

Vergaderjaar 2001–2002

27 639

Wijziging van de Mededingingswet in verband met het omvormen van het bestuursorgaan van de Nederlandse mededingingsautoriteit tot zelfstandig bestuursorgaan

Nr. 60

BRIEF VAN DE MINISTER VAN ECONOMISCHE ZAKEN

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

's-Gravenhage, 4 april 2002

Bij de gelegenheid van het debat over de ZBO-status van de NMa op 31 januari 2002 heb ik toegezegd naar aanleiding van de evaluatie van de Mededingingswet te zullen terugkomen op de motie van de kamerleden Van den Akker en Voûte-Droste met betrekking tot de handhaving van het mededingingsrecht op huisartsen¹. Recentelijk heeft de Landelijke Huisartsen Vereniging aangegeven voor 1 april prijs te stellen op mijn standpunt.

In samenspraak met mijn collega van VWS heb ik dan ook besloten niet te wachten op de evaluatie van de Mededingingswet, maar reeds nu duidelijkheid te scheppen rondom huisartsen en mededingingsrecht. Mede namens de minister van VWS stuur ik u deze brief.

Inleiding

De gezondheidszorg is traditioneel een door regelgeving gedomineerde markt. In tijden van toegenomen welvaart, meer mondigheid en de wens tot keuzevrijheid en maatschappelijk ondernemerschap wordt meer en meer duidelijk dat de klantgerichtheid van het zorgstelsel niet meer voldoet aan de veranderende eisen van de samenleving. Vandaar dat al geruime tijd werk wordt gemaakt van een omslag in de aansturing van de zorgsector. Minder gedetailleerde aansturing door de overheid en meer ruimte voor veldpartijen in de zorg.

Reeds in 1992 is, met een belangrijke wijziging in de Ziekenfondswet, een aantal stappen in deze richting gezet. Vanaf dat jaar zijn ziekenfondsen niet langer verplicht om iedere zorgverlener te contracteren. Doel van deze wetswijziging was om de kwaliteit en doelmatigheid van de te leveren diensten te bevorderen doordat ziekenfondsen selectief kunnen gaan contracteren. Ook is toen het van overheidswege vastgestelde punttarief voor de diensten van bepaalde zorgverleners afgeschaft. Ziekenfondsen en zorgverleners zijn nu gebonden aan een landelijk maximumtarief. Het College tarieven gezondheidszorg (CTG) stelt deze landelijke maximumtarieven van vrije beroepsbeoefenaren (onder wie de huis-

¹ TK, 2001–2002, 27 639, nr. 52.

artsen) vast. Dit maximumtarief geeft huisartsen en zorgverzekeraars de ruimte om te onderhandelen over individuele tarieven. Verzekeraars en de zorgverleners kunnen op lokaal niveau, zonder tussenkomst van het CTG, een lager tarief afspreken dan het maximumtarief. Dit betekent dat ruimte is ontstaan voor zorgverleners om onderling te concurreren om een contract met een ziekenfonds te krijgen.

In dit kader wijs ik ook op het feit dat de Tweede Kamer zeer onlangs nog heeft ingestemd met het beleid gericht op meer vraagsturing in de zorg, zoals is weergegeven in «Vraag aan Bod; Hoofdlijnen van vernieuwing van het zorgstelsel».¹

Belangrijk in dit hele traject is om ervoor te zorgen, dat het zorgstelsel aantoonbaar waar voor zijn geld levert en dat het kan inspelen op de gedifferentieerde vragen van de burger, de maatschappelijke veranderingen, de technologische vernieuwing en de organisatorische veranderingen in het zorgaanbod. Dat vereist flexibiliteit en de mogelijkheden om op die behoefte te kunnen inspelen. Ik realiseer me terdege dat dit niet alleen het nodige vraagt van de betrokken beleidsmakers, maar dat het ook impliceert dat we een grote inspanning vragen van de betrokken beroepsbeoefenaren in de zorg, onder wie de huisartsen.

Mededingingswet en zorgstelsel

De Mededingingswet (Mw) is van toepassing op de zorgsector en de Nederlandse Mededingingsautoriteit (NMa) is aangewezen als toezichthouder op naleving van deze wet. In dit kader heeft de NMa dan ook de taak om erop toe te zien dat in de gezondheidszorg individuele instellingen of beroepsgroepen zich niet onttrekken aan de verplichtingen van de Mededingingswet. Deze doelstelling is moeilijk verenigbaar met een uitzonderingsregime voor huisartsen. Indien de huisartsen één machtsblok vormen in de onderhandelingen met ziekenfondsen, neemt dit de ruimte die ziekenfondsen in de wet hebben gekregen om te onderhandelen weg. Tevens zou hiermee een prikkel bij huisartsen worden weggenomen om zo goed mogelijk rekening te houden met de wensen van hun patiënten. Ondanks deze ontwikkelingen zijn de huisartsen de afgelopen jaren doorgestaan met collectief onderhandelen. Door de Districts Huisartsen Verenigingen (DHSV's), de regionale afdelingen van de LHV, werd op regionaal niveau afgesproken welk tarief voor alle huisartsen zou gelden. Dit was in de praktijk altijd het maximumtarief. Daarnaast werd op regionaal niveau gezamenlijk bepaald welke huisarts zich waar mocht vestigen en hoeveel patiënten hij/zij maximaal mocht behandelen. Nieuwkomers, ook die met betere en vernieuwende vormen van zorgverlening, konden worden buitengesloten door de reeds gevestigde huisartsen.

In januari 1998 is de Mededingingswet van kracht geworden. Eind maart 1998 heeft de Landelijke Huisartsenvereniging (LHV) een ontheffingsverzoek bij de NMa ingediend, waarin zij onder meer pleit voor vrijstelling voor huisartsen van het in de Mededingingswet opgenomen kartelverbod. Als reactie op dat ontheffingsverzoek heeft de NMa begin 2001 bepaald, dat afspraken over tarieven en vestiging voor huisartsen in het besluit over het vestigingsbeleid van de LHV en het collectief onderhandelen door organen van deze organisatie in strijd zijn met de Mededingingswet². Het is belangrijk vast te stellen dat deze beslissing van de NMa haar oorsprong vindt in het feit dat de wetgever op dit deel van de zorgsector de mogelijkheid van concurrentie heeft ingevoerd. Met dit besluit, dat tevens als richtlijn dient voor alle belanghebbenden bij het opstellen van een nieuw contracteerbeleid, heeft de NMa meer duidelijkheid geschapen. Sinds de NMa vorig jaar haar voorlopige bezwaren tegen de oude overeenkomst had geuit, hebben de meeste zorgverzekeraars al nieuwe, met

¹ TK, 2000–2001, 27 855, nrs. 1–2.

² Zaak 537/Landelijke Huisartsen Vereniging, d.d. 11 april 2001.

de Mededingingswet in overeenstemming zijnde, overeenkomsten en regelingen ontwikkeld.

In reactie op deze beslissing heeft de LHV het vestigingsbeleid ingetrokken. Om de bij de LHV aangesloten huisartsen in de gelegenheid te stellen zich voor te bereiden op een nieuw model van onderhandelen heeft de NMa de LHV op diens verzoek een overgangstermijn verleend tot 1 april 2002.

In de motie van Van den Akker en Voûte-Droste wordt terecht geconstateerd dat de herstructurering van de huisartsenzorg sterk in beweging is. Ik wijs op de vorming van «hoed-achtige» constructies en de huisartsendienstenstructuren. Juist in die omstandigheden is het van belang dat de NMa nauwlettend toeziet op deze transitie. Overigens doet de NMa haar werk niet zonder de specifieke kenmerken van de huisartsensector mee in beschouwing te nemen. Zo zijn afspraken op het gebied van kwaliteit bijvoorbeeld onverkort toegestaan, voorzover zij niet onnodig de mededinging belemmeren.

Huisartsen en zorgverzekeraars zijn primair zelf verantwoordelijk voor het voeren van onderhandelingen in het kader van het sluiten van overeenkomsten. Het is aan hen om – indien zij op ongewenste implicaties stuiten die te maken hebben met de uitvoering van wet- en regelgeving, in casu de Mededingingswet – daar gezamenlijk met oplossingsrichtingen te komen. In dit verband valt te denken aan de (toename) van administratieve rompslomp waar de LHV op wijst. Van belang daarbij is dat de NMa ook aangeeft binnen welke marges oplossingen moeten worden gevonden. In dit verband is noemenswaard dat de NMa reeds op 11 april 2001, gevolgd door haar besluit van 12 december 2001 een aantal handreikingen daartoe heeft gedaan. De NMa heeft hierbij de LHV in een vroeg stadium gelegenheid gegeven met alternatieven te komen en hierover te overleggen.

Tevens heeft de NMa, om duidelijkheid te geven over regels die gelden voor de zorgsector, het bijgaande consultatiedocument «Richtsnoeren zorg»¹ opgesteld. Hiermee hoopt de NMa de eventueel nog aanwezige onduidelijkheden, over wat wel en niet is toegestaan binnen de grenzen van de Mededingingswet, weg te nemen. Zij nodigt betrokkenen uit hier binnen twee maanden op te reageren en hoopt op deze manier waar mogelijk van verschillende betrokkenen opmerkingen en suggesties ter verbetering en verduidelijking van de voorgestelde Richtsnoeren zorg te vernemen. Het consultatiedocument Richtsnoeren zorg stelt bovendien de praktijk in de gelegenheid om gedurende twee maanden andere mogelijkheden voor samenwerking dan de in de Richtsnoeren zorg genoemde, aan te dragen.

Zoals uit bijgaand consultatiedocument blijkt (en zoals de NMa reeds eerder heeft aangegeven), betekent één en ander niet dat huisartsen op dit moment alleen individueel kunnen onderhandelen. Voor de duidelijkheid wil ik hieronder alvast een aantal mogelijkheden aangeven die de huisartsen ook nu al hebben, zoals:

- gezamenlijk onderhandelen zolang zij gezamenlijk beneden de bagatelgrens van artikel 7 van de Mededingingswet (Mw) blijven (€ 908 000, dat zijn 4 à 5 huisartsen);
- als waarneemgroep onderhandelen over de tarieven voor avond-, nacht- en weekeinddiensten wanneer deze huisartsen gezamenlijk waarnemen. Overigens geldt wel dat wanneer in een bepaalde markt slechts één waarneemgroep bestaat, het gedrag van deze groep geen misbruik van machtspositie mag opleveren;
- een groep van huisartsen die een vergaande vorm van samenwerking is aangegaan mag ook gezamenlijk met de zorgverzekeraars onderhan-

¹ Ter inzage gelegd bij het Centraal Informatiepunt Tweede Kamer.

delen. Een dergelijke «gemeenschappelijke zorgverlening» (bijv. gezamenlijk in één pand, gezamenlijk computersysteem, gezamenlijk praktijkondersteuning, intercollegiale toetsing) valt namelijk onder een Europese groepsvrijstelling («groepsvrijstelling voor specialisatie-overeenkomsten»), aangezien de samenwerking tot meer efficiëntie leidt. De groepsvrijstelling staat ook het gezamenlijk onderhandelen met zorgverzekeraars toe. Een voorwaarde voor de toepasselijkheid van de groepsvrijstelling is wel dat het marktaandeel op de relevante markt van de samenwerkende huisartsen beneden de 20% blijft. Indien namelijk alle huisartsen op een relevante markt op deze manier samenwerken, dan hebben patiënten/verzekeraars geen keuze meer en is er feitelijk sprake van één aanbieder. Indien het marktaandeel van de huisartsen toch meer dan 20% bedraagt, kunnen de huisartsen een ontheffing voor de samenwerking aanvragen;

- huisartsen die in maatschappen samenwerken, waarbij het financiële risico gedeeld wordt en in de statuten is vastgelegd dat het beleid gezamenlijk wordt bepaald, mogen ook gezamenlijk onderhandelen, aangezien er dan geen sprake meer is van onafhankelijke ondernemingen in de zin van artikel 6 Mw, maar van afspraken binnen één onderneming;
- over bepaalde onderwerpen mogen huisartsen altijd gezamenlijk onderhandelen, namelijk over alle aspecten die te maken hebben met zorginhoudelijke factoren, maar ook over projecten die zij niet alleen zouden kunnen uitvoeren, zoals het gezamenlijk opbouwen van een netwerk voor het uitwisselen van elektronische patiëntendossiers; het onderhandelen aan een derde («zorgmakelaar») uitbesteden. Zolang dit maar niet leidt tot informatie-uitwisseling en gedragsafstemming tussen huisartsen die met elkaar in concurrentie staan.

De LHV heeft aangegeven dat zij verwacht dat de individuele onderhandelingen de huisartsen veel tijd zullen kosten en dat het zal leiden tot zwaardere administratieve lasten. De minister van VWS heeft het College voor Zorgverzekeringen op 14 maart jl. verzocht om de knelpunten die huisartsen op dat vlak zeggen te ervaren op een aantal locaties diepgaand kwalitatief te onderzoeken en oplossingsrichtingen aan te geven. Meer decentrale verantwoordelijkheden voor de inrichting van het zorgproces betekenen inderdaad onvermijdelijk een verschuiving van werkzaamheden van centraal naar decentraal niveau zowel daar waar het gaat om het aangaan van contracten als om de naleving daarvan. In die zin zullen huisartsen en verzekeraars meer dan voorheen activiteiten moeten (laten) ontplooiën op het gebied van zorgcontractering.

In de praktijk zal de gemiddelde huisarts met een relatief klein aantal verzekeraars onderhandelen. Daarbij zal het vooral gaan om de grootste verzekeraars in het werkgebied van de huisarts. Voor de contracten met de overige verzekeraars zullen huisartsen veelal tegen dezelfde voorwaarden willen contracteren. Tevens zijn er, zoals hiervoor aangegeven, alternatieven voor individueel onderhandelen, zoals het uitbesteden van (sommige) onderhandelingstaken aan tussenpersonen (de «zorgmakelaar») en de functie die de branchevereniging kan vervullen om de contracteerwerkzaamheden van de huisarts te faciliteren, bijvoorbeeld door het opstellen van calculatieschema's.

Verdere aanpak

Zoals reeds vermeld, zullen de Richtsnoeren zorg naar verwachting duidelijkheid scheppen over de regels die gelden voor de zorgsector en geldt een periode van twee maanden waarin de verschillende betrokkenen opmerkingen en suggesties kunnen geven. Deze inbreng zal meegenomen worden bij het definitief vaststellen van de Richtsnoeren zorg. In de motie van de kamerleden Van den Akker en Voûte-Droste met betrekking tot de

handhaving van het mededingingsrecht op huisartsen¹ wordt in twijfel getrokken of na 1 april de Mededingingswet al daadwerkelijk toegepast zou moeten worden op huisartsen. Dit heeft onder de huisartsen kennelijk onduidelijkheid teweeggebracht.²

Ik ben van mening dat de publicatie van de Richtsnoeren zorg door de NMa een volgende stap is in de toepassing van de Mededingingswet op deze sector. Ik heb van de DG NMa begrepen dat de NMa bereid is nogmaals in overleg te treden met de LHV over de wijze waarop door de huisartsen vorm gegeven zou kunnen worden aan de naleving van de Mededingingswet.

Om te kunnen volgen wat de effecten zijn van het niet-collectief onderhandelen voor huisartsen, is monitoring nodig. In die zin wil ik dan ook graag voldoen aan het verzoek van de Tweede Kamer om een onderzoek naar de eventuele problemen die zich voordoen als gevolg van toepassing van de Mededingingswet op de praktijk omtrent huisartsenzorg. Vanaf het moment waarop huisartsen niet langer collectief mogen onderhandelen, zal de NMa dit «onderzoek» starten.

Daarnaast wil ik wijzen op de deelmarktonderzoeken die mijn collega van VWS in gang heeft gezet, zoals aangekondigd in de Beleidsbrief modernisering curatieve zorg³ en denota Vraag aan Bod⁴. Om na te gaan waar en in welke mate marktconforme prikkels (kunnen) werken, wordt iedere «deelmarkt» in de curatieve zorg onderzocht en vervolgens geanalyseerd. Afhankelijk van de specifieke omstandigheden volgt een dereguleringsprogramma, een beleidsagenda per deelmarkt met concrete stappen met – daar waar mogelijk – meer vrijheidsgraden. De deelmarktanalyses zijn breder dan het hierboven genoemde NMa-«onderzoek» naar de gevolgen van de Mededingingswet. Op dit moment lopen de onderzoeken naar de eerste zeven deelmarkten in de curatieve zorg, te weten fysiotherapie (incl. oefentherapie Cesar en Mensendieck), logopedie, ergotherapie, mond-zorg, psychologische zorg, kraamzorg en verloskunde. Ook de huisartsen vormen een van de deelmarkten waar in de nabije toekomst een deelmarktanalyse zal plaatsvinden.

De LHV heeft reeds een jaar uitstel gekregen om zich voor te bereiden op een nieuw model van onderhandelen. De NMa heeft zich, zoals ik hierboven heb aangegeven, bereid verklaard nogmaals met de LHV het overleg aan te gaan over de wijze waarop door de huisartsen aan de naleving van de wet vorm gegeven kan worden. Ik heb er dan ook het volste vertrouwen in dat hier een voor alle partijen bevredigende oplossing uit zal komen.

Huisarts én patiënt schieten er weinig mee op als na dit overleg een uitzondering gecreëerd zou worden voor de huisartsen. Daarvoor zie ik, zoals ik hierboven heb uitgelegd, op dit moment ook geen concrete aanleiding.

De Minister van Economische Zaken,
A. Jorritsma-Lebbink

¹ TK, 2001–2002, 27 639, nr. 52.

² Het Financieele Dagblad, 18-03-2002.

³ TK 2000–2001, 23 619 nr. 18.

⁴ TK 2000–2001, 27 855, nrs. 1–2.