
**ONTHEFFINGSVERZOEK AMICON
ZORGVERZEKERAAR – VRIJGEVESTIGD
FYSIOTHERAPEUT, ZAAKNRS. 590 EN 1972;
KLACHT SANDERS TEGEN AMICON
ZORGVERZEKERAAR, ZAAKNR. 1570**

Besluit van de d-g NMa d.d. 15 december 2000 tot afwijzing van een aanvraag om ontheffing.

Collectieve onderhandelingen, zorgsector, samenwerking tussen vrije beroepsbeoefenaren.

(m.nt. mr J.K. de Pree en mr E.A.C. Sachs)

Feiten

RZR Zorgverzekeraar, de rechtsvoorganger van Amicon, en het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (hierna: KNGF) hebben op 31 maart 1998 ieder een ontheffingsaanvraag ingediend voor de standaard-medewerkersovereenkomst voor vrijgevestigde fysiotherapeuten.

Deze standaard-medewerkersovereenkomst is gesloten in het kader van het zogenaamde naturastelsel onder de Nederlandse ziekenfondswetgeving. Dit stelsel houdt in dat ziekenfondsverzekerden in beginsel geen aanspraak hebben op vergoeding in geld van de door hen gemaakte kosten voor zorgverlening, maar dat zij aanspraak hebben op verstrekking van door zorgverzekeraars georganiseerde zorg in natura (artikel 8 lid 1 Ziekenfondswet (Zfw)). Zorgverzekeraars zijn op grond van artikel 8 lid 5 Zfw verplicht vooraf voldoende zorg in te kopen voor hun verzekerden.

Deze zorginkoop vindt plaats door middel van zogenaamde medewerkerscontracten die de zorgverzekeraar op basis van artikel 44 lid 1 Zfw sluit met de aanbieders van zorg (artsen, fysiotherapeuten, tandartsen, etc.).

Zorgverzekeraars zijn derhalve verplicht overeenkomsten te sluiten met zorgaanbieders (sinds 1992 overigens niet meer met iedere zorgaanbieder). De Ziekenfondswet voorziet erin dat niet met iedere zorgaanbieder over ieder onderwerp afzonderlijk behoeft te worden onderhandeld. Artikel 44a jo. 46 Zfw schrijven namelijk ten aanzien van een aantal onderwerpen collectieve onderhandelingen voor. Het resultaat van die onderhandelingen wordt vastgelegd in de zogenaamde Uitkomst van Overleg (hierna: UvO), die ter goedkeuring moet worden voorgelegd aan het College voor Zorgverzekeringen (hierna: CVZ), de voormalige Ziekenfondsraad. Wordt op collectief niveau geen overeenstemming bereikt, dan stelt het CVZ een modelovereenkomst vast (artikel 44a lid 1 Zfw).

De aangemelde overeenkomst is het resultaat van collectieve onderhandelingen tussen Amicon en het Regionale Genootschap voor Fysiotherapie (hierna: RGF). Het gaat hier niet om onderhandelingen in het kader van de UvO, maar om onderhandelingen over in aanvulling daarop te maken afspraken. Amicon en RGF hebben onder meer onderhandeld over de rol van een door hen ingestelde Commissie van Overleg (hierna: CvO), een commissie samengesteld uit vertegenwoordigers van Amicon en door het RGF aangewezen vertegenwoordigers van gecontracteerde fysiotherapeuten. Voorts is gesproken over tarieven, vestiging en spreiding van praktijken, het volume per praktijk, kwaliteit van de fysiotherapeutische zorg, gegevensuitwisseling en administratieve procedures. De hieruit voortgekomen afspraken zijn vastgelegd in een Regionale Uitkomst van Overleg (hierna: RUvO), die samen met de UvO de standaard-medewerkersovereenkomst vormt.

De fysiotherapiemaatschap Sanders-Klink (hierna: Sanders) heeft een klacht ingediend tegen het contracteerbeleid van Amicon, zoals overeengekomen met RGF. Omdat de klacht hetzelfde voorwerp heeft als de door Amicon en KNGF ingediende ontheffingsaanvraag, wordt die in hetzelfde besluit behandeld.

Beoordeling

UvO

De d-g NMa overweegt dat de UvO op grond van artikel 16 Mw is vrijgesteld van het kartelverbod. Voorzover de aangemelde standaard-medewerkersovereenkomst direct is gebaseerd op de UvO, die is goedgekeurd door de Ziekenfondsraad, is artikel 6 Mw daarop derhalve niet van toepassing.

Tarieven

Dat geldt niet voor die onderwerpen die niet in een UvO geregeld hoeven te worden en kunnen worden. Afspraken over tarieven maken geen onderdeel uit van de

UvO en hebben een mededingingsbeperkende strekking. De d-g NMa is daarom van mening dat daarover niet collectief kan worden onderhandeld door een zorgverzekeraar en een vertegenwoordiging van de beroepsgroep. Doordat de fysiotherapeuten zich bij de onderhandelingen over de tarieven hebben laten vertegenwoordigen door het RGF wordt de prijsconcurrentie tussen de fysiotherapeuten beperkt. Alle fysiotherapeuten ontvangen een gelijke vergoeding voor hun behandelingen, waardoor individuele efficiencyvoordelen niet tot uitdrukking kunnen komen in de tarieven en fysiotherapeuten worden ontmoedigd om zich te onderscheiden op kosteneffectiviteit en kwaliteit. In de ogen van de d-g NMa moeten zorgverzekeraars de mogelijkheid hebben om met individuele fysiotherapeuten lagere tarieven overeen te komen. De door de wetgever gecreëerde mogelijkheid tot tariefdifferentiatie mag niet door collectieve afspraken worden beperkt, aldus de d-g NMa.

De d-g NMa weigert een ontheffing te verlenen voor de afspraken over collectieve onderhandelingen. De door het collectief onderhandelen bereikte kostenbesparingen en efficiencyvoordelen wegen volgens de d-g NMa niet op tegen de nadelen ervan. Ook het feit dat 'countervailing power' ontstaat ten opzichte van de zorgverzekeraars, brengt de d-g NMa niet tot een ander oordeel. In de ogen van de d-g NMa vormt het creëren van 'countervailing power' aan de aanbodzijde, op zodanige wijze dat hierdoor tussen de aanbieders onderling vrijwel geen concurrentie resteert, geen economisch voordeel in de zin van artikel 17 Mw. Dit geldt temeer nu de wetgever juist onderlinge concurrentie heeft willen introduceren.

Vestiging, spreiding en volume

Ook in collectief verband gemaakte afspraken over vestiging en spreiding worden door de d-g NMa van de hand gewezen. Partijen waren overeengekomen dat de CvO een beslissende rol toekomt terzake van vestiging en spreiding van praktijken, contractsplitsing, volumemutaties en praktijkmedewerkers. In de overeenkomst tussen Amicon en RGF was bepaald dat de zorgverzekeraar hiertoe strekkende individuele aanvragen van fysiotherapeuten slechts goedkeurt na instemming van de CvO. De d-g NMa is van mening dat door deze bepalingen nieuwkomers op de markt voor toetreding afhankelijk zijn van de reeds gevestigde fysiotherapeuten, en dus van hun toekomstige concurrenten en dat dit mededingingsbeperkend is. De afspraken leiden er voorts toe – zo oordeelt de d-g NMa – dat fysiotherapeuten invloed kunnen uitoefenen op elkanders marktgedrag.

Afspraken in CvO-verband over de verdeling van het meso-volume – het totaalvolume aan fysiotherapeutische behandelingen dat de zorgverzekeraar op grond van het hem toegekende budget kan contracteren – acht de d-g NMa in dit geval mededingingsbeperkend. In de RUvO was onder andere bepaald dat Amicon geen fysiotherapeuten zou mogen contracteren voor minder dan 1000 behande-

lingen. De d-g NMa oordeelt dat er door de combinatie van afspraken omtrent vestiging, spreiding en volume een volledig gesloten systeem is ontstaan, waarin Amicon en de reeds gecontracteerde fysiotherapeuten de markt verdelen.

Amicon en het KNGF voeren ter ondersteuning van het verzoek om een ontheffing voor dit soort afspraken aan dat door de samenwerking in CvO-verband de kwaliteit en doelmatigheid van de zorg verbeterd wordt, hetgeen zou leiden tot stabilisatie van de kosten van de zorg. Ook dit argument wijst de d-g NMa van de hand, omdat niet is aangetoond dat juist de samenwerking in CvO-verband tot deze resultaten zou leiden. Daarnaast kleven er volgens de d-g NMa aan het model een aantal forse nadelen, zodat een ontheffing niet mogelijk is.

Uitbreiding naar aanvullende verzekering

Amicon is met de fysiotherapeuten overeengekomen dat de in het kader van de Ziekenfondswet gemaakte afspraken tevens van toepassing zijn op de aanvullende verzekering. Daardoor worden de handelingen op basis van de aanvullende verzekeringen voorbehouden aan de fysiotherapeuten die reeds door Amicon zijn gecontracteerd voor zittingen op basis van de ziekenfondsverzekeringen. Deze bepaling beperkt in de ogen van de d-g NMa de mededinging, omdat de marktafslermende werking van de in de CvO gemaakte afspraken over vestiging en spreiding wordt uitgebreid naar de aanvullende verzekering. Gezien het aantal ziekenfondsverzekerden met een aanvullende verzekering (meer dan 90%) en gezien het feit dat in veel gevallen een beroep op de aanvullende verzekering noodzakelijk is omdat het aantal door de ziekenfondsverzekering gedekte verstrekkingen ontoereikend is, heeft de afspraak een merkbaar effect op de mededinging.

Paraplumodel

De d-g NMa spreekt zich in het besluit tevens uit over het zogenaamde paraplumodel. Dit is een regeling waarbij een samenwerkingsverband van fysiotherapeuten een totaal volume aan verrichtingen toegewezen krijgt, welke worden verdeeld onder de samenwerkende fysiotherapeuten, of waarbij individueel toegewezen volumes tussen de deelnemende fysiotherapeuten onderling worden verdeeld. Een dergelijke regeling is naar de mening van de d-g NMa in beginsel mededingingsbeperkend wanneer deze betrekking heeft op een samenwerkingsverband van fysiotherapeuten, die elk voor zich als een zelfstandige onderneming in de zin van de Mededingingswet moeten worden aangemerkt.

De d-g NMa ziet geen problemen indien het paraplumodel betrekking heeft op een samenwerkingsverband dat aangemerkt moet worden als één onderneming (bijvoorbeeld in het geval de fysiotherapeuten geheel voor rekening en risico handelen van een gezamenlijke maatschap) of indien de parapluregeling geldt tussen (een samenwerkingsverband dat aangemerkt kan worden als) één onderneming en de daarbij in loondienst zijnde fysiotherapeuten.

Gegevensuitwisseling, kwaliteit en administratieve aangelegenheden

De d-g NMa meent dat in CvO-verband wel afspraken mogen worden gemaakt over kwaliteitsbevordering en over strikt administratieve aangelegenheden. De afspraken in CvO-verband mogen geen gevolgen hebben voor de concurrentieparameters van de individuele fysiotherapeuten onderling. Uitwisseling van gegevens mag plaatsvinden, mits de verstrekte gegevens geanonimiseerd zijn en geen mogelijkheid bieden tot het afleiden van het marktgedrag van individuele fysiotherapeuten met betrekking tot de belangrijkste concurrentieparameters.

Beslissing

De d-g NMa wijst het verzoek tot ontheffing op grond van artikel 17 Mw af, ten dele omdat de overeenkomst gedeeltelijk niet onder artikel 6 Mw valt, ten dele omdat de overeenkomst gedeeltelijk onder artikel 16 Mw valt en voor het overige omdat de overeenkomst niet voor ontheffing op grond van artikel 17 Mw in aanmerking komt. Het verzoek van Sanders om toepassing van artikel 56 Mw wordt evenwel afgewezen omdat Amicon inmiddels heeft aangegeven zich in de toekomst aan de mededingingsregels te zullen houden en bovendien niet aannemelijk is dat Amicon misbruik van een economische machtspositie heeft gemaakt.

Commentaar

Dit besluit is ingrijpend voor de zorgsector. De d-g NMa haalt namelijk een streep door een wijze van contracteren die binnen de zorg volstrekt gebruikelijk is. Na ruim twee jaar de zorg betrekkelijk ongemoeid te hebben gelaten¹, slaat de d-g NMa in dit besluit een aantal piketpaaltjes voor de beoordeling van afspraken binnen de zorgsector. De d-g NMa heeft – naar verluidt – in de richting van actoren in de zorgsector aangegeven dat zij zich vanaf 1 januari 2001 overeenkomstig het besluit dienen te gedragen. Inmiddels is duidelijk dat dit voor zorgverzekeraars de nodige praktische problemen oplevert.²

In deze bijdrage beperken wij ons noodzakelijkerwijs tot een bespreking van enkele onderdelen van dit in vele opzichten interessante NMa-besluit. Een uitputtende behandeling van het 29 pagina's tellende NMa-oordeel gaat het bestek van deze noot te buiten.

De d-g NMa laat zich in het besluit in belangrijke mate inspireren door de resultaten van een onderzoek naar de economische aspecten van regionale collectieve overeenkomsten in de zorgsector, dat is verricht door het Instituut Beleid en Management Gezondheidszorg van de Erasmus Universiteit Rotterdam (hierna: BMG).³ In het door BMG geschreven rapport wordt geoordeeld dat het collectief contracteren in de zorgsector hoofdzakelijk nadelen heeft. Het rapport suggereert, overigens hoofdzakelijk op basis van theoretische uiteenzettingen en deels gedateerde⁴ onderzoeken en zonder zich te baseren op uitgebreide onderzoeken naar de recente praktijk, dat door

individuele contractering economische voordelen zijn te behalen.

Men kan zich afvragen of praktijkonderzoek de conclusies van BMG op alle punten zou hebben ondersteund. Wij zijn er nog lang niet zeker van dat individuele onderhandelingen met zorgaanbieders uiteindelijk in hun algemeenheid tot betere resultaten leiden. Kennelijk zijn degenen die de zorg moeten afnemen en dus de nadelen van het collectief contracteren het meest zouden moeten voelen dat ook niet, zij hebben in veel gevallen – net als Amicon – zelf een ontheffing aangevraagd. Onder die omstandigheden komen de bezwaren van de d-g NMa tegen het collectief contracteren nogal dogmatisch over.

Het is duidelijk dat zich gevallen voordoen waarin het collectief contracteren voor zorgverzekeraars nadelen heeft. In gevallen waarin de zorgaanbieders – bijvoorbeeld wegens aanbodtekort – een machtsblok vormen waar de zorgverzekeraars niet omheen kunnen, of zelfs met gezamenlijke stakingsacties dreigen (zoals de huisartsen recentelijk hebben gedaan), stellen zorgverzekeraars vast prijs op het feit dat de d-g NMa aanbieders verbiedt zich te verenigen.

Toch kan men zich afvragen wat het oordeel zou moeten zijn, indien in een concreet geval de verzekeraar als afnemer van de zorg niet alleen meewerkt aan het gezamenlijk optrekken van zorgaanbieders, maar ook daadwerkelijk eist dat de zorgaanbieders een vertegenwoordiger aanwijzen om de onderhandelingen te voeren. In andere zaken waarin de afnemer van een dienst eiste dat aanbieders op een markt als collectief zouden optreden, oordeelde de d-g NMa dat het kartelverbod door het collectief optreden niet geschonden was.⁵ Weliswaar ging het in die zaken om door de overheid uitgeoefende dwang, maar er is geen reden om aan te nemen dat het oordeel anders zou zijn als de dwang door een particuliere partij wordt uitgeoefend. Ook de recent gepubliceerde richtsnoe-

1 Zie J.K. de Pree en D.J.M. de Grave, De NMa en de marktwerking in de Zorg. Een impressie, *Actualiteiten Mededingingsrecht* 2001, 2.

2 Een inkoopmanager van een zorgverzekeraar vertrouwde ons onlangs toe dat de eerste ervaringen uitwijzen dat het contracteren van individuele zorgverleners een enorme hoeveelheid extra werk oplevert en dat tot op heden de resultaten van een dergelijke wijze van contracteren bedroevend zijn.

3 F.T. Schut en W.P.M.M. van de Ven, Economische analyse van mededingingsbeperkende onderdelen van regionale collectieve overeenkomsten in de zorgsector, 18 april 2000, NMa/EUR.

4 Op pagina 13 van het BMG-rapport wordt bijvoorbeeld vermeld dat huisartsen in Nederland en Duitsland veel meer verdienen dan hun collega's in andere landen. Opvallend is dat deze bevindingen enkel zijn gebaseerd op gegevens van circa elf jaar oud en een 'indruk' van minister Borst. Het zou voor de hand hebben gelegen om die stelling – zeker in het licht van de recente onrust onder huisartsen over hun lage inkomens – ook te toetsen aan de huidige praktijk.

5 Zie bijvoorbeeld NMa-besluit van 13 augustus 1999, zaaknummer 541, Samenwerkingsovereenkomst Watergoed. Zie ook NMa-besluit van 14 september 1999, zaaknummer 952, Bredase notarissen, waarin wordt gesuggereerd dat de notarissen wellicht een boete hadden kunnen ontlopen, als zij hun samenwerking niet vrijwillig maar onder dwang van de gemeente waren aangegaan.

ren inzake horizontale samenwerkingsovereenkomsten stellen dat een samenwerking tussen concurrenten geen beperking van de mededinging oplevert, wanneer de samenwerkende concurrenten het project of de activiteit waarop de samenwerking betrekking heeft, niet zelfstandig kunnen uitvoeren.⁶

Vanuit mededingingsrechtelijk oogpunt lijkt er ook weinig bezwaar tegen als afnemers de aanbieders van producten of diensten kunnen dwingen collectief op te treden. Door op collectief niveau te onderhandelen kunnen – zoals in het BMG-rapport wordt toegegeven⁷ – transactiekosten worden bespaard. Men mag ervan uitgaan dat de afnemers het collectief optreden niet langer zullen accepteren, indien de daaruit voortvloeiende efficiencyvoordelen niet langer opwegen tegen de nadelen. Vormen de collectief opererende aanbieders een machtsblok en leidt dit tot te hoge prijzen, dan kunnen de afnemers nog steeds vragen om individuele aanbiedingen of, mits er voldoende aanbieders zijn, de aan de samenwerking deelnemende aanbieders simpelweg passeren bij het sluiten van contracten. Blijven de zorgaanbieders in dat geval vasthouden aan onderhandelingen op collectief niveau, dan handelen ze zeker in strijd met het kartelverbod.

Een dergelijke, meer genuanceerde behandeling heeft een aantal voordelen. In de eerste plaats blijven de voordelen van het sluiten van contracten met een vertegenwoordiging van beroepsbeoefenaren behouden voor die gevallen, waar dit in de ogen van de zorgverzekeraars als afnemers gepast is. Daarnaast worden zorgverzekeraars van een probleem afgeholpen, waarmee zij door de NMa-benadering worden opgezaagd, namelijk dat zij als partijen met een mogelijke economische machtspositie op de inkoopmarkten voor zorg⁸ op redelijke voorwaarden moeten contracteren maar niet met een vertegenwoordiging van zorgaanbieders mogen praten over de vraag wat redelijk is.

Indien de d-g NMa onverkort aan zijn lijn vasthoudt, zal dat zorgverzekeraars stimuleren hun voorwaarden eenzijdig vast te stellen. In sommige gevallen zal dit ertoe leiden dat voor de zorgaanbieders een situatie van 'slikken of stikken' ontstaat: de individuele zorgaanbieders zullen vaak noch de noodzakelijke commerciële vaardigheden noch de vereiste marktmacht bezitten om tegenwicht te bieden aan de zorgverzekeraars. In situaties waar de positie van zorgaanbieders sterk is – bijvoorbeeld omdat de enige huisarts in een dorp nu eenmaal door de zorgverzekeraar moet worden gecontracteerd teneinde deze laatste te laten voldoen aan zijn wettelijke plicht om voldoende zorg in te kopen –, zullen zorgverzekeraars wellicht gedwongen zijn daadwerkelijk op individueel niveau te onderhandelen. Of de door de onderzoekers van BMG ten tonele gevoerde huisartsen in de centra van grote steden, die veel harder werken dan hun collega's in de welvarende buitenwijken, ten gevolge van de individuele onderhandelingen een hogere beloning zullen ontvangen, valt dus nog te bezien.⁹

In het BMG-rapport wordt gesteld dat alternatieven bestaan voor het collectief contracteren door beroepsbeoefenaren. Als voorbeeld wordt genoemd dat aanbieders van zorg kunnen samenwerken door gebruik te maken van de mogelijkheden van franchising.¹⁰ Welke mogelijkheden de onderzoekers hier op het oog hebben, wordt helaas niet aangegeven. Collectieve onderhandelingen over de prijs zullen binnen een franchiseorganisatie bij de huidige toepassing van de mededingingsregels evenzeer op bezwaren stuiten. De groepsvrijstellingsverordening voor verticale overeenkomsten¹¹ lijkt daartoe geen mogelijkheden te bieden. Een volledig substituut voor het collectief contracteren kan een franchisevorm derhalve niet bieden. Daarvoor zullen de zorgaanbieders – zoals door BMG ook gesuggereerd – moeten kiezen voor meer structurele vormen van samenwerking.

De d-g NMa is – net als de opstellers van het BMG-rapport – van mening dat collectieve prijsafspraken binnen de zorgsector de prikkel tot efficiënt werken uitschakelen. In de praktijk zouden fysiotherapeuten namelijk, ongeacht hun prestaties, het vaste tarief ontvangen, dat gelijk is aan het maximumtarief dat op basis van de Wet tarieven gezondheidszorg is vastgesteld. Die maximumtarieven worden vastgesteld aan de hand van de gemiddelde kosten van de zorgaanbieders, verhoogd met een opslag. De hoogte van die opslag is afhankelijk van het van overheidswege vastgestelde norminkomen voor de zorgaanbieder. Het feit dat iedere zorgaanbieder het maximumtarief ontvangt, wil – anders dan de d-g NMa en BMG menen – op zichzelf niet zeggen dat er geen prikkel tot efficiënter werken is. De zorgaanbieder die zijn efficiency verbetert, vergroot immers zijn winst (het verschil tussen de kosten en het tarief). Indien over de gehele linie een efficiencyvergroting plaatsvindt, zal bij de eerstvolgende tariefbepaling moeten worden vastgesteld dat de kosten van zorgaanbieders zijn gedaald en zal dus een lager tarief worden vastgesteld. Een dergelijk mechanisme wordt in andere gereguleerde sectoren geacht de efficiency te vergroten en uiteindelijk de tarieven dichter te brengen bij hun efficiënte niveau. Het heden ten dage bij regulators populaire systeem van *price cap regulering* is geheel op een dergelijke redenering gebaseerd. De d-g NMa maakt niet duidelijk waarom dit systeem in de zorgsector niet zou werken.

6 Pb. EG 2001, C 3/2, par. 24. Vgl. ook de Bekendmaking inzake overeenkomsten, besluiten en onderling afgestemde feitelijke gedragingen betreffende samenwerking tussen ondernemingen van 29 juli 1968, Pb. EG 1968, C/75, par. 5.

7 Zie p. 21 van het in voetnoot 3 genoemde rapport.

8 Zeker wanneer de aanbieders van zorg niet meer collectief kunnen optreden, is het bestaan van een dergelijke machtspositie in de oude kernwerkgebieden van de ziekenfondsen aannemelijk (zie paragrafen 146 tot en met 150 van het NMa-besluit).

9 Zie p. 10 van het BMG-rapport.

10 Zie p. 23 van het BMG-rapport.

11 Verordening (EG) nr. 2790/1999, Pb. EG 29 december 1999, L 336/21.

Vertegenwoordigers van fysiotherapeuten mogen dus niet meer met een vertegenwoordiging van de zorgaanbieders onderhandelen over tarieven. In een besluit dat 2 dagen eerder dan het onderhavige besluit is genomen¹², geeft de d-g NMa echter aan dat het 'onder omstandigheden' wel mogelijk is met de beroepsgroep te spreken over de kosten of besparingen die globaal gemoeid zijn met bepaalde voorgestelde kwalitatieve wijzigingen in de dienstverlening. Ook mag 'onder omstandigheden' worden getracht om met een vertegenwoordiging overeenstemming te bereiken over de methode van het berekenen of toerekenen van kosten die met een bepaalde verstrekking gemoeid zijn. Dit alles mag overigens niet leiden tot verbintenissen op het gebied van vergoedingen. De gesprekken kunnen individuele onderhandelingen niet vervangen. Het besluit vermeldt helaas niet onder welke 'omstandigheden' dit soort besprekingen met de beroepsgroep zijn toegestaan.

De d-g NMa heeft bezwaren tegen de uitbreiding van de in CvO-verband gemaakte afspraken naar de verrichtingen die worden gedekt door de aanvullende verzekering. Voorzover de in CvO-verband gemaakte afspraken mededingingsbeperkend zijn, zijn deze bezwaren terecht. Voor een uitbreiding van dergelijke afspraken naar de aanvullende verzekeringen geldt artikel 16 Mw nu eenmaal niet. Dit betekent evenwel niet dat iedere uitbreiding van afspraken onder de Ziekenfondswet tot de aanvullende verzekering ongeoorloofd is. Steeds zal eerst de analyse moeten worden gemaakt of de onder de Ziekenfondswet gemaakte afspraken leiden tot (merkbare) mededingingsbeperkingen.

Ten slotte een opmerking over het oordeel van de d-g NMa over het zogenaamde paraplumodel. De d-g NMa stelt zich op het standpunt dat aanbieders van zorg collectief mogen optreden, mits dat geschiedt binnen één onderneming. Daarvan is in de ogen van de d-g NMa sprake als de beroepsbeoefenaren geheel voor rekening en risico van een gezamenlijke maatschap handelen. In het geval sprake is van een lossere samenwerkingsverband, zoals bijvoorbeeld het geval is wanneer uitsluitend een kostenmaatschap bestaat, kan het paraplumodel dus niet zonder meer worden gehanteerd. Beroepsbeoefenaren die met niet meer dan acht personen in een kostenmaatschap samenwerken en gezamenlijk niet meer dan twee miljoen gulden omzet behalen, behoeven zich hiervan niets aan te trekken. Zij profiteren van de bagatelregeling van artikel 7 Mw. Andere beroepsbeoefenaren kunnen door dit oordeel echter in de problemen komen. Dat samenwerken in een lossere samenwerkingsverband overigens niet steeds op bezwaren hoeft te stuiten, heeft de d-g NMa in een recent besluit bevestigd.¹³ Bij lossere samenwerkingsverbanden zal derhalve – zoals de d-g NMa zelf ook aangeeft – steeds op basis van een analyse van de markt moeten worden geoordeeld of sprake is van merkbare mededingingsbeperkingen. Hoe dit oordeel zich verhoudt tot de stelling van de d-g NMa dat afspraken over verdeling van volumes naar

hun aard mededingingsbeperkend zijn en dat dus niet naar de gevolgen van die afspraken behoeft te worden gekeken, is onduidelijk.

12 NMa-besluit van 13 december 2000, zaaknummer 882, Amicon Zorgverzekeraar – bezwaar.

13 NMa-besluit van 21 december 2000, zaaknummer 429, Samenwerkingsmaatschap Accountantskantoren.