Afdeling bestuursrechtspraak van de Raad van State
Nr. 201509088/1/A3

Verweerschrift

inzake

De Nederlandse Zorgautoriteit
te Utrecht
verweerder
gemachtigde: mr. E.C. Pietermaat

tegen

De heer A.J. Slaghuis
wonend te Amsterdam
appellant
gemachtigde: B.J.S.A.A.F. de Winter

1 Inleiding en afbakening

1.1 Appellant – hierna te noemen: Slaghuis - heeft hoger beroep ingesteld tegen de uitspraak van de Rechtbank Amsterdam (hierna: de rechtbank) van 30 oktober 2015 (Awb 14/6928). De rechtbank verklaarde het beroep van Slaghuis ongegrond.

1.2 In beroep bij de rechtbank lag voor het besluit van de Nederlandse Zorgautoriteit (hierna: NZa) van 18 september 2014. De NZa heeft in dat besluit de bezwaren van Slaghuis tegen het besluit van 20 maart 2014 ongegrond verklaard. Bij besluit van 20 maart 2014 heeft de NZa een verzoek van Slaghuis om hem op grond van de Wet openbaarheid van bestuur (hierna: Wob) informatie te verstrekken afgewezen.

1.3 Het informatieverzoek is op 11 maart 2014 bij de NZa ingediend. Het verzoek luidt als volgt:

> "Zorgaanbieders zijn op grond van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) verplicht periodiek gegevens aan te leveren aan DIS. Met een beroep op de Wet openbaarheid van bestuur verzoek ik u om alle documenten openbaar te maken met betrekking tot de aantallen gedeclareerde DBC zorgproducten, per DBC zorgproduct, per maand, per zorgaanbieder en de passantentarieven en de gehanteerde prijs per DBC zorgproduct per zorgaanbieder."

1.4 In het verweerschrift dat namens de NZa bij de rechtbank is ingediend, is uitvoerig toegelicht wat het DIS (DBC-informatiesysteem) is en waarom de Wob in de weg staat aan openbaarmaking van de in het DIS opgenomen aantallen gedeclareerde DBC-zorgproducten, per DBC zorgproduct, per maand, per zorgaanbieder en de gehanteerde prijs per DBC zorgproduct per zorgaanbieder.

> Zie hoofdstuk 2 en 4 van het verweerschrift van 30 maart 2015. In aanvulling op hetgeen in dit verweerschrift naar voren is gebracht merkt de NZa nog op dat de Stichting DBC-onderhoud is opgehouden te bestaan als zelfstandige stichting. Alle taken en werkzaamheden die de Stichting verrichtte, zijn bij de NZa ondergebracht.

1.5 De passantentarieven, waarop het verzoek om informatie ook betrekking heeft, zijn, zoals in het primaire besluit en de beslissing op bezwaar ook is opgemerkt, al openbaar en te vinden op de websites van de zorgaanbieders. In beroep bij de rechtbank heeft Slaghuis bevestigd dat het geschil geen betrekking heeft op de passantentarieven.

> Zie p. 2 van de uitspraak:
>
> "In geschil is of verweerder op goede gronden heeft geweigerd om per zorgaanbieder en per DBC-zorgproduct de gehanteerde prijs en het aantal

> gedeclareerde zorgproducten per maand openbaar te maken. De weigering om de passantentarieven openbaar te maken, is niet in geschil, zo heeft eiser ter zitting bevestigd."

1.6 Uit het hoger beroepschrift leidt de NZa af dat het Slaghuis thans uitsluitend nog te doen is om de gehanteerde prijzen per DBC-zorgproduct. Hij heeft althans geen grieven gericht tegen het oordeel van de rechtbank dat informatie over aantallen gedeclareerde DBC zorgproducten, per DBC zorgproduct, per maand, per zorgaanbieder moet worden aangemerkt als bedrijfs- en fabricagegegevens, zodat artikel 10, eerste lid, onder c Wob aan openbaarmaking daarvan in de weg staat (rov. 6.9).

> Voor zover het hoger beroepschrift ook zo moet worden begrepen dat het tevens ziet op de aantallen gedeclareerde DBC zorgproducten, per DBC zorgproduct, per maand, per zorgaanbieder, verwijst de NZa naar hoofdstuk 4 en 5 (vanaf randnummer 5.11) van het verweerschrift dat bij de rechtbank is ingediend. Daarin is uitvoerig toegelicht waarom, behalve artikel 10, eerste lid, onder c ook de artikelen, 10, eerste lid, onder d, 10, tweede lid onder en 10, tweede lid aanhef en onder g aan openbaarmaking van deze gegevens in de weg staan.

1.7 In dit verweerschrift zal de NZa eerst in meer algemene zin toelichten welke informatie over prijzen van DBC-zorgproducten thans al openbaar is en welke prijsinformatie in DIS is terug te vinden (hoofdstuk 2). Vervolgens zet de NZa uiteen waarom de informatie over andere tarieven dan de passantentarieven niet openbaar wordt gemaakt (hoofdstuk 3). Voor zover aan de orde, zal in hoofdstuk 2 en 3 direct worden gereageerd op de door Slaghuis aangevoerde beroepsgronden. Op de overige beroepsgronden zal nog apart worden gereageerd (hoofdstuk 4). Aan het slot zal de NZa verzoeken het hoger beroep ongegrond te verklaren.

2 Tariefinformatie in de zorg

Passantentarieven zijn openbaar

2.1 In de zorg is het van belang onderscheid te maken tussen de tarieven die door zorgaanbieders rechtstreeks bij patiënten in rekening worden gebracht enerzijds en de tarieven die op de groothandelsmarkt in onderhandelingen tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar tot stand komen en die niet rechtstreeks bij de patiënt in rekening worden gebracht anderzijds. De zorg die niet rechtstreeks bij de patiënt in rekening wordt gebracht, wordt in de regel volledig door de zorgverzekeraar van de patiënt vergoed.

2.2 De tarieven die rechtstreeks bij de patiënten in rekening worden gebracht, zijn de eerder genoemde passantentarieven. Passantentarieven worden in rekening gebracht aan patiënten die niet-verzekerd zijn of aan patiënten die zorg afnemen bij een

zorgaanbieder die geen contract heeft met de zorgverzekeraar van de patiënt voor het zorg. Het zal dan van de polis van de patiënt afhangen welk deel van de kosten toch door de zorgverzekeraar worden vergoed.

2.3 Omdat de passantentarieven door de patiënt zelf moeten worden betaald, is in diverse op grond van artikel 38, zevende lid, Wet marktordening gezondheidszorg (hierna: Wmg) vastgestelde regelingen bepaald dat die tarieven door zorgaanbieders openbaar moeten worden gemaakt. Voor het onderhavige geschil is relevant dat in artikel 37 van de Regeling medisch specialistische zorg (**bijlage a**) is bepaald dat ziekenhuizen de passantentarieven openbaar moeten maken. Artikel 37 luidt als volgt:

> **"Artikel 37. Standaard prijslijst**
> 1. Zorgverleners zoals genoemd in artikel 1 van deze regeling maken een standaard prijslijst bekend voor prestaties in het vrije en gereguleerde segment.
> 2. De standaard prijslijst bevat de volgende onderdelen, zoals vastgesteld in het sjabloon 'standaard prijslijst' (bijlage 12):
> - de DBC-zorgproductcode;
> - de DBC-zorgproduct (consumenten)omschrijving;
> ☐ de declaratiecode;
> ☐ de periode waarvoor de totaalprijs geldt (ingangsdatum en eventueel einddatum);
> het integrale actuele tarief voor elke prestatie waarvoor de zorgaanbieder een tarief in rekening kan brengen.
> ☐ een uitleg van de betekenis van ieder onderdeel, door opname van 'definities' zoals vermeld in het sjabloon 'standaard prijslijst' (bijlage 12).
> 3. De zorgverlener draagt er zorg voor dat het voor een consument op eenvoudige wijze mogelijk is om voor aanvang van een behandelingsovereenkomst op afstand kennis te nemen van de standaard prijslijst(-en) van jaar t en t-1. Uiterlijk per 15 november van jaar t geldt dit ook voor de standaard prijslijst van jaar t+1.
> a. Indien de zorgverlener een website heeft, plaatst de zorgverlener de standaard prijslijst(-en) op de website.
> b. De zorgverlener informeert een consument op verzoek over de prijzen op de standaard prijslijst(-en) of stuurt een consument op verzoek binnen achtenveertig uur per post of digitaal de verzochte prijsinformatie toe."

2.4 De passantentarieven worden, zo volgt uit artikel 37 van de Regeling, via zogenoemde 'standaard prijslijsten' openbaar gemaakt.

2.5 Dat dit al jarenlang gangbare praktijk is, blijkt uit de door Slaghuis overgelegde beschikking van een van de rechtsvoorgangers van de NZa, het College Tarieven Gezondheidszorg (hierna: CTG) van 19 oktober 2005. Bij dat besluit heeft het CTG de standaardprijslijsten openbaar gemaakt. Het CTG heeft destijds dus niets meer openbaar gemaakt dan nu ook al op grond van artikel 37 van de Regeling medisch

specialistische zorg door ziekenhuizen openbaar wordt gemaakt. Op de door Slaghuis genoemde website Kiesbeter.nl werden ook alleen de standaardprijslijsten gepubliceerd.

2.6 Anders dan waarvan Slaghuis in zijn hoger beroepschrift uit gaat (punt 5-8, 10), is derhalve niet juist dat voorheen meer informatie over tarieven openbaar werd gemaakt dan thans.

De maximumtarieven in het A-segment zijn ook openbaar.

2.7 Een andere relevant onderscheid in de zorg is het onderscheid tussen de door de NZa vastgestelde maximumtarieven voor prestaties het zogenoemde A-segment enerzijds en de vrije tarieven voor prestaties in het B-segment anderzijds. De Minister van Volksgezondheid en Sport (hierna: de minister) bepaalt welke DBC-zorgproducten in welk segment worden ondergebracht.

2.8 Voor de tarieven in het A-segment geldt dat zorgaanbieders geen hoger tarief aan de patiënt of de zorgverzekeraar in rekening mogen brengen en zorgverzekeraars op hun beurt geen hoger tarief mogen vergoeden dan de door de NZa bepaalde maximumtarieven. De NZa publiceert jaarlijks op haar website de maximumtarieven voor DBC-zorgproducten uit het A-segment.

> Omdat sprake is van een omvangrijk bestand wordt het niet als bijlage aan het verweerschrift gehecht, maar wordt volstaan met de vermelding van de vindplaats.
>
> https://www.nza.nl/regelgeving/bijlagen/Tarieventabel_DBC_zorgproducten_en_overige_producten_per_1_januari_2016_bijlage_bij_TB_CU_2066_01

2.9 Voor de meeste DBC-zorgproducten geldt dat het zorgaanbieders en zorgverzekeraars vrij staat om na onderhandeling overeen te komen dat een lager tarief in rekening wordt gebracht, dan het door de NZa vastgestelde maximumtarief. Die afspraken worden vastgelegd in de tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars afgesloten contracten.

2.10 In het B-segment staat het zorgaanbieders en zorgverzekeraars volledig vrij afspraken te maken over de in rekening te brengen tarieven.

DIS

2.11 Artikel 5 van de Regeling verplichte aanlevering minimale dataset (bijlage 7 bij het verweerschrift in eerste aanleg) bepaalt welke gegevens maandelijks door zorgaanbieders aan het DIS moeten worden aangeleverd. Zorgaanbieders worden

geacht elke maand alle aan de patiënt (de passantentarieven) en aan de zorgverzekeraar (de overige tarieven) gedeclareerde zorgproducten aan te leveren:

> "Artikel 5. Aanlevering MDS
>
> 5.1 De instelling is verplicht om voor de eerste dag van elke kalendermaand (m) van alle aan de patiënt of de zorgverzekeraar gedeclareerde DBC-zorgproducten en overige zorgproducten, welke worden gerekend tot de omzet van de kalendermaand (m-2), per zorgproduct de Minimale Dataset (MDS) aan te leveren [voetnoot: De in bijlage 1 bij deze regeling gespecificeerde gegevens; ECP].
>
> (...)"

2.12 Het DIS bevat zodoende aldus alle informatie over prijzen die voor zorgproducten in rekening zijn gebracht. De passantentarieven zijn, zoals gezegd, openbaar. Dat geldt niet voor de onderhandelde prijzen, die op de groothandelsmarkt in onderhandeling tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieders, tot stand komen. Die onderhandelde prijzen kunnen zowel zien op DBC-zorgproducten uit het A-segment als uit het B-segment. Het staat zorgaanbieders immers vrij om voor DBC-zorgproducten uit het A-segment lagere tarieven in rekening te brengen dan de door de NZa vastgestelde maximumtarieven.

> Appellant maakt derhalve in punt 2 van zijn hoger beroepschrift een te strikt onderscheid tussen de tarieven uit het A-segment en het B-segment. De maximumtarieven uit het A-segment zijn wel openbaar, maar dat zegt nog niets over de daadwerkelijke tarieven die in dit segment in rekening worden gebracht. Die tarieven zijn niet openbaar.

2.13 De onderhavige beroepsprocedure heeft uitsluitend betrekking op de onderhandelde prijzen. Hieronder zal worden toegelicht waarop de Wob aan openbaarmaking daarvan in de weg staat.

2.14 Daaraan voorafgaand merkt de NZa nog op dat voor de patiënt die onderhandelde prijzen van minder belang zijn. De patiënt betaalt in de regel een premie aan zijn zorgverzekeraar die op zijn beurt weer de kosten van de zorgaanbieder vergoed. Voor de patiënt is het daarom veel meer van belang om te weten of zijn zorg wordt vergoed, of eventueel een eigen bijdrage is verschuldigd en wat de gevolgen zijn voor het eigen risico. Dergelijke informatie is niet in DIS opgenomen en is daarvoor ook niet bedoeld. De Regeling informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars aan consumenten (artikel 16, **bijlage b**) en de Beleidsregel transparantie zorgaanbieders (artikel 4 en 5 **bijlage c**) waarborgen wel dat patiënten hierover tijdig worden geïnformeerd. De NZa verwijst ook nog naar een nieuwsbericht van 29 november 2013 hierover op haar website waarin de NZa aandacht vraagt voor goede voorlichting aan patiënten over de zorgkosten die zij maken (**bijlage d**).

> In reactie op hetgeen appellant in punt 20 van zijn beroepschrift naar voren brengt, merkt de NZa op dat, gelet op het bepaalde in de genoemde Regeling en Beleidsregel, de patiënt dus kan informeren naar de prijzen van de door hem te genieten en te betalen zorg. Uit de uitspraak van de Rechtbank Gelderland van 1 april 2015 blijkt niet dat de betrokken patiënt voorafgaand aan zijn bezoek aan de polikliniek bij de zorgverzekeraar heeft geïnformeerd naar de eventuele gevolgen van het bezoek aan de polikliniek voor zijn eigen risico. Had hij dat wel gedaan, dan had de zorgverzekeraar hem die informatie moeten verstrekken.

2.15 Bovendien is in de regel niet vooraf te bepalen welke zorg de patiënt, die naar het ziekenhuis wordt doorverwezen, precies nodig heeft en/of welke behandelingen hij moet ondergaan. Hij weet, met andere woorden, vooraf niet welke DBC-zorgproducten uiteindelijk in rekening zullen gebracht. Ook om die reden is de informatie over onderhandelde prijzen, zoals die in het DIS is opgenomen, voor de patiënt ook minder relevant. De patiënt kan met de informatie, zoals die in het DIS is opgenomen, niet zijn eigen zorgkosten bepalen.

3 Onderhandelde prijzen

3.1 In de opvatting van NZa staan artikel 10 lid 1 c en 10 lid 2 g in de weg aan openbaarmaking van de onderhandelde prijzen. Daarvoor verwijst de NZa in de eerste plaats naar hetgeen de rechtbank hieromtrent heeft overwogen:

> "Daarnaast bevat de niet openbaar gemaakte informatie de prijs per DBC-zorgproduct en per zorgaanbieder. De prijs van een zorgproduct is een gegeven dat uitsluitend de financiële bedrijfsvoering betreft. Gelet op de samenhang van de prijs van een DBC-zorgproduct met de andere gegevens moet ook die prijs in dit geval als een bedrijfs- en fabricagegeven worden aangemerkt."

3.2 Het oorspronkelijke verzoek van Slaghuis had betrekking op de aantallen gedeclareerde DBC zorgproducten, per DBC zorgproduct, per maand, per zorgaanbieder en de passantentarieven en de gehanteerde prijs per DBC zorgproduct per zorgaanbieder. In het verweerschrift in eerste aanleg heeft de NZa toegelicht dat openbaarmaking van al deze informatie ertoe zal leiden dat de al bestaande informatie asymmetrie tussen verzekeraars aan de ene kant en zorgaanbieders aan de andere kant verder wordt vergroot. Door openbaarmaking zullen met name de zorgaanbieders onevenredig worden benadeeld. De NZa verwijst naar de randnummers 4.6 tot en met 4.9:

> "4.6 Openbaarmaking van de informatie leidt er bovendien toe dat individuele zorgaanbieders in hun concurrentiepositie op de zorginkoopmarkt worden benadeeld.

4.7 Zorgaanbieders maken jaarlijks met zorgverzekeraars afspraken over de hoeveelheid zorg die zij bij de zorgverzekeraar mogen declareren en, binnen de toepasselijke wettelijke kaders, over de tarieven die zullen gelden. In die onderhandelingen is informatie cruciaal. Zorgverzekeraars hebben uiteraard de beschikking over de gegevens van hun eigen patiënten. Zij weten dus welke zorgaanbieders voor welke DBC zorgproducten door de eigen verzekerden wordt bezocht. Openbaarmaking van de gevraagde informatie levert zorgverzekeraars een enorme hoeveelheid extra informatie op. Bij openbaarmaking van de gevraagde informatie wordt namelijk van iedere zorgaanbieder het aantal gedeclareerde DBC zorgproducten per soort product inzichtelijk inclusief de daarvoor betaalde prijs. Op basis van die informatie zouden zorgverzekeraars een zeer gedetailleerd overzicht verkrijgen van de interne huishouding van een zorgaanbieder, zijn marktaandelen en prijzen, waardoor zij, in combinatie met de informatie waarover zij reeds beschikken, een enorme (informatie)voorstand hebben bij nieuwe onderhandelingen met zorgaanbieders. Zodoende wordt hun onderhandelingspositie ten opzichte van zorgaanbieders aanzienlijk verstevigd.

4.8 Daarbij is van belang dat sinds 2012 er op landelijk niveau tussen de minister, zorgverzekeraars en zorginstellingen afspraken worden gemaakt over de totale groei van de kosten van medisch specialistische zorg. Zorgverzekeraars geven hier uitvoering aan door niet alleen afspraken te maken met zorginstellingen over de prijs, maar ook over het totale volume van de zorg. Vaak wordt het aantal DBC's per specialisme of per doelgroep gemaximeerd. Als de NZa het aantal DBC's per zorgaanbieder, per soort zorgproduct, inclusief de daarbij gehanteerde prijs openbaar zou maken, dan zouden zorgverzekeraars een nauwkeurige inschatting kunnen maken van de ontwikkelingen in het marktaandeel van zorgaanbieders uitgedrukt in het aantal zorgproducten per soort zorgproduct. Dat zouden zij dan vervolgens eenvoudig als leidraad kunnen gebruiken in de onderhandelingen met de zorgaanbieders. Dat is nadelig voor de zorgaanbieders, die juist benadrukken dat verzekeraars zich niet alleen zouden moeten richten op gedetailleerde ontwikkelingen van de productie-aantallen, maar ook op de inhoud van de zorg, rekening houdend met bijvoorbeeld veranderingen in zorgvragen en de manier waarop de zorg in de regio wordt georganiseerd. Zorgaanbieders hebben op dat vlak al een achterstand ten opzichte van de zorgverzekeraars. Laatstgenoemde categorie heeft veel meer zicht op 'zorginhoudelijke informatie', omdat zij nu eenmaal met heel veel zorgaanbieders afspraken maken en dus zicht hebben op wat bij al die zorgaanbieders gebeurt, terwijl de individuele zorgaanbieder alleen over de eigen informatie beschikt. Zouden de gevraagde bestanden openbaar worden gemaakt, dan wordt de informatieasymmetrie nog groter.

4.9 De zorgaanbieders worden daardoor onevenredig benadeeld. De productie van zorgaanbieders kan van jaar tot jaar verschillen, maar het aantal DBC's in het voorgaande jaar geeft wel een indicatie van het aantal DBC's in het volgende jaar. Het aantal DBC's is echter ook afhankelijk van veranderingen in de productstructuur, patiëntenpopulatie (leeftijdsopbouw,

vinex-wijken etc.) en (afspraken met) overige zorgaanbieders. Zorg wordt steeds meer door netwerken van zorgaanbieders geleverd. Het kan zijn dat een patiënt voor een deel van de behandeling in een andere instelling wordt behandeld dan waar hij in eerste instantie is opgenomen. Daarnaast verschillen lokaal de afspraken met de eerstelijns aanbieders (bijvoorbeeld huisartsen) en verpleeghuizen. De ontwikkelingen in de structuur van het zorgaanbod en in de patiëntenpopulatie gaan snel en zijn moeilijker in te schatten. Het aantal DBC's en het soort DBC's kan daarom van jaar tot jaar gaan verschillen. Wanneer er met hulp van de informatie die de heer Slaghuis heeft gevraagd door zorgverzekeraars te sterk zou worden gestuurd op aantallen DBC's, kan de zorgaanbieder niet goed inspelen op actuele situaties en wordt daarmee de concurrentiepositie ondermijnd."

3.3 Thans in hoger beroep heeft Slaghuis zijn verzoek beperkt tot de onderhandelde prijzen die op de groothandelsmarkt tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders tot stand komen. Als alleen die informatie openbaar zou worden gemaakt, zou dat vooral tot bevoordeling van de zorgaanbieders leiden. De NZa licht dat toe.

3.4 De onderhandelingen tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders gaan niet in de eerste plaats over individuele prijzen, maar over het totale bedrag (het plafond, het budget) dat de zorgverzekeraar jaarlijks bereid is aan de zorgaanbieder te betalen en over de daaraan ten grondslag liggende volumes (de hoeveelheid zorg die wordt geleverd). De prijzen die vervolgens voor individuele DBC-zorgproducten worden bepaald, zijn vaak hiervan afgeleid. Dat betekent niet dat de informatie over de prijzen niet relevant is. Openbaarmaking van de prijzen die individuele zorgaanbieders bij een zorgverzekeraar in rekening brengen, geeft andere zorgaanbieders en zorgverzekeraars zonder meer relevante informatie die de onderhandelingen negatief kunnen beïnvloeden. Zorgaanbieders kunnen dan moeilijker een lagere prijs afspreken met een zorgverzekeraar, omdat ze dan welhaast met alle zorgverzekeraars moeten doen. Omdat patiënten alleen prijsgevoelig zijn voor producten met een prijs die lager is dan het eigen risico kunnen ziekenhuizen voor producten zoals een staaroperatie of knievervangingen, die een veel hogere prijs hebben, makkelijker een hogere prijs vragen zonder marktaandeel te verliezen als andere ziekenhuizen dat er ook voor krijgen. Openbaarmaking kan op die manier tot een prijsopdrijvend effect leiden. Bovendien faciliteert het openbaar maken van onderhandelde prijzen het maken van mededingingsbeperkende afspraken tussen ziekenhuizen.

3.5 Hier is ook van belang dat als in een bepaald jaar het afgesproken plafondbedrag wordt overschreden, de zorgaanbieder voor het jaar daarna met de zorgverzekeraar een hoger plafond zal willen spreken. De zorgverzekeraar kan daar niet zonder meer van afzien, omdat op hem op grond van de Zorgverzekeringswet de verplichting rust voor zijn verzekerden voldoende zorg in te kopen. De zorgaanbieder heeft langs deze weg er dus belang bij dat hij voor de veel voorkomende verrichtingen, zoals bijvoorbeeld staar, knie- en heupvervangingen en diabetes, hoger tarieven overeenkomt met de zorgverzekeraar, omdat op die manier als het ware zijn totale

budget kan worden verhoogd. Als de zorgaanbieder bekend wordt met de tarieven die zijn concurrent hiervoor bij de zorgverzekeraars in rekening kunnen brengen, dan kan dat zijn eigen onderhandelingspositie ten opzichte van de zorgverzekeraars versterken. Openbaarmaking van de overige tarieven kan dus tot onevenredige benadeling van zorgverzekeraars leiden.

3.6 Het belang van openbaarmaking weegt daar naar het oordeel van de NZa niet tegen op. Openbaarmaking van de informatie waarom wordt verzocht, verstoort het onderhandelingsproces zoals zich dat op concurrerende markten afspeelt. Openbaarmaking zal ertoe leiden dat dat de publieke belangen die gemoeid zijn met de marktwerking in de zorg worden geschaad, terwijl openbaarmaking, zoals hiervoor is toegelicht, ook niet nodig is om patiënten te informeren over de prijs die zij voor de zorg moeten betalen. Onder deze omstandigheden heeft de NZa terecht aan het belang van het voorkomen van onevenredige benadeling een zwaarder gewicht mogen toekennen dan aan het belang van openbaarmaking.

3.7 Uit het voorgaande volgt dat, anders dan Slaghuis betoogt, het gegeven dat DIS de prijzen van afgesloten DBC zorgproducten bevat en dus geen prijzen van lopende behandelingen (punt 9 van het beroepschrift) of dat in DIS geen informatie over lopende onderhandelingen is terug te vinden (punt 19), niet doorslaggevend is voor de vraag of de informatie openbaar kan worden gemaakt. Het gaat er juist om dat in toekomstige onderhandelingen zorgaanbieders en/of zorgverzekeraars, in het geval de gevraagde prijsinformatie openbaar zou worden, hun voordeel kunnen doen met de sterk verbeterde informatiepositie. Bestaande prijzen hebben als het ware een voorspellende waarde voor de onderhandelingen van het volgende jaar. Aan die belangrijke nuance lijkt in het interview met de bestuursvoorzitter van de Autoriteit, Consument en Markt (punt 15 van het hoger beroepschrift) voorbij te zijn gegaan.

> Hierbij is ook nog relevant dat onderhandelingen tussen ziekenhuizen en zorgverzekeraars een continue proces is. Het kan daarom zijn dat een bepaald DBC-zorgproduct in het DIS weliswaar informatie over onderhandelde prijzen is terug te vinden, maar dat die prijzen ook nog voorwerp van (her)onderhandeling zijn en nog kunnen worden verhoogd of verlaagd.

3.8 De omstandigheid dat patiënten in bepaalde situaties wel informatie wordt verschaft over de overige tarieven betekent ook niet, zoals Slaghuis aanvoert (punt 16 en 17) dat *dus* de informatie ook openbaar kan worden gemaakt. Openbaarmaking leidt er toe dat behalve patiënten ook zorgverzekeraars en zorgaanbieders worden geïnformeerd over de tarieven die hun concurrenten moeten betalen respectievelijk in rekening moeten brengen van alle producten en niet alleen van de zorg die door de individuele patiënt is genoten. Hiervoor is al toegelicht waarom daar geen sprake van kan zijn.

4 Reactie overige beroepsgronden

Zienwijzen

4.1 Slaghuis voert, net als in beroep in eerste aanleg aan, dat de NZa derden om een zienswijze had moeten vragen (punt 10-12, 14). In het verweerschrift heeft de NZa daar destijds het volgende over opgemerkt:

> "5.9 De heer Slaghuis voert verder nog aan dat de NZa derden om een zienswijze had moeten vragen alvorens zij de gevraagde informatie weigerde. De NZa merkt op dat het vragen van een zienswijze hier niet zinvol was geweest. Het is voldoende duidelijk dat de Wob aan openbaarmaking van de gevraagde gegevens in de weg staat.
>
> 5.10 Daarbij komt dat de NZa vanwege een andere procedure al bekend is met de opvatting van zorgaanbieders dat de gedetailleerde informatie waarom Slaghuis vraagt niet openbaar zou moeten worden gemaakt.
>
> > Ook een onderzoeksbureau heeft de NZa met een beroep op de Wob gevraagd om openbaarmaking van gegevens uit het DIS. Dit verzoek ziet op geaggregeerde gegevens per gemeente en niet per zorginstelling. Omdat openbaarmaking van die gegevens wel tot gevolg heeft dat informatie tot individuele zorginstellingen of patiënten kan worden herleid, heeft de NZa het verzoek om informatie afgewezen. Voordat de NZa in die zaak de beslissing op bezwaar nam, heeft zij zorginstellingen om een zienswijze gevraagd. De zorginstellingen verzetten zich nagenoeg allemaal tegen openbaarmaking.
> >
> > Het betrokken onderzoeksbureau heeft tegen de beslissing op bezwaar beroep ingesteld. Dat beroep is aanhangig bij de Rechtbank Den Haag (nr. 14/8563).

4.2 De NZa heeft aldus om twee redenen ervan afgezien om zorgaanbieders om een zienswijze te vragen. In de eerste plaats is ervan afgezien, omdat in de opvatting van de NZa, vanwege het verstorende effect op de marktwerking, de informatie niet openbaar kan worden gemaakt. Dit oordeel van de NZa staat strikt genomen los van opvattingen die individuele zorginstellingen daarover kunnen hebben. De tweede reden betreft de omstandigheid dat de NZa in een andere procedure de zorginstellingen al om een zienswijze had gevraagd. Zorginstellingen waren toen tamelijk eensgezind in hun opvatting dat de informatie geheim zou moeten blijven. De omstandigheid dat een individuele instelling daar een andere opvatting over heeft, kan daar niet aan af doen.

Kring van afnemers

4.3 Slaghuis voert aan dat openbaarmaking van de prijzen per DBC-zorgproduct er niet toe leidt dat informatie over de kring van afnemers wordt verkregen (punt 16). Dat is juist. De passage die Slaghuis hier uit de uitspraak citeert heeft ook geen betrekking op de prijsinformatie.

Andere interpretatie van het verzoek

4.4 Voorts voert Slaghuis aan dat de NZa had moeten onderzoeken of *uitsluitend* de informatie over de prijzen per DBC-zorgproduct openbaar kon worden gemaakt (punt18 en 19). De NZa zou hebben kunnen volstaan met het openbaar maken van een prijslijst zonder dat naar een individuele zorgaanbieder wordt verwezen of dat informatie over het aantal verrichtingen openbaar wordt gemaakt.

4.5 In reactie hierop memoreert de NZa het Wob-verzoek van Slaghuis. Dat luidt als volgt:

> "Zorgaanbieders zijn op grond van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) verplicht periodiek gegevens aan te leveren aan DIS. Met een beroep op de Wet openbaarheid van bestuur verzoek ik u om alle documenten openbaar te maken met betrekking tot de aantallen gedeclareerde DBC zorgproducten, per DBC zorgproduct, per maand, per zorgaanbieder en de passantentarieven *en de gehanteerde prijs per DBC zorgproduct per zorgaanbieder* (cursief ECP)."

4.6 Het verzoek van Slaghuis zag derhalve juist op de gehanteerde prijs per DBC zorgproduct per zorgaanbieder. De NZa mocht er daarom redelijkerwijs vanuit gaan dat het hem ook daarom om te doen was. Van de NZa hoefde niet te worden verwacht te onderzoeken of ook een afzonderlijke prijslijst openbaar kon worden gemaakt.

4.7 Bovendien, uit hetgeen hiervoor in hoofdstuk 3 is toegelicht, volgt al dat van openbaarmaking van afzonderlijke prijslijsten zonder dat daar de naam van de instelling bij wordt vermeld, geen sprake kan zijn. Instellingen komen op deze manier nog steeds de tarieven te weten die hun concurrenten voor dezelfde verrichtingen in rekening brengen. Zorgverzekeraars zien op hun beurt wat door hun concurrenten voor dezelfde type verrichtingen wordt betaald. De bezwaren die er bestaan tegen openbaarmaking, zoals hiervoor toegelicht, gelden daarom onverkort in het geval zou worden volstaan met openbaarmaking van 'slechts' een prijslijst.

5 Conclusie

Het hoger beroep dient ongegrond te worden verklaard.

Den Haag, 29 januari 2016

advocaat

[redacted]

behandeld door [redacted]
correspondentie Postbus 11756, 2502 AT Den Haag
telefoon (070) 515 39 44
fax (070) 515 30 70
e-mail [redacted]
zaaknr 11001971