bijvoorbeeld diverse tussenholdings niet altijd duidelijk is hoe de reikwijdte van de Zft te interpreteren en of de concentratie vervolgens gemeld moet worden. Daardoor worden in sommige gevallen concentraties gemeld waarvan de vraag is of het zinvol is. Tegelijkertijd stelt het partijen in staat om juist in urgente gevallen de toets te ontlopen. De NZa heeft hier eerder onderzoek naar gedaan<sup>11</sup> en

<sup>10</sup> Zie voor meer informatie over welke gegevens zorgaanbieders moeten aanleveren: Home | Jaarverantwoording zorg

<sup>11</sup> NZa, Informatiekaart belangrijkste wijzigingen in aanvraag zorgspecifieke concentratietoets, juni 2022. [https://puc.overheid.nl/doc/PUC\\_715032\\_22](https://puc.overheid.nl/doc/PUC_715032_22)

geeft in haar beleid hier daarom nadere duiding aan, bijvoorbeeld via haar website en toelichting op het aanvraagformulier<sup>12</sup>. Ter voorkoming van discussies in de uitvoering, acht ik het wenselijk deze uitleg van begrippen in sommige gevallen ook te verduidelijken in de wet. Wanneer de inhoudelijke aanpassingen helder zijn, zal in het uiteindelijke formele wetsvoorstel hier expliciet aandacht aan besteed worden.

## 2. Aanpassingen aanmerkelijke marktmacht instrumentarium

Het AMM-instrumentarium maakt het mogelijk voor de NZa om verplichtingen op te leggen aan zorgverzekeraars en zorgaanbieders met aanmerkelijke marktmacht<sup>13</sup>. Die verplichtingen zijn gericht op het voorkomen of tegengaan van negatieve gevolgen van de aanmerkelijke marktmacht. De NZa kan zowel individuele partijen als samenwerkingsverbanden AMM-verplichtingen opleggen. In de brief van 20 juni 2023 kondigde de vorige Minister van VWS aan het AMM-instrumentarium meer doelmatig en doeltreffend te willen inzetten. Daartoe kondigde hij enkele aanpassingen aan die het vaststellen van een AMM-positie zouden vergemakkelijken, en daarnaast ook de NZa in staat stellen meer passende verplichtingen op te leggen. Het instrument is tot op heden immers zeer sporadisch ingezet. Daarnaast gaf de vorige Minister van VWS aan te willen verkennen in welke mate het AMM-instrumentarium kan fungeren als stok achter de deur bij de uitvoering van regioplannen indien marktmacht van betrokken partijen een obstakel is.

De afgelopen periode heb ik de praktische en juridische implicaties van de voorgenomen aanpassingen nader verkend. Een belangrijke uitkomst van die verkenning is dat de NZa de afgelopen jaren heeft ingezet op het voorkomen van aanmerkelijke marktmacht met inzet van meer generieke maatregelen in plaats van het AMM instrumentarium. Zo heeft de NZa veel van haar generieke beleidsregels en nadere regels doorontwikkeld. Denk bijvoorbeeld aan de *Regeling transparantie zorgaanbieders*<sup>14</sup> die duidelijk maakt welke informatie een zorgaanbieder moet verstrekken en op welk moment. In de praktijk betekent dat dat een patiënt binnen een zorgpad voldoende keuzevrijheid behoudt en een behandeling (inclusief voor- en nazorg) niet per definitie bij één enkele zorgaanbieder hoeft plaats te vinden. Zo wordt onder andere geborgd dat instellingen niet te machtig worden. Daarbij dient wel opgemerkt te worden dat dergelijke doorontwikkelingen van beleid allen gericht zijn op generieke maatregelen voor de gehele zorginkoopmarkt, zorgverleningsmarkt of zorgverzekeringsmarkt. Het AMM-instrumentarium biedt juist het voordeel om in specifieke situaties te kunnen ingrijpen waarbij de marktmacht van een of meerdere zorgaanbieders en/of zorgverzekeraars een beweging naar passende zorg belemmert en ingrijpen nodig is om een gelijkwaardig speelveld te creëren. Ik vind het dan ook nog steeds wenselijk dat de toezichthouder ook met het AMM-instrumentarium adequaat kan ingrijpen en dat in voorkomende gevallen ook echt doet.

Tijdens de verkenning is gebleken dat op dit moment onvoldoende zicht is op welke aanvullende aanpassingen daarvoor nodig zijn. Allereerst constateer ik dat de mate waarin het gewenst is in te grijpen op individuele verbanden en daar een sturende rol in te nemen als toezichthouder

<sup>12</sup> Zorgspecifieke concentratietoets | Over de NZa | Nederlandse Zorgautoriteit

<sup>13</sup> Aanmerkelijk marktmacht wordt in de Wmg (artikel 47) omschreven als de positie van een of meer zorgaanbieder(s) of ziektekostenverzekeraar(s) om alleen dan wel gezamenlijk de ontwikkeling of daadwerkelijke concurrentie op de Nederlandse markt of een deel daarvan te kunnen belemmeren door de mogelijkheid zich in belangrijke mate onafhankelijk te gedragen van zijn concurrenten, ziektekostenverzekeraars (indien het een zorgaanbieder betreft), zorgaanbieders (indien het een ziektekostenverzekeraar betreft) of consumenten.

<sup>14</sup> Regeling transparantie zorgaanbieders-TH/NR-028 - Nederlandse Zorgautoriteit (overheid.nl)



sterk samenhangt met de visie op de gewenste balans tussen markt en overheid. Daarnaast is op dit moment nog onvoldoende inzichtelijk in welke specifieke situaties marktmacht de uitvoering van bijvoorbeeld regioplannen kunnen bemoeilijken. Daarom zet ik niet verder in op wettelijke aanpassingen van het AMM-instrumentarium. Daarnaast blijf ik de komende periode in gesprek met de NZa om de knelpunten bij inzet van het instrumentarium beter inzichtelijk te maken.

### **3. Mogelijkheden verruiming bagatelbepaling**

Naar aanleiding van de motie van de leden Van den Berg en Tielen<sup>15</sup> is onderzocht wat het zou betekenen als de bagatelbepaling in de Mededingingswet wordt verruimd, waarmee de ruimte om gezamenlijk te onderhandelen kan worden vergroot en de positie van kleine zorgaanbieders wordt versterkt. De bagatelbepaling vormt een uitzondering op het kartelverbod in de Mededingingswet (artikel 7) en is bedoeld om ruimte te bieden voor alle vormen van samenwerking tussen partijen met relatief kleine omzetten en/of marktaandelen<sup>16</sup>. Vanwege de beperkte omvang van dergelijke afspraken worden de gevolgen op de mededinging verwaarloosbaar geacht en is een uitzondering op het kartelverbod mogelijk.

Allereerst is van belang op te merken dat de bagatelbepaling – ongeacht een eventuele verruiming – in de praktijk beperkt toepasbaar is. Uit een evaluatie van een eerdere verruiming in 2011<sup>17</sup> blijkt dat de wijziging destijds niet of nauwelijks leidde tot meer gebruik van de vrijstelling. Voornaamste reden is de beperkte rechtszekerheid die de vrijstelling biedt. Zo wordt het vaststellen van de relevante markt waarop de vrijstelling betrekking heeft als een belangrijk knelpunt ervaren door samenwerkende partijen. Dat vereist namelijk uitvoerig onderzoek en is bovendien onzeker vanwege veranderende marktomstandigheden die marktaandelen kunnen beïnvloeden. Daarnaast vereist de toepassing van de bagatelbepaling in artikel 7, tweede lid, Mw een toets of de samenwerkingsafpraak leidt tot op een merkbare wijze ongunstige beïnvloeding van de handel tussen lidstaten. Dan geldt namelijk het Europese mededingingsrecht dat op geen enkele wijze ruimte biedt voor zogeheten doelbeperkingen zoals prijsafspraken. Bij een verruiming van de bagatelbepaling zal deze rechtsonzekerheid onverminderd blijven bestaan of zelfs worden vergroot voor bijvoorbeeld zorgaanbieders in grensgebieden. In die situaties is bij een verruiming van de bagatelbepaling mogelijk eerder sprake van een op merkbare wijze ongunstige beïnvloeding van handel tussen lidstaten.

Zelfs wanneer de rechtsonzekerheid in specifieke situaties beperkt is, vind ik niet dat een verruiming van de bagatelbepaling in de praktijk leidt tot het gewenste effect en in het belang van de patiënt is. Een verruiming die de onderhandelingspositie van kleine zorgaanbieders effectief versterkt, vereist dat kleine zorgaanbieders op relatief grote schaal (bijvoorbeeld op regioniveau) gezamenlijk kunnen onderhandelen met zorgverzekeraars. Een verruiming waarbij zorgaanbieders op regioniveau gezamenlijk

<sup>15</sup> Tweede Kamer, 2022–2023, 29 689, nr. 1207

<sup>16</sup> Specifiek gaat het om samenwerkingen van ofwel maximaal acht ondernemingen én met een gezamenlijke omzet niet hoger dan € 1,1 miljoen, ofwel samenwerkingen waarbij het gezamenlijk marktaandeel van de betrokken partijen niet hoger is dan 10% én de handel tussen lidstaten niet merkbaar wordt beïnvloed. De gezamenlijke omzet mag niet hoger zijn dan € 5,5 miljoen wanneer ondernemingen zich richten op het leveren van goederen, waar het leveren van zorg in beginsel niet onder valt.

<sup>17</sup> In 2011 werd de bagatelbepaling verruimd met het doel de positie van leveranciers uit het midden- en kleinbedrijf (waaronder kleine zorgaanbieders) te verbeteren. Zie de brief van de toenmalig Minister van Economische Zaken waarin hij reageert op de evaluatie door Panteia naar de verruiming in 2011 (Kamerstukken II 2014/15, 34 121, nr. 1)

kunnen onderhandelen over puur commerciële aspecten zoals prijzen is echter doorgaans niet in het belang van de patiënt. Dat kan leiden tot ondoelmatig hoge prijzen, marktverdelingsafspraken, minder keuzevrijheid voor de patiënt en minder innovatie, wat op de lange termijn juist in het nadeel van de patiënt is. Een dergelijke stap vind ik dan ook geen goede structurele oplossing indien sprake is van een machtsonbalans tussen zorgaanbieder en verzekeraar.

Dat neemt niet weg dat ik uw zorgen deel dat een machtsonbalans tussen kleine zorgaanbieders en verzekeraars eveneens kan leiden tot ongewenste situaties, waarbij vrije prijsvorming of te lage tarieven kunnen leiden tot een ongewenste effecten op de continuïteit, toegankelijkheid en kwaliteit van zorg. Brandbrieven vanuit sectoren met veel kleine zorgaanbieders, zoals van het Paramedisch Platform Nederland (PPN), neem ik dan ook uiterst serieus. Wanneer ondanks bovengenoemde ruimte nadere interventie nodig blijkt, vind ik nadere regulering van de zorginkoop effectiever en doelmatiger dan het verhogen van de drempel(s) van de bagatelbepaling voor de zorgverkoop. In dat kader heeft de NZa in juni 2023 de handvatten contractering en transparantie gepubliceerd<sup>18</sup>. De leidraad is onder andere bedoeld om de contractering soepeler en sneller te laten verlopen. In de brief over het contracteer- en overstapeseizoen 2023–2024 ga ik meer uitgebreid in op de effecten van de leidraad in de praktijk en welke nadere stappen de NZa heeft ondernomen na evaluatie van de toepassing van de handvatten<sup>19</sup>. Bij verdergaande instrumenten denk ik bijvoorbeeld aan tariefregulering of wijziging van bekostigingsregels. Daarnaast denk ik aan sturing op een meer proactieve rol van de zorgverzekeraar in het verlengde van het NZa document «de zorgplicht: handvatten voor zorgverzekeraars». Tot slot kan gedacht worden aan de inzet van het AMM-instrumentarium wanneer het probleem wordt veroorzaakt door marktmacht van de inkopende partij (zorgverzekeraar of zorgkantoor). Het is aan een nieuw kabinet om daar afwegingen in te maken.

### **Tot slot**

Ik beschouw met de brief de motie van de leden Bushoff en Van den Berg<sup>20</sup>, de motie van het lid Daniëlle Jansen<sup>21</sup> en de motie van de leden Van de Berg en Tielen als afgedaan<sup>22</sup>.

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,  
C. Helder

---

<sup>18</sup> Handvatten Contractering en Transparantie gecontracteerde zorg - Nederlandse Zorgautoriteit (overheid.nl)

<sup>19</sup> Kamerstukken II, 2023/24, 29 689, nr. 1249. In diezelfde brief ga ik eveneens in op de contracteergraad voor het jaar 2023 passend bij het tweede gedeelte van de motie Van den Berg en Tielen.

<sup>20</sup> Kamerstukken II 2022/23, 33 578, nr. 110

<sup>21</sup> Kamerstukken II 2023/24, 36 410 XVI, nr. 149

<sup>22</sup> Kamerstukken II 2022/23, 29 689, nr. 1207