

Bewegingsruimte voor de huisartsenzorg

Van marktwerking en concurrentie
naar samenwerking en kwaliteit

Inhoudsopgave

| | | |
|----------|---|-----------|
| 1 | Oplossingsrichtingen & verbetermogelijkheden | 3 |
| | Knelpunten mededingingswet: oplossingen die aanpassing van de wet vereisen | 4 |
| | Reikwijdte mededingingswet beperken | 4 |
| | Knelpunten mededingingswet: oplossingen binnen kaders van huidige wet | 5 |
| | Verheldering | 5 |
| | Beperking verbod kartelvorming | 7 |
| | Knelpunten relatie huisarts - verzekeraar: oplossingen die aanpassing van de wet vereisen | 9 |
| | Knelpunten huisarts-verzekeraar: oplossingen binnen kaders huidige wet | 10 |
| | Processen | 10 |
| | Verplichting tot onderhandelen | 11 |
| | Voorspelbaarheid | 11 |
| | Inzicht & overzicht | 12 |
| | Toezicht | 12 |
| 2 | Bijzondere kenmerken van de zorgmarkt: reden voor maatwerk | 13 |
| 3 | Redenen waarom huisartsgeneeskunde inherent wringt met concurrentie tussen huisartsen | 15 |

1 Oplossingsrichtingen & verbetermogelijkheden

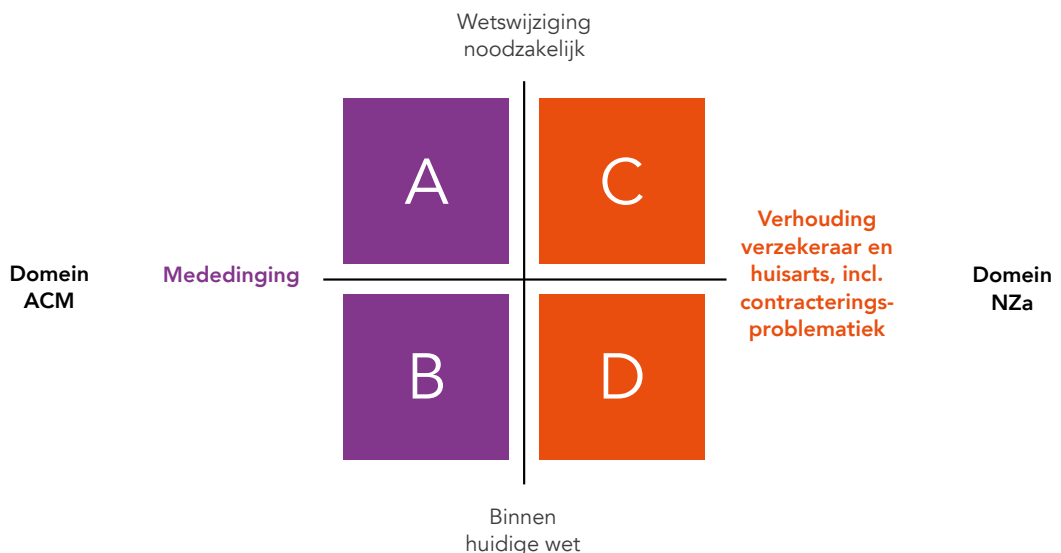
Het thema mededinging roept binnen de LHV als vereniging en onder haar achterban veel discussie op. De bron daarvan is vooral het verbod op collectief onderhandelen, naast andere beperkingen die de Mededingingswet oproept en een diepe angst voor sancties van de ACM.

Náást het vraagstuk rondom mededinging speelt de relatie tussen de huisartsen en de verzekeraars. Dagelijks ervaren huisartsen de macht van de verzekeraars aan den lijve. Verzekeraars kunnen de facto eenzijdig contracten opleggen ('tekenen bij het kruisje'). Onderhandelen is niet mogelijk en de praktijk wijst uit dat niet tekenen geen optie is.

Uitgaande van de knelpunten die we onderkennen, zijn er oplossingen denkbaar waarvoor de wet niet hoeft te worden aangepast. Voor andere oplossingen geldt dat die alleen kunnen worden gerealiseerd door de wet wél aan te passen.

Zetten we beide dimensies kruislings op elkaar, dan ontstaat het volgende kwadrant waarbinnen oplossingen kunnen worden geplaatst. Links bevindt zich de wereld van de ACM, rechts die van de NZa.

Op de volgende pagina's worden oplossingen aangereikt die deels in combinatie kunnen worden ingevoerd. Hun effectiviteit schatten wij verschillend in. Dit wordt per oplossing aangegeven op een schaal van 1 tot 5 (hoe hoger, hoe effectiever de oplossing).



Knelpunten mededingingswet: oplossingen die aanpassing van de wet vereisen

Reikwijdte mededingingswet beperken



1 Mededingingswet niet langer van toepassing op zorgaanbieders en zorgverzekeraars. Marktwerking regelen in Wet marktordening gezondheidszorg

Het is mogelijk om de zorgsector in zijn geheel buiten het toepassingsgebied van de Mededingingswet te brengen.¹ Gelijktijdig zou de zorgsector uit het normale marktsysteem worden gehaald. In plaats daarvan wordt het onder een (sector)specifieke regulering gebracht.

In de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) kunnen dan specifieke bepalingen worden opgenomen over wat zorgaanbieders en zorgverzekeraars wel en niet mogen op het vlak van bijvoorbeeld prijsafspraken, collectief onderhandelen, en dergelijke. Met die bepalingen kan in die wet een gedoseerde vorm van marktwerking in de zorg worden geregeld.

Zelfs kan in de Wmg als uitgangspunt het kartelverbod worden opgenomen van het huidige artikel 6 Mededingingswet. Vervolgens kunnen in de Wmg eveneens de uitzonderingen op het kartelverbod worden opgenomen, zodanig dat die zijn toegesneden op de zorgsector.²

In de Wmg of in een AmvB zou tevens kunnen worden bepaald in welke situaties van een ontheffing sprake is. Bepaalde categorieën overeenkomsten die in het belang zijn van de zorg kunnen, hoewel mededingingsbeperkend, worden aangemerkt als geoorloofd. Zodoende wordt zekerheid vooraf verschaft.

De handhaving van de betreffende bepalingen zou overigens, hoewel de Wmg aan de orde is, kunnen worden neergelegd bij de ACM.³

In Bijlage (2) worden nadere argumenten gegeven om de zorg onder de werkingsfeer van de Mededingingswet vandaan te halen.

¹ Wetstechnisch is een uitzondering voor de zorgsector te realiseren door in de Mededingingswet de bepaling op te nemen: "Deze wet is niet van toepassing op zorgaanbieders en zorgverzekeraars als bedoeld in de Wet marktordening gezondheidszorg".

² Het betreft dan onder andere de problematiek van collectief onderhandelen, het maken van afspraken ten behoeve van kwaliteitsverbetering, en wellicht ook een verankering van beroepsorganisaties zoals de LHV.

³ Waar het om gaat, is dat de ACM een heldere set van bepalingen meekrijgt die eenvoudig toepasbaar zijn.

B

Knelpunten mededingingswet: oplossingen binnen kaders van huidige wet

Verheldering



2 Uitleg/didactiek: transparant maken wat wel, en wat niet kan/mag binnen kaders wet

Huisartsen zijn terughoudend bij het oppakken van gezamenlijke initiatieven, zoals projecten en andere samenwerkingsverbanden, omdat zij vrezen de mededingingswet te overtreden.

Er kan worden betoogd dat die vrees in bepaalde gevallen niet nodig is. Immers, binnen de kaders van de wet mag er heel veel. Zolang er geen concurrentieparameters aan de orde zijn, zijn er geen belemmeringen voor overleg en onderlinge afspraken. Ook kan er tussen verzekeraars en huisartsen vrijelijk worden onderhandeld, zolang er geen concurrentieparameters aan de orde zijn.

Zelfs als die er wel zijn, kan artikel 6, lid 3 uitkomst bieden. Daarin wordt bepaald dat het vormen van een kartel in uitzonderingssituaties gebillijkt is. Namelijk als het belang van de consument daarbij is gediend. Wat in beginsel verboden is, wordt dan alsnog geoorloofd.

Waar het op neerkomt is dat zaken worden vergemakkelijkt met kennis van de wet en kennis van de interpretatie van de wet. Geboden en verboden worden helder. Zodoende is de kans op overtredingen flink kleiner. Daaruit volgt dat de huisartsen hun aanvankelijke vrees kunnen laten vallen en dat ze makkelijker samenwerken.

Uitleg kan dus helpen, maar is een moeilijke opgave. Het gaat hier niet om de vraag of er ergens wel of niet een auto geparkeerd mag worden. De tekst van de mededingingswet moge helder zijn, *iedere keer opnieuw* moeten de betrokken huisartsen de afweging maken of in hun specifieke, *vaak unieke situatie* artikel 6, lid 3 van toepassing is als zij willen samenwerken. Daarnaast zullen zij moeten bepalen wat in het onderhavige geval wel, en wat niet een concurrentieparameter is.

Voor personen die niet over mededingingsrechtelijke kennis beschikken blijkt dat in de praktijk ondoenlijk. Een denkbeeldige oplossing kan eruit bestaan dat de betrokken huisartsen advies inwinnen bij een gespecialiseerde advocaat. De kosten die daarmee gemoeid zijn, vormen echter een grote barrière.

Daar komt nog een complicerende factor bij. De omstandigheden evolueren over de tijd. Bij een samenwerkingsverband sluiten nieuwe huisartsen zich aan, juridische constructies worden aangepast, het productenpakket krijgt een ander karakter, enzovoort. Door dit soort veranderingen, kan iets wat vandaag onder de paraplu valt van artikel 6, lid 3, volgend jaar verboden zijn. Ofwel, een advies van een advocaat heeft in de praktijk een beperkte houdbaarheidsdatum.

Zonder twijfel helpt uitleg. Die is noodzakelijk. Maar de vraag is of van huisartsen verwacht kan worden dat zij zelf het benodigde juridische *Fingerspitzengefühl* kunnen ontwikkelen. De materie is te breed en te complex om volledig over te dragen naar leken⁴. Bovendien kent het juridische absorptievermogen van individuele zorgprofessionals zijn grenzen.⁵

⁴ Zie bijvoorbeeld de Richtsnoeren voor de Zorgsector (2010) waarin de ACM 133 pagina's tekst nodig heeft gehad om inzichtelijk te maken hoe een aantal artikelen uit de mededingingswet geïnterpreteerd dient te worden. De daarop aansluitende Richtsnoeren voor Zorggroepen uit hetzelfde jaar telt 38 pagina's.



● ○ ○ ○ ○ 3 'Informele zienswijze' ACM

De ACM kan gevraagd worden een zogenaamde informele zienswijze te geven over een bepaalde situatie. Daarmee wordt duidelijk hoe het kartelverbod in die situatie geïnterpreteerd moet worden. De informele zienswijze verschaft geen volledige en definitieve duidelijkheid. In een later stadium kan de ACM alsnog een onderzoek starten of alsnog een besluit nemen.

De informele zienswijze is niet een substituut voor een advies bij bijvoorbeeld een advocaat. Alleen al niet omdat er *cumulatief* aan een aantal voorwaarden moet zijn voldaan, wil de ACM die af willen geven. Zo stelt de ACM dat er sprake moet zijn van een nieuwe rechtsvraag waarop nog geen antwoord is gegeven, er dient sprake te zijn van een groot economisch en/of maatschappelijk belang, de zienswijze moet betrekking hebben op een gedraging of situatie die nog niet is uitgevoerd of heeft plaatsgevonden, een feitelijk onderzoek is voor de ACM niet nodig om tot de zienswijze te komen en de rechtsvraag is niet hypothetisch.⁶

Het verkrijgen van een informele zienswijze is dus wel mogelijk, maar betreft volgens de formele uitgangspunten van de ACM alleen nieuwe, zwaarwegende situaties (als tegemoetkoming heeft overigens de ACM toegezegd voor vraagstukken die de zorg betreffen haar eigen regels omtrent zienswijzen coulant te willen toepassen). Hij biedt weliswaar *guidance*, maar geen zekerheden. Bovendien is er niet sprake van een besluit dat door de rechter kan worden getoetst.

● ● ● ● ● 4 Samenwerkingsverbanden beschouwen als één onderneming

Diverse structurele samenwerkingsverbanden van huisartsen hebben te maken met de mededingingswet omdat de deelnemers daarbinnen volgens de huidige interpretatie van de wet een concurrentieverhouding hebben. Het kartelverbod is namelijk (alleen) van toepassing op afspraken *tussen* ondernemingen.⁷ Te denken valt aan een HOED-verband met daarbinnen meerdere praktijken/maatschappen, zorgcentra, hagro's en dergelijke.

Het is te bepleiten dat onder omstandigheden een samenwerkingsverband voor de Mededingingswet als één onderneming wordt beschouwd. Bijvoorbeeld als maatschappen hun praktijk vanuit hetzelfde pand uitoefenen en een bepaald percentage van hun praktijkkosten gezamenlijk dragen.

De minister van Economische Zaken zou daartoe een aanwijzing kunnen geven, dan wel een beleidsregel kunnen uitvaardigen. Daarin wordt dan vastgelegd wat het begrip 'onderneming' zo moet worden uitgelegd dat samenwerkingsverbanden die aan bepaalde criteria voldoen voor de mededingingswet als één onderneming worden beschouwd.⁸

Daarmee vallen deze samenwerkingsverbanden buiten het kartelverbod en behoeft er geen toetsing plaats te vinden aan artikel 6, lid 3 Mw.⁹ Zij kunnen dan als één partij onderhandelen met verzekeraars en anderszins hun samenwerking naar eigen inzicht inrichten.

⁵ Nodig is dat de **ACM** haar **drijfveren en afwegingen bij haar eigen toezicht** schriftelijk expliciteert. Zo heeft zij meermaals laten weten dat als verzekeraars en zorgverleners het eens zijn over concurrentiebeperkend handelen en derden daar niet over klagen, de ACM zich welwillend afzijdig zal houden (zie in dit verband een toespraak van de heer Don in mei 2013, bladzijde 6: <https://www.acm.nl/nl/publicaties/publicatie/11441/Speech-Henk-Don-12e-Markt-en-Mededingingsconferentie>). Dit klinkt als een versoepeling van de handhaving, maar biedt juridisch onvoldoende houvast voor zorgaanbieders. De ACM zal duidelijker moeten worden en haar opvattingen schriftelijk moeten bevestigen, opdat zorgaanbieders zich daar ook achteraf op kunnen beroepen.

⁶ Staatscourant 24 februari 2010.

⁷ In het geval dat er vier huisartsen in een gezondheidscentrum samenwerken die zijn verdeeld over twee maatschappen, dan is het kartelverbod aan de orde. Ook als deze huisartsen de kosten van huisvesting delen, praktijkondersteuners en assistenten gezamenlijk inhuren, enzovoort.

⁸ Het criterium zou bijvoorbeeld kunnen zijn: samenwerkingsverband van eerstelijnszorgaanbieders bieden hun diensten aan vanuit een voor gezamenlijke rekening komende huisvesting en dragen in een nader te bepalen maten hun voorzieningen en kosten.

⁹ Een dergelijke oplossing is wellicht ook voor andere samenwerkingsverbanden mogelijk, zoals coöperaties, als die aan bepaalde eisen voldoen.



●●●●● 5 Besluit vooraf van ACM over overeenkomsten die mededinging beperken ('ruling')

Anders dan in het verleden, kent de Mededingingswet niet (meer) de mogelijkheid om bij de ACM een besluit te vragen over de toelaatbaarheid van aangemelde overeenkomsten die de mededinging beperken¹⁰. Een dergelijk besluit kan zo nodig door de rechter worden getoetst.¹¹

De hier bedoelde 'ruling' kan in ere worden hersteld.¹²

Beperking verbod kartelvorming

●●●○○ 6 'Kleine bagatel' verhogen

Met de zgn. kleine bagatel wordt geregeld dat afspraken tussen ten hoogste acht ondernemingen niet onder het kartelverbod vallen indien hun gezamenlijke omzet niet hoger is dan EUR 1,1 miljoen.

Huisartsen kunnen hiermee niet uit de voeten. De grens wordt al met ongeveer drie praktijken overschreden. Bovendien is de geoorloofde krachtenbundeling zo klein, dat het geen gewicht in de schaal legt tegenover de zorgverzekeraar. De verzekeraar trouwens, zal de zeer kleine groep huisartsen niet als onderhandelingspartner accepteren.

De omzetgrens van de kleine bagatel zou kunnen worden verhoogd tot bijvoorbeeld EUR 5,6 miljoen, gelijk aan de omzet van bij elkaar 16 full time praktijken.¹³

●●●○○ 7 Extra bagatel: ander criterium dan marktaandeel

In de regeling van de zgn. grote bagatel wordt bepaald dat het kartelverbod niet aan de orde is indien concurrenten gezamenlijk een marktaandeel hebben van ten hoogste 10% op de markt waarop die afspraken betrekking hebben.

Ook deze bagatel biedt in zijn huidige vorm geen soelaas. Het is moeilijk, zo niet ondoenlijk om marktaandelen te bepalen en te berekenen. Een praktisch bezwaar is dat een verzekeraar onderhandelingscombinaties tegenover zich zou krijgen van ten minste tien partijen (omdat ieders marktaandeel maximaal 10% mag zijn).

Het meest voor de hand ligt om het criterium aan te passen. Afgestapt zou moeten worden van het marktaandeel met *omzet van de totale praktijken* als rekeneenheid. In plaats daarvan zou moeten worden gekeken naar het *patiëntaandeel van een verzekeraar binnen de betrokken praktijken*.

Indien bijvoorbeeld het aandeel van verzekeraar X bij het bij het onderhandelingscollectief aangesloten huisartsen hoger is dan 30%, dan zou collectief onderhandelen met verzekeraar X mogelijk moeten zijn.¹⁴

¹⁰ Dit sluit aan bij het systeem van 'onthefingen' van het kartelverbod dat tot 2004 heeft bestaan, maar in 2004 is afgeschaft.

¹¹ Dit is een belangrijk verschil met de informele zienswijze.

¹² Bij diverse gelegenheden is door de ACM gesteld dat zij daar niet aan kan beginnen omdat het apparaat van de toezichhouder daar niet op is ingesteld. Dat moge op dit moment zo zijn, maar het capaciteitsprobleem is oplosbaar als de politiek dat wil. Bij de Belastingdienst is het fenomeen *ruling* aan de orde van de dag. Wat in de sfeer van de belastingwetten kan, moet ook kunnen in de wereld van de Mededingingswet.

¹³ Een inflatiecorrectie sinds 1998 een additionele verhoging van de bagatelgrens rechtvaardigen.

¹⁴ In dit voorbeeld heeft de verzekeraar onderhandelingsmacht. Immers, de huisartsen zijn voor 30% van hun omzet afhankelijk van die verzekeraar. Het laten afketsen van het contract door de verzekeraar zou hun omzet sterk doen teruglopen. Omdat de verzekeraar onderhandelingsmacht heeft, is bundeling van krachten van de huisartsen billijk.



●●●●○ 8 Slechts deel omzet betrekken bij bepaling bagatelgrens

Usance is dat de gehele omzet van een onderneming wordt meegenomen bij de berekening van de bagatelgrens. Een alternatief is om uitsluitend dát deel van de omzet dat betrokken is bij een afspraak in de berekening mee te nemen.

Zo zou bijvoorbeeld een afspraak tussen samenwerkende huisartsen op het gebied van een M&I-pilot onder de bagatel blijven als de omzetten betreffende die M&I opgeteld onder de grens van EUR 1,1 miljoen blijven.

●●●●○ 9 Groepsvrijstelling

Wanneer een samenwerking voldoet aan de voorwaarden van een groepsvrijstelling, is zij toegestaan, ook als die de mededinging beperkt. Categorieën overeenkomsten kunnen daarin worden opgenomen.

Dit verschaft zorgverleners zekerheid vooraf, waardoor het grijze gebied wordt verkleind. Binnen de grenzen van de vrijstelling kunnen de betrokkenen vrijelijk samenwerken.

Nader dient te worden bepaald hoe de groepsvrijstellingen ingevuld worden.

●○○○○ 10 Diensten van Algemeen Economisch Belang (DAEB)

De wet bevat een uitzonderingsregel (artikel 11) voor ondernemingen met een opdracht in het algemeen belang. Die opdracht kan wettelijk zijn bepaald, of worden gegeven door een bestuursorgaan.

Een dergelijke onderneming mag geen last hebben van het kartelverbod, althans niet bij de uitvoering van die specifieke opdracht. Voor activiteiten die buiten de opdracht vallen, geldt het kartelverbod onverkort.

Om onder de werkingssfeer van deze regeling te vallen, is het noodzakelijk dat de minister een opdracht verstrekt. Bijvoorbeeld in de zin dat zij huisartsen opdraagt samen te werken en daartoe gezamenlijk te contracteren. Ook andere aspecten kunnen onderdeel uitmaken van de opdracht, zoals het invullen van de poortwachtersrol, coördineren van de eerste lijn, bevorderen van substitutie, enzovoort.

**C**

Knelpunten relatie huisarts - verzekeraar: oplossingen die aanpassing van de wet vereisen

●●●●● 11 Zorg sectorspecifiek regelen binnen Wmg

Zoals onder punt (1) besproken, kan de zorg onder de mededingingswet vandaan worden gehaald. In plaats daarvan kan de sector specifiek onder de Wmg worden gebracht.

Knelpunten huisarts-verzekeraar: oplossingen binnen kaders huidige wet

D

Processen

●●●○○ 12 Good contracting practices: verplichtend karakter & handhaving door NZa

In haar rapport van maart 2014 'Good Contracting Practices' beschrijft de NZa een aantal goede voorbeelden van het proces van contracteren van vrije beroepsbeoefenaren in de eerste lijn.

In het rapport worden bijvoorbeeld handreikingen gedaan over de wijze waarop de verzekeraar communiceert, hoe die bereikbaar is voor vragen en opmerkingen, hoe hij de zorgverleners betreft, enzovoort. Ook wordt het nut beschreven van laagdrempelige informatie, voorlichtingsbijeenkomsten, verheldering van wijzigingen in het contract, procesinformatie, en dergelijke.

De NZa benadrukt dat de *good contracting practices* niet verplichtend zijn. En dus niet door zorgverleners/huisartsen afdwingbaar.

De toezichthouder beperkt zich expliciet tot toezicht op de naleving van de zorgplicht door de verzekeraar. De *good contracting practices* worden niet gehandhaafd. De NZa geeft als argument dat het aan de civiele rechter is om het contracteerproces te toetsen aan redelijkheid en billijkheid.

Er is aanleiding om dit beleid te wijzigen:

- *Good contracting practices* dienen tot stand te komen op basis van consensus en door onderhandeling tussen de (koepels van) verzekeraars en zorgverleners,
- waarna zij op grond van artikel 45 Wmg bindend zijn, en
- worden gehandhaafd door de NZa (en/of afdwingbaar zijn bij de rechter).

Zo zou bijvoorbeeld kunnen worden bepaald in welke situaties een verzekeraar verplicht is een innovatieproject te beoordelen, wanneer een groep zorgverleners collectief gehoord dient te worden, wanneer er een plicht tot onderhandelen is, hoe lang de periode dient te zijn waarin de huisarts een contract kan beoordelen, enzovoort.

De huidige *good contracting practices* behoeven overigens sowieso een nadere precisering en uitwerking, zelfs als zij geen verplichtend karakter zouden krijgen.

●●○○○ 13 Geschillencommissie

Zodra de *good contracting practices* en verplichtend karakter, kan gekozen worden voor een onafhankelijke geschillencommissie. Denkbaar is dat zijn bevoegdheden hun beslag krijgen in een overeenkomst tussen Zorgverzekeraars Nederland en de beroepsverenigingen.

Die bevoegdheden dienen onder andere te gaan over de samenstelling van de commissie, afdwingbaarheid van besluiten, procedures, en dergelijke.



Verplichting tot onderhandelen

● ○ ○ ○ ○ 14 PACT-model ('mandjes')

In 2013 heeft de ACM in een informele zienswijze geoordeeld dat apothekers collectief mogen onderhandelen en contracteren met verzekeraars, indien zij onderling geen concurrenten zijn.¹⁵ Ze mogen niet in elkaars werkgebied opereren, behoudens de uitzondering dat de omzet van de overlappende leden binnen de bagatel valt of dat de overlap in de verzorgingsgebieden zeer klein is.

De ACM heeft in haar zienswijze benadrukt dat die ook relevant is voor andere zorgsectoren dan de apothekersbranche. Ook huisartsen mogen dus volgens deze spelregel collectief onderhandelen.

In de praktijk doet zich het knelpunt voor dat verzekeraars tot nu toe niet bereid zijn geweest om met 'mandjes' te praten. Wat juridisch geoorloofd is, komt dus alsnog niet van de grond. Reden is onder meer dat verzekeraars geen onderhandelingen willen voeren met huisartsen die tot het mandje behoren maar buiten het gebied zitten waar de verzekeraar dominant is.

De verzekeraar zou verplicht kunnen worden te onderhandelen met zorgverleners die zich conform het PACT-model bij hem melden. Daarbij dient overigens bedacht te worden dat het model een belangrijke beperking heeft, namelijk dat het geen soelaas biedt voor overeenkomsten over lokale en regionale samenwerking.

● ● ● ○ ○ 15 Onderhandelen met kleine groepen

Verzekeraars betogen dat het niet doenlijk is om met veel kleine contractspartijen (huisartsen, respectievelijk praktijken) te onderhandelen. Zodra de bagatel wordt aangepast zoals hierboven benoemd onder (5), (6) en (7), en/of er groepsvrijstellingen worden verleend, ontstaan er clusters waarmee door hun omvang wél onderhandeld kan en moet worden.

Voorspelbaarheid

● ● ● ○ ○ 16 Meerjarenafspraken

De jaarlijkse frequentie van contractering roept op zichzelf al onrust op. De 'markt' zou in rustiger vaarwater komen als de bulk van de afspraken tussen de verzekeraars en huisartsen zou worden vastgelegd in meerjarencontracten. Wat dan op jaarbasis resteert, is een in omvang klein jaarcontract dat overzichtelijk is.

De huidige contracten zouden dit model volgend, moeten worden uitgesplitst in een zo groot mogelijk A-deel voor meerdere jaren, en een B-deel dat een kalenderjaar betreft.

● ● ● ● ○ 17 Vermijden schokeffecten

Grote veranderingen in contracten veroorzaken grote onrust onder huisartsen. Reden is dat die veranderingen vaak leiden tot een gedeeltelijke herinrichting van bedrijfsprocessen. Er zal bijvoorbeeld personeel moeten worden aangenomen, rapportages moeten anders, samenwerking met andere partijen wordt op een andere leest geschoeid, enzovoort. Het is niet redelijk om van huisartsen jaarlijks grote manoeuvres en koerswijzigingen te verlangen.

¹⁵ Het ging in dit geval om de Coöperatieve vereniging Pact waarin een groep apothekers zich heeft verenigd.



Het is een belangrijke taak van niet alleen de verzekeraars, maar ook van toezichthouders en de overheid om hiermee rekening te houden. Te vaak worden plannen over de huisartsen uitgestort die zich vertalen in contracten met verzekeraars, zonder dat er voldoende wordt bekommerd om de uitvoering.

Doel op zichzelf dient te zijn schokeffecten tot het absolute minimum te beperken teneinde geen jaarlijkse onrust te creëren.

Inzicht & overzicht

●●●●○ 18 Uniformering opbouw contracten

De contracten van de verschillende verzekeraars zijn qua vorm divers. Het komt het proces van contractering ten goede als daarvan de structuur en inhoud zo veel mogelijk voor alle verzekeraars worden geüniformeerd aan de hand van een eenvoudig model. Zeker als er geen concurrentieparameters aan de orde zijn, is dat goed haalbaar.

De LHV zal komen met algemene leveringsvoorwaarden voor haar leden. Dit zal de uniformering van de contracten bevorderen.

●●○○○ 19 Landelijke inkoopmodellen (proces inkoop)

Zo goed als dat de contracten van verzekeraars meer op dezelfde leest geschoeid kunnen worden, geldt dat ook voor het inkoopproces. Voorspelbaarheid en gedragenheid daarvan zijn belangrijk. De eerder besproken *good contracting practices* (die o.i. een verplichtend karakter dienen te krijgen) kunnen daarbij van dienst zijn.

Toezicht

●●●○○ 20 Strenger toezicht op handelen en nalaten van verzekeraars

De wetgever heeft de NZa de opdracht gegeven toezicht te houden op onder andere de zorginkoopmarkt. Die markt dient zowel te worden 'gemaakt' als 'bewaakt', zoals beschreven in de Memorie van Toelichting. Naast andere, heeft zij ook de bevoegdheid om partijen met een aanmerkelijke marktmacht specifieke verplichtingen op te leggen teneinde de zorginkoopmarkt op gang te brengen in een deelmarkt met vrije tariefvorming. Ook benadrukt de Memorie van Toelichting dat de NZa verantwoordelijk is voor de bewaking van een gelijk speelveld.

De werkwijze van de NZa is wat deze opdrachten betreft op dit moment te beperkt wat verzekeraars betreft. Er wordt niet zichtbaar toezicht gehouden op het gedrag dat zij jegens zorgaanbieders tonen. De houding van de NZa is alhoewel het laatste jaar welwillend, vooral te typeren als die van toeschouwer en raadgever op afstand, meer dan van marktmeester die door interventies de markt 'maakt' en 'bewaakt'.

Toch is daartoe aanleiding omdat daarop kritiek mogelijk is. Het contracteringsproces hapert en van een gelijk speelveld tussen verzekeraars en individuele zorgaanbieders is geen sprake. Verwacht mag worden dat de NZa zich daarmee bemoeit en zo mogelijk ingrijpt.

Het ligt dus op de weg van de NZa om zich actiever op te stellen en zo nodig te interveniëren, daar waar het contracteringsproces niet naar behoren verloopt, bijvoorbeeld vanwege de aanmerkelijke marktmacht van verzekeraars.



2 Bijzondere kenmerken van de zorgmarkt: redenen voor maatwerk

1 Doelstellingen (van beleid) van de zorgsector: niet (zonder meer) verenigbaar met uitgangspunten Mededingingswet

Wij willen de kwalitatief hoogstaande zorg toegankelijk houden voor de gehele samenleving. Er is daarbij gekozen voor regulering en correcties van de werking van de markt. Die regulering en correcties staan op gespannen voet met de uitgangspunten van de Mededingingswet.¹⁶

2 De zorgmarkt wordt op een andere wijze benaderd dan andere markten

a. Wetgever heeft partij aangewezen die regierol vervult

De zorgmarkt is de enige markt waarin de wetgever een partij aanwijst als regisseur, namelijk de zorgverzekeraar.

In iedere andere markt is het uiteindelijk de vraagzijde die de regie voert. Door trial and error bepalen de aanbieders wat en hoe veel er wordt geproduceerd, in de verwachting dat er voldoende vraag zal zijn. In de zorgmarkt echter, bepalen verzekeraars als regisseurs wát er moet worden aangeboden en hoe dat moet worden aangeboden.¹⁷

Wanneer wordt vastgehouden aan de regierol van de verzekeraar, is het niet logisch om vast te houden aan toepassing van de Mededingingswet. Er kan dan beter worden gestuurd op die regierol via een sectorspecifieke regulering.

b. Voor de zorgmarkt wordt op macroniveau bepaald hoe hoog de kosten mogen zijn

In geen enkele andere sector bepaalt een minister wat op macroniveau de totale uitgaven mogen zijn.

Het is te billijken dat er regulerend wordt opgetreden vanuit de doelstelling om de kosten van de zorg te beheersen. Maar die regulering is eens te meer een reden om de zorg niet onder het normale marktregime te plaatsen zoals dat voor andere sectoren geldt.

c. De zorgsector kent tariefregulering

Er zijn ook andere sectoren waarvoor dit geldt. Maar in combinatie met andere factoren, pleit ook deze bijzonderheid voor een sectorspecifiek regime.

d. De zorgverzekeraars zijn sterk bepalend bij de concentratietoets. In geen andere markt heeft de vrager zo veel invloed op de uitkomst van de concentratietoets.

De beoordelingssystematiek bij fusies wijkt steeds meer af van die van andere sectoren. Zo heeft de ACM uitgesproken dat in de beoordeling doorslaggevend is wat de zorgverzekeraars van een fusie vinden.

e. Hybride vraagzijde van de markt: patiënt én zorgverzekeraar

Een eigenaardigheid van de zorgmarkt is, is dat degene die de vraag naar een dienst uitoefent (=patiënt) de prijs niet direct betaald, maar indirect via de verzekeraar. Zodoende wordt de vraagzijde door beide partijen gevormd. Er is geen andere sector waarin de vraagzijde zo is gevormd.



3 Zorg onderbrengen bij Wmg voorkomt precedentwerking binnen werkingsgebied Mededingingswet

Precedenten in de toepassing en uitleg van de Mededingingswet kunnen het beste worden voorkomen door de eerstelijnszorg buiten die wet om te reguleren.

Zou bijvoorbeeld een bijzondere regeling gewenst zijn om de onderhandelingspositie van de eerste lijn te versterken, dan kan dat geregeld worden in de Mededingingswet. Maar al snel zou dat juridisch een precedent kunnen uitlokken voor andere sectoren waar evenzeer aanbieders gebukt gaan onder inkoopmacht van de vragers. Dergelijke juridische precedentes kunnen worden vermeden door de zorg onder een ander regime te brengen.

- 16 Marktwerking in de zorg is ooit ingevoerd vanuit de gedachte dat deze tot lagere kosten (althans, een betere prijs-kwaliteitsverhouding) van de zorg zouden leiden. Dat uitgangspunt is fundamenteel onjuist. Marktwerking leidt weliswaar in het algemeen tot lagere kosten, maar dat is geen wet van Meden en Perzen. Juist in een markt waarin het aanbod schaars is ten opzichte van de vraag, is prijsstijging te verwachten. In de zorg is de vraag naar zorg moeilijk te beteugelen als die volledig aan de markt zou worden overgelaten. In Nederland willen we dat niet accepteren, uit vrees dat de zorg ontoegankelijk wordt voor grote groepen van de samenleving. De prijsstijgingen die zouden optreden, zouden immers tot vraaguitval leiden bij degenen die niet over de financiële middelen beschikken. Tegelijkertijd zou het aanbod worden beperkt.
- 17 De directere sturing vanuit de vraagzijde in de zorgmarkt (=verzekeraars), wordt wel als argument aangevoerd dat de verzekeren via de zorgpremie mislukte investeringen van producenten (=zorgaanbieders) moeten betalen. Echter, in andere sectoren is dat volkomen gebruikelijk, dan wel zal de aanbieder die een verkeerde investeringsbeslissing heeft genomen elders moeten bezuinigen om toch concurrerend te blijven.



3 Redenen waarom huisarts-geneeskunde inherent wringt met concurrentie tussen huisartsen

1 Onnodig wisselen van huisarts schadelijk voor de zorg

Het model van marktwerking gaat ervan uit dat consumenten mobiel zijn. Zij kiezen voor iedere aankoop opnieuw voor de beste aanbieder.

Huisartsgeneeskundig is het wisselen van aanbieder (wisselen van huisarts) vanuit het oogpunt van kwaliteit niet gewenst. Althans, wisselen dient alleen plaats te vinden als daar een dringende reden voor is.

Kenmerkend voor huisartsgeneeskunde is dat het levensloopgeneeskunde betreft waarbij de patiënt als een geheel, integraal wordt behandeld. Hoe langer de relatie tussen een patiënt en een huisarts is, hoe beter. Op het moment dat een patiënt ziek(er) wordt, is het geneeskundig goed als de huisarts met hem/haar een vaste relatie heeft. Daardoor is de ziektegeschiedenis bekend, net als de sociale en maatschappelijke context van de patiënt. Dat maakt de holistische blik op de patiënt mogelijk.

Het uitgangspunt van levensloopgeneeskunde is in de regelgeving verankerd in de vorm van de inschrijving op naam. Iedere Nederlander heeft een vaste huisarts waarmee hij door de jaren heen een relatie onderhoudt.

De premisse vanuit het marktdenken dat patiënten mobiel zouden moeten zijn, schuurt daarom met kernwaarden van de huisartsgeneeskunde.

2 Huisartsenzorg is samenwerkingszorg

Mogelijk is er in de zorg geen andere beroepsgroep waarvan de leden onderling zo intensief samenwerken als die van de huisartsen. Dat komt mede voort uit de talrijke overdrachtsmomenten (van patiënten, bijvoorbeeld in de ANW-uren en tijdens vakanties), het afstemmen van behandelbeleid, het verbeteren van het vak, het optrekken in projecten, het entameren van gemeenschappelijke innovaties, enzovoort. Dit alles met het patiëntenbelang in het vizier.

Deze cultuur van samenwerking is niet gestoeld op winstmaximalisatie, marktaandeel of wat dies meer zij, maar op overwegingen rondom inhoudelijke zorg en de kwaliteit daarvan. Dat maakt dat het gevoel van onderlinge concurrentie de huisarts in de regel vreemd is.

3 Kwaliteitsverbetering door samenwerking, niet door concurrentie

In de wereld van de industrie is concurrentie belangrijk om producenten te stimuleren tot kwaliteitsverbetering. De verkopende partij weet zich op de markt permanent bedreigd door de concurrentie en zal koste wat kost niet achterop willen raken. Zonder concurrentie zouden kwaliteitsverbeteringen en innovaties niet of veel minder aan de orde van de dag zijn.

Kwaliteitsverbetering in de huisartsgeneeskunde is echter niet terug te voeren op de tucht van de markt. Een huisarts gaat een depressie niet beter behandelen of een buikpijn beter diagnosticeren omdat hij de hete adem van een concurrent in de nek voelt. Integendeel.

In de huisartsenzorg wordt kwaliteitsverbetering niet uitgelokt door concurrentie, maar door samenwerking met collega's. Gemeenschappelijk worden bij- en nascholingen gevolgd, projecten in de wijk gestart, er is intervisie en farmacotherapeutisch overleg, enzovoort. Het zijn juist die vormen van hechte samenwerking die tot meer samenhangende, kwalitatief betere en doelmatiger zorg leidt ten gunste van de patiënt.



Sterker nog, zouden huisartsen elkaar als concurrent zien waarmee wordt gewedijverd om de gunst van de patiënt, dan zou de kwaliteit daar juist onder gaan lijden. Argwaan, naïjver, de wil om de concurrent de loef af te steken en het voor zichzelf houden van kennis, verhouden zich niet met de genoemde samenwerking die voorwaarde is voor kwaliteitsverbetering van de groep als totaal.

Nog een stap doorgeredeneerd, kan worden gesteld dat concurrentie op basis van verschil in kwaliteit van zorg slecht is voor de patiënt omdat kennis en kunde daardoor onvoldoende worden gespreid.

4 'Achterlopers in de markt' worden door collega's meegetrokken, niet weggedrukt

In reguliere markten is een aanbieder blij als hij ziet dat een concurrent het tempo van de ontwikkelingen niet kan bijbenen. Hoe groter de voorsprong op de concurrent, hoe beter de marktpositie en dus de winst. In de huisartsenzorg doet dit verschijnsel zich niet voor. Geen enkele huisarts zal het toejuichen als een collega gaat achterlopen. Voorlopers trekken achterblijvers juist belangeloos mee om hen beter te laten presteren. Zwaktes van een collega worden niet verwelkomd, maar zo mogelijk ongedaan gemaakt. Iets wat niet gebeurt in reguliere markten.

Belangrijke redenen daarvoor zijn dat huisartsen elkaars patiënten behandelen op momenten van afwezigheid en dat zij opereren in teams op bijvoorbeeld wijkniveau of rondom chronische zorg (als leden van dezelfde zorggroep). Ook essentieel is dat zij zich verantwoordelijk voelen voor zorg aan patiënten door de beroepsgroep als geheel, óók als die patiënten niet bij henzelf zijn ingeschreven.¹⁸

Het is huisartsen er daarom alles aan gelegen dat hun collega's ('concurrenten') optimaal presteren en juist geen achterstand oplopen. Doel is de Gausse-kromme zo smal mogelijk te laten zijn en daarmee de spreiding binnen de groep. Dat verklaart dat alle vormen van kennis en innovatie onderling rijkelijk worden gedeeld om het niveau van de groep zo hoog mogelijk op te stuwen.

Dat is dus een geheel ander mechanisme dan dat we aantreffen in de wereld van de industrie of dienstverlening waar partijen die de ontwikkelingen missen door hun concurrenten uit de markt worden gestoten.

5 Onderlinge collegiale verhouding niet te rijmen met concurrentie

Huisartsen zitten vaak fysiek, maar zeker mentaal in de goede betekenis van het woord boven op elkaars lip, onder meer in Hagro- en HOED-verband. Die collegiale context waarbij samenwerking centraal staat, verhoudt zich niet met een attitude die is gericht op elkaar beconcurreren.

Het is niet mogelijk om op maandag als huisartsen gezamenlijk op te trekken in een project, om de dag daarna elkaar de loef af te steken met het oog op winst- en omzetmaximalisatie. Dat zou een combinatie van belevingswerelden, motieven en gedragingen vergen die niet van verlangd mag worden. Het systeem van marktwerking verwacht iets van de huisarts wat hem van nature vreemd is, wat hij niet wil en - vooral - wat onwerkbaar is. Gespannen verhoudingen die hun oorsprong hebben in conflicterende doelstellingen (winst, marktaandeel, en dergelijke) zouden de samenwerking ondermijnen.¹⁹

¹⁸ De idee dat er collega's zijn die hun patiënten suboptimaal zouden behandelen, wordt alom als niet aanvaardbaar gevoeld.

¹⁹ Dit ligt een slag anders dan bij andere beroepsgroepen waarbij **vanwege het ontbreken van integraliteit van zorg** de leden vanuit een solistische rol opereren. Dat verklaart dat menige fysiotherapeut, apotheker of podotherapeut zichzelf meer als een uitgesproken concurrent van zijn collega kan voelen dan dat daardoor de cohesie binnen die beroepsgroepen beperkter is dan onder huisartsen.



Landelijke Huisartsen Vereniging

Domus Medica
Mercatorlaan 1200
Postbus 20056
3502 LB Utrecht

T 030 28 23 723
I www.lhv.nl