

Vragen gesteld door de leden der Kamer, met de daarop door de regering gegeven antwoorden

2562

Vragen van de leden **Van Gerven, Leijten en Gesthuizen** (allen SP) aan de ministers van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en van Economische Zaken over *de inval van de NMa bij de LHV* (ingezonden 4 mei 2010).

Antwoord van de ministers **Klink** (Volksgezondheid, Welzijn en Sport) en **Van der Hoeven** (Economische Zaken) (ontvangen 27 mei 2010)

Vraag 1

Wat is uw oordeel over de inval van de Nederlandse Mededingingsautoriteit (NMa) bij de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV)? Oordeelt u hierover positief?¹

Antwoord 1

Het toezicht op naleving van de Mededingingswet (Mw) is opgedragen aan de NMa. De NMa is bevoegd bij een vermoeden van een overtreding van de Mw onaangekondigde bedrijfsbezoeken af te leggen. Waar vermoedens zijn van mededingingsbeperkende afspraken is het wenselijk dat de NMa onderzoek doet. Mededingingsbeperkende afspraken kunnen de keuzevrijheid van patiënten aantasten.

Vraag 2

Welke informatie over prijsafspraken of marktverdeling hoopt de NMa bij de LHV te kunnen vinden? Is die informatie niet veel beter te vinden bij individuele huisartsen?

Antwoord 2

De NMa doet onderzoek mede op basis van tips en signalen van cliënten en huisartsen over het mogelijk verdelen van patiënten en het belemmeren van huisartsen die actief willen worden binnen een bepaalde regio. De Mw is niet alleen van toepassing op overeenkomsten (of onderling afgestemde feitelijke gedragingen) tussen ondernemers, maar ook op besluiten van ondernemersverenigingen, zoals de LHV.

¹ Medisch Contact, 29 april 2010: «NMa bevestigt inval bij LHV»
<http://medischcontact.artsennet.nl/artikel/NMa-bevestigt-inval-bij-LHV.htm>

Vraag 3

Heeft de NMa zelfstandig besloten tot deze inval? Heeft u c.q. het ministerie voor het tijdstip van de inval contact hierover gehad met de NMa? Was u op enigerlei wijze op de hoogte van de aanstaande inval of vermoedde u die, op basis van concrete informatie of door verneming bij geruchte? Is het ministerie van VWS op enigerlei wijze betrokken geweest bij de voorbereiding van het onderzoek?

Antwoord 3

De NMa besluit zelfstandig tot een inval. Rond het moment van binnentreden bij de LHV heeft de NMa de ministeries van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) en Economische Zaken (EZ) op de hoogte gesteld van het onaangekondigde bedrijfsbezoek zodat eventuele vragen van de pers adequaat beantwoord zouden kunnen worden. De ministeries van VWS en EZ zijn niet betrokken bij het onderzoek of de voorbereiding daarvan.

Vraag 4

Door wie wordt de NMa aangestuurd, daar waar het dossiers in de zorg betreft? Heeft u invloed op het beleid van de NMa en zo ja, welke? Is deze inval naar uw oordeel een voorbeeld van de rol die de NMa in de toekomst moet gaan spelen?

Antwoord 4

Op grond van de Mw heeft de NMa een aantal wettelijke taken, die zij verplicht is uit te voeren. De NMa heeft een discretionaire bevoegdheid in de keuzes ten aanzien van de afspraken waartegen en de wijze waarop zij handhavend optreedt. De minister van EZ is verantwoordelijk voor het algemene functioneren van de NMa. De minister van EZ heeft de bevoegdheid beleidsregels vast te stellen met betrekking tot de uitoefening van de bevoegdheden van de NMa, voor zover deze geen betrekking hebben op individuele gevallen. Als de minister van EZ dergelijke regels stelt met betrekking tot de zorgsector, zoals door middel van de beleidsregel houdende bijzondere regels betreffende concentraties van zorgaanbieders², dan komen deze regels in nauw overleg met het ministerie van VWS tot stand. Zoals wij ook op vraag 1 antwoordden is het wenselijk dat de NMa daar waar vermoedens zijn van mededingingsbeperkende afspraken onderzoek doet, ook in de toekomst. Mededingingsbeperkende afspraken kunnen de keuzevrijheid van patiënten aantasten.

Vraag 5

Deelt u de stelling dat het succes van huisartsenzorg valt en staat met onderlinge samenwerking? Zo ja, hoe verhoudt onderlinge concurrentie zich daarmee?

Antwoord 5

Samenwerking is van groot belang. Een goed voorbeeld hiervan is de opvang van patiënten in de Avond-, Nacht-, en Weekenduren (ANW-uren). Huisartsen, vaak verenigd in een dienstenstructuur, organiseren voor hun patiënten opvang voor spoedvragen in de ANW-uren. Zonder goede samenwerking, het delen van informatie over patiënten en het afstemmen van behandelmethoden, zou adequate zorg voor patiënten niet goed mogelijk zijn. Niet alle vormen van samenwerking zijn toegestaan. Samenwerkingsafspraken kunnen te ver gaan en tot onwenselijke machtsconcentraties leiden. Een voorbeeld van afspraken die op grond van de Mw (bijna) altijd zijn verboden, zijn prijsafspraken en marktverdelingsafspraken. Als huisartsen onderling afspraken maken over wie met welke zorg welk gebied bedient, kan dit ertoe leiden dat huisartsen patiënten weigeren en de vestiging van nieuwe huisartsen tegengaan. Hierdoor kan een grote machtsconcentratie op huisartsenzorg in een bepaald gebied ontstaan. Consequentie daarvan kan zijn dat huisartsen weinig tot geen druk voelen om rekening te houden met de wensen van hun patiënten. In die gevallen wordt de keuzevrijheid van de patiënt in de kern aangetast en wordt bijvoorbeeld patiënten de mogelijkheid ontnomen om, als zij ontevreden zijn over hun huisarts, over te stappen naar een huisarts naar eigen keuze.

² Staatscourant 2009 nr. 13389, 9 september 2009

Samenwerkingsafspraken zijn vaak echter wel toegestaan. Ten eerste zijn er samenwerkingsafspraken die niet onder het kartelverbod vallen, simpelweg omdat zij de mededinging niet beperken, of anders gezegd omdat zij geen invloed hebben op de mate waarin huisartsen rekening dienen te houden met de wens van cliënten. Zo wordt door het bespreken van een inhoudelijke zorgvraag van een cliënt, het delen van best practices of het gezamenlijk uitwerken van kwaliteitsprotocollen de mededinging in principe niet beperkt. Ten tweede vallen bepaalde samenwerkingsafspraken buiten het toepassingsbereik van het kartelverbod als zij onder de bagatelbepaling vallen. De huidige bagatelbepaling stelt in geval van dienstverlening zoals huisartszorg afspraken vrij die tussen niet meer dan acht ondernemingen zijn gemaakt met een gezamenlijke omzet die niet hoger is dan EUR 1.100.000, of indien geldt dat het gezamenlijk marktaandeel van de betrokken ondernemingen niet groter is dan 5% en de gezamenlijke omzet waarop de afspraak betrekking heeft niet hoger is dan EUR 40.000.000.

Ook samenwerkingsverbanden die noodzakelijk zijn om (zuiver) de kwaliteit van zorg te dienen of de doelmatigheid van zorg te verbeteren, goed zijn voor cliënten en voldoende keuzemogelijkheden voor mensen overlaten, zijn geoorloofd en zeker wenselijk. De positieve effecten van deze samenwerkingsverbanden wegen op tegen het nadeel van de eventuele beperking van de mededinging. Het kan daarbij bijvoorbeeld gaan om het eerder genoemde voorbeeld omtrent de zorg voor patiënten in de ANW-uren. Het uitgangspunt is dat een huisarts individueel kan bepalen hoe hij aan het wettelijk vereiste kwaliteitsniveau wil en kan voldoen. Voorts zijn ook gemeenschappelijke inkoop van de voor het aanbieden van de zorg benodigde producten, afspraken over waarneming, het gezamenlijk opzetten van elektronische netwerken en informatie-uitwisseling en samenwerking op administratief gebied veelal toegestaan.

Vraag 6

Bent u van oordeel dat de kwaliteit van huisartsenzorg erbij gebaat is als huisartsen elkaar als concurrent ervaren en daarnaar handelen? Zo ja, kunt u drie belangrijke realistische voorbeelden geven van uitkomsten van concurrentie tussen huisartsen, die causaal de gezondheid van de patiënt positief beïnvloeden (niet zijnde service-aspecten van het huisartsvak of prijsvorming, maar betrekking hebbend op kwaliteit die het ziekteproces beïnvloedt)?

Antwoord 6

Voldoende mededinging zal eraan bijdragen dat huisartsen een extra prikkel ondervinden om de wensen van patiënten centraal te stellen, bijvoorbeeld door zich te blijven verbeteren en innovaties door te voeren die de kwaliteit van de huisartsenzorg omhoog brengen. Kwaliteit is moeilijk meetbaar, zeker in de zorg, maar ook serviceaspecten kunnen bijdragen aan de kwaliteit die het ziekteproces beïnvloedt.

Voorbeeld 1: ten algemene geldt dat keuzevrijheid voor patiënten er bij voldoende aanbod aan huisartsenzorg in de regio toe zal leiden dat slecht functionerende huisartsen hun praktijk zien krimpen en bij afwezigheid van verbetering niet langer een praktijk zullen kunnen houden.

Voorbeeld 2: een huisarts die – in aanvulling op de reguliere behandeling – patiënten een paar dagen na een afspraak nabelt. Hiermee heeft de arts snel zicht op eventuele problemen die zich voordoen bijvoorbeeld rondom inname van medicatie. Daarnaast bevordert het mogelijk de zelfredzaamheid en het herstelproces van de patiënt.

Voorbeeld 3: huisartsen die zich – om zich te onderscheiden van andere huisartsen – specialiseren in bepaalde doelgroepen zoals gezinnen, allochtonen of studenten. Deze huisartsen laten zich bijvoorbeeld extra scholen in de problematiek van de specifieke doelgroep en doen ook meer ervaring op met die doelgroep. Dit kan de huisartsenzorg verbeteren.

Vraag 7

Bent u van oordeel dat huisartsen elkaar economisch dienen te beconcurreren, in de zin dat zij in beginsel erop uit moeten zijn patiënten van elkaar te werven, zoals reguliere ondernemingen erop uit zijn uit economische overwegingen klanten van elkaar af te nemen? Zou u gelukkig zijn met deze houding en verwacht u daarvan per saldo voordelen voor de betrokken patiënten en zo ja, welke?

Antwoord 7

Het is van belang dat huisartsen de keuzevrijheid van cliënten respecteren en de vestiging van nieuwe huisartsen niet belemmeren. Het zou niet goed zijn als alle prikkels verdwijnen om zich positief van elkaar te onderscheiden (medisch inhoudelijk, maar ook op serviceaspecten zoals ruimere openingstijden).

Het is dan ook onwenselijk als huisartsen onderling afspreken om geen cliënten van elkaar over te nemen. Een patiënt dient zelf te kunnen kiezen naar welke huisarts hij of zij wil gaan en de huisarts moet individueel bepalen of de betreffende patiënt tot de praktijk wordt toegelaten³. De huisarts is iemand met wie een patiënt een goede vertrouwensband moet hebben. Als die band er niet is door bijvoorbeeld een conflict of ontevredenheid van de patiënt over de huisarts dan moet de patiënt kunnen wisselen van huisarts. Verder is het van belang dat niet de reeds gevestigde huisartsen bepalen of en onder welke voorwaarden een nieuwe huisarts mag toetreden tot een bepaalde regio. Dit kan immers tot gevolg hebben dat nieuwe initiatieven en keuzemogelijkheden voor patiënten worden belemmerd.

Vraag 8

Is er wel sprake van een markt in de huisartsenzorg die door de NMa moet worden gecontroleerd c.q. bent u van oordeel dat de marktwerking daar dient te worden aangewakkerd?

Antwoord 8

De Nederlandse gezondheidszorg maakt de overstap van een systeem waarbij het aanbod van zorg voorop stond naar een systeem van vraaggestuurde zorg. Dit betekent dat patiënten meer dan vroeger de mogelijkheid hebben om te kiezen tot welke arts zij zich wenden. Door deze vraagsturing worden zorgaanbieders geprikkeld zich van elkaar te onderscheiden en zich te verbeteren, om zo de kwaliteit en doelmatigheid in de zorg hoog te houden. Om de betaalbaarheid, toegankelijkheid en kwaliteit van zorg te waarborgen zijn regels gesteld. Binnen dit systeem van gereguleerde marktwerking dient de NMa haar werk te doen. Dit geldt ook voor huisartsen.

Het systeem van vraaggestuurde zorg is vormgegeven in de Zorgverzekeringswet. De Mw ziet erop toe dat de ruimte voor vraaggestuurde zorg niet onterecht wordt ingeperkt. De NMa houdt toezicht op naleving van de Mw voor zover er ruimte wordt gegeven voor vraaggestuurde zorg. Relevante factor bij de toepassing van de Mw op de huisartsenzorg, is onder andere dat aan de beroepsbeoefening financiële risico's verbonden zijn en dat met de vervanging van puntstarieven en opheffing van de contracteerplicht doelbewust door de wetgever is gekozen voor meer ruimte voor vraagsturing⁴. Het is vervolgens aan de rechter naar aanleiding van een beroep tegen een besluit van de NMa om te bepalen of de NMa een juist besluit heeft genomen, onder andere over de vraag of de Mw ook echt van toepassing is.

Vraag 9

Klopt het beeld dat u naar buiten oproept dat u voorstander bent van een combinatie van concurrentie en samenwerking? Zo ja, waar begint concurrentie, dus waar eindigt geoorloofde samenwerking? Welke vormen van samenwerking zijn naar uw oordeel niet geoorloofd omdat die niet in de geest zijn met het concurrentie-principe van de Zorgverzekeringswet, dan wel strijdig zijn met uw beleid? Zo nee, deelt u de mening dat concurrentie tussen huisartsen onderling meer na- dan voordelen heeft?

Antwoord 9

Zie het antwoord op vraag 5.

³ Redenen waarom een huisarts individueel van een inschrijving afziet kunnen zijn omdat de praktijk vol is, omdat de huisarts vindt dat er sprake is van een te grote afstand tussen het woonadres van de patiënt en de huisartspraktijk of omdat huisarts en patiënt principiële verschillen hebben in visie over de zorgverlening.

⁴ Zie NMa besluit 537 Landelijke Huisartsen Vereniging en besluit 2513 Landelijke Huisartsen Vereniging

Vraag 10

Welke problemen voorziet u voor de zorg als huisartsen samenwerken? Welk gevaar bestrijdt de NMa met deze inval?

Antwoord 10

Zie het antwoord op vraag 5.

Vraag 11

In hoeverre kan de inval van de NMa bij de LHV de ontwikkeling op het vlak van ketenzorg afremmen of anderszins schaden? Perkt de NMa hiermee niet de mogelijkheden voor kwaliteitsverbetering in? Vindt u dit een wenselijke situatie? Moet het NMa-principe van «markt, tenzij» niet worden vervangen door het zorgprincipe «samenwerking, tenzij»?

Antwoord 11

Ketenzorg en het ontstaan van zorggroepen zijn een relatief nieuw fenomeen. De NMa en de NZa spannen zich, op basis van vragen die leven bij het veld, in om duidelijk te maken wat wel en niet mag onder de Mw ten aanzien van samenwerking in het kader van ketenzorg. In december 2009 hebben de NMa en de NZa een consultatiedocument gepubliceerd. Het consultatiedocument bevat ook de expliciete uitnodiging melding te maken van zaken waar bijvoorbeeld de huisartsen niet mee uit de voeten kunnen en om daarover dan meer helderheid te kunnen geven. Deze zomer worden de definitieve richtsnoeren over zorggroepen van de NMa en de NZa verwacht. De NMa heeft invallen gedaan bij de LHV mede op basis van tips en signalen over het mogelijk onderling verdelen van patiënten en het belemmeren van de vestiging van nieuwe huisartsen. De spelregels ten aanzien van overstapmogelijkheden van cliënten en vestiging van nieuwe huisartsen zijn duidelijk. Overstapmogelijkheden voor cliënten en vestiging van nieuwe huisartsen enerzijds en de ontwikkelingen op het vlak van ketenzorg anderzijds zijn twee verschillende onderwerpen. De invallen van de LHV belemmeren de ontwikkelingen op het vlak van ketenzorg niet en schaden ook anderszins niet.

Vraag 12

Wat vindt u van het voorstel van Actiz, GGZ-Nederland en de Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland (VGN) om de mededingingswet buiten de orde te verklaren bij ketensamenwerkingsovereenkomsten in de zorg?⁵

Antwoord 12

Actiz, GGZNederland en VGN pleiten voor een veilige haven in de vorm van een groepsvrijstelling voor ketensamenwerkingsovereenkomsten. Een groepsvrijstelling beoogt een bepaalde groep overeenkomsten (bijv. ketensamenwerkingsovereenkomsten) die in strijd is met het kartelverbod van dit verbod vrij te stellen, gelet op de grote voordelen die dergelijke overeenkomsten genereren. Voor ketensamenwerkingsovereenkomsten bestaan reeds veilige havens in de vorm van bestaande groepsvrijstellingen voor specialisatieovereenkomsten, onderzoeks- en ontwikkelingsovereenkomsten en voor verticale overeenkomsten. Deze groepsvrijstellingen beperken zich tot die overeenkomsten waarvan met voldoende zekerheid kan worden aangenomen dat zij aan de uitzonderingsvoorwaarden van het kartelverbod voldoen. Deze verruimen dus niet de uitzonderingsregels van de Mw. De genoemde groepsvrijstellingen zijn ook op de zorgsector van toepassing.

Vraag 13

Onderschrijft u de mening van de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ) dat inzake de mededingingstoetsing de NMa zorgverzekeraars coulanter lijkt te behandelen dan zorgverleners?⁶ Zo nee, waarom niet?

⁵ Brief aan de vaste Kamercommissie VWS, 20 april 2010.

⁶ Brief aan de vaste Kamercommissie VWS.

Antwoord 13

De Mw is zowel op zorgverzekeraars als zorgaanbieders op dezelfde wijze van toepassing. De NMa heeft een discretionaire bevoegdheid in de keuzes ten aanzien van de afspraken waartegen en de wijze waarop zij handhavend optreedt. Het is uiteindelijk aan de rechter om te bepalen of de NMa in individuele gevallen de Mw op een juiste manier heeft toegepast danwel bij haar ingediende klachten gegrond heeft afgewezen.

Daar waar verzekeraars en zorgaanbieders met elkaar onderhandelen kan vanuit de individuele vrijgevestigde zorgaanbieder een gevoel van ongelijkheid bestaan. De NMa heeft recent een document gepubliceerd waarin wordt ingegaan op de visie van de NMa over de positie van individuele, vrijgevestigde zorgaanbieders ten opzichte van zorgverzekeraars.⁷

Vraag 14

Ziet u strijdigheden en/of spanningen tussen de Mededingingswet enerzijds en de Zorgverzekeringswet en uw beleidsagenda anderzijds? Zo ja, welke? Hoe gaat u daarop beleidsmatig inspelen?

Antwoord 14

Zie het antwoord op vragen 5 en 8. Wij zien geen strijdigheden tussen de Mw enerzijds en de Zorgverzekeringswet en de beleidsagenda van de minister van VWS anderzijds.

⁷ Zie het Visiedocument van de NMa van december 2009: Individueel en collectief onderhandelen tussen vrijgevestigde extramurale zorgaanbieders en zorgverzekeraars.