Reactie ACM op casuïstiek actiecomité en LHV

A. Casuïstiek actiecomité

Casus A.1. Gezamenlijk verbeteren ouderenzorg Huisartsenkring Amsterdam, waar meer dan 90 % van de Amsterdamse huisartsen lid van is, wordt door deze leden het mandaat gegeven om een programma gericht op verbetering van de zorg voor kwetsbare ouderen in de stad uit te onderhandelen met de preferente zorgverzekeraar. Het programma behelst het in kaart brengen van de kwetsbare ouderen in Amsterdamse praktijken, in samenwerking met oa wijkverpleging en maatschappelijk werk de optimale zorg voor deze groep regelen en vervolgen. Een belangrijke taak is hierbij weggelegd voor de praktijkondersteuner in de huisartsenpraktijk. Cliëntenbelang Amsterdam, die namens de oudere patiënt mee beoordeelt of het programma zinvol is spreekt zijn waardering uit over de opzet. De Gemeente Amsterdam is blij dat de Huisartsenkring dit initiatief neemt en dat deze kring gaat proberen in de gehele stad dit programma uit te rollen. Ook de zorgverzekeraar ziet veel voordelen.
De onderhandelaars van de huisartsenkring bespreken met de zorgverzekeraar de inhoud van het programma en gezamenlijk beoordelen zij wat een behoorlijke kostprijs is. Eén van de onderhandelaren van de huisartsenkring Amsterdam benadert ook zijn collega, die in Twente een soortgelijk programma heeft opgezet en informeert bij deze collega naar de kostprijs en opbouw hiervan.
Aanvankelijk komt er tussen de zorgverzekeraar en de onderhandelaar van de Huisartsenkring Amsterdam geen overeenstemming over de vergoeding per huisartsenpraktijk bij deelname aan het programma. Het lijkt er op dat het programma niet door zal gaan vanwege dit geschil betreffende de vergoeding. Gelukkig doen uiteindelijk zowel de zorgverzekeraar als de onderhandelaar van de Huisartsenkring water bij de wijn en kan een contract getekend worden. De Huisartsenkring geeft een positief advies aan haar achterban en met enorm veel frisse energie storten de deelnemende partijen zich op dit vernieuwende project.

Reactie ACM: Volgens ACM is het goed mogelijk en ook wenselijk als huisartsen gezamenlijk tot nieuwe initiatieven komen die in het belang zijn van de patiënt. Het is ook binnen de kaders van de Mededingingswet toegestaan dat huisartsen onderling en in overleg met een zorgverzekeraar tot nieuwe zorgprogramma's komen. Het zal ook zorgverzekeraars helpen als huisartsen hierbij (gezamenlijk) schetsen welke opbrengsten (in termen van kwaliteit en doelmatigheid) en welke kosten (in termen van randvoorwaarden en investeringen) daarbij horen. Hier kan dus gezamenlijk over gesproken worden en dit kunnen huisartsen gezamenlijk in de vorm van een plan van aanpak of 'businesscase' aan een zorgverzekeraar presenteren. In dit licht kunnen huisartsen bijvoorbeeld ook kostprijsinformatie verzamelen en aan de zorgverzekeraar overbrengen. Het staat de huisartsen in dit voorbeeld dus ook vrij om informatie in te winnen bij een collega die een soortgelijk programma in Twente heeft opgezet.

De Mededingingswet trekt een grens waar huisartsen gezamenlijk ook ondernemersbelangen verdedigen. Dit is bijvoorbeeld het geval als zij gezamenlijk een gewenste prijs aan het zorgprogramma koppelen en aan de zorgverzekeraar voorleggen en hierbij een tekenadvies aan collega huisartsen verbinden. Huisartsen zullen individueel moeten afwegen of ze het uiteindelijke aanbod van de zorgverzekeraar willen accepteren.

De LHV of een andere brancheverenigingkan individuele huisartsen ter ondersteuning voorzien van objectieve informatie over aspecten die van belang zijn om af te wegen of een uiteindelijk aanbod van een zorgverzekeraar acceptabel is. U kunt hierbij denken aan landelijke prijs- en loonontwikkelingen, geldende wet- en regelgeving, wetenschappelijke inzichten over een goede uitvoering van een voorstel van een zorgverzekeraar, e.d.

Casus A.2. Afstemming tussen zorggroepen Ten gevolge van het concurrentiedenken zijn er in Amsterdam meer dan tien juridische entiteiten ontstaan die met de zorgverzekeraar ketenzorgcontracten rondom chronische ziekten als diabetes mellitus, COPD hebben afgesloten. Elke groep doet dit in afzonderlijke onderhandelingen met de zorgverzekeraar waarbij zowel over inhoud als passende vergoeding gesproken wordt.
Door alle betrokken (huis)artsen in Amsterdam wordt benadrukt dat in de gehele stad patiënten inhoudelijk dezelfde zorg zouden moeten krijgen. Ook de transmurale afspraken tussen specialisten in verschillende Amsterdamse ziekenhuizen en de huisartsen zouden in de gehele stad gelijk moeten zijn om te garanderen dat patiënten in principe dezelfde zorgafspraken kunnen verwachten. Ook cliëntenbelang als vertegenwoordiger van chronisch zieken staat geheel achter dit idee.
De verschillende zorggroepen en gezondheidscentra, verenigd in de Stedelijke Werkgroep Ketenzorg (SWK) stellen voor dat namens alle groepen drie vertegenwoordigers van de SWK gemandateerd worden om de inhoudelijke en financiële onderhandelingen te verrichten. Dit scheelt zowel de huisartsen als de zorgverzekeraar enorm veel vergadertijd aangezien er nu niet met meer dan 10 verschillende vertegenwoordigers hoeft te worden onderhandeld, daarnaast de grootste garantie dat de samenwerking tussen huisartsen en specialisten ten behoeve van goede zorg voor patiënten het best gegarandeerd wordt.

Reactie ACM: Zorgaanbieders worden geacht op medisch inhoudelijke gronden - en waar mogelijk 'evidence based' - zorgstandaarden te ontwikkelen die de optimale zorg voor de patiënt beschrijven. Op een dergelijke medisch inhoudelijke en objectieve norm of standaard is volgens ACM geen onderscheid tussen zorgaanbieders mogelijk. Dit betreft dan ook geen 'concurrentieel' onderwerp en zorggroepen mogen de ontwikkeling van medisch inhoudelijke zorgstandaarden binnen de kaders van de Mededingingswet gezamenlijk oppakken.

Zorggroepen kunnen zich wel onderscheiden in de kwaliteit waarmee zij uitvoering geven aan een standaard, de manier waarop dat gebeurt (bijvoorbeeld serviceaspecten) en tegen welke voorwaarden (bijvoorbeeld prijzen). Het is niet in het belang van de patiënt als zorggroepen gezamenlijk prijsonderhandelingen voeren of anderszins wenselijk (en mogelijk) onderscheid (zoals openingstijden, elektronische consultmogelijkheden, e.d.) wegnemen. Iedere aanbieder van een zorgstandaard kan zelfstandig afwegen welke serviceaspecten hij aan zijn patiënten aanbiedt en welke tarieven hij aan een zorgverzekeraar aanbiedt. Gezamenlijk onderhandelen over bijvoorbeeld serviceaspecten en prijzen is daarom niet toegestaan.

Casus A.3. Overleg over contract zorgverzekeraar Een zorgverzekeraar spreekt af dat alle afspraken over het basiscontract landelijk worden vormgegeven. We hebben het hier over elementen zoals de M&I verrichtingen, POH-S en POH-GGZ, maar ook over de prestaties en de manier van vergoeden in S3 waarbij het bijvoorbeeld gaat over service en bereikbaarheid en doelmatig voorschrijven. De zorgverzekeraar spreekt hierover met gemandateerde vertegenwoordigers van huisartsenkringen uit gebieden waar die zorgverzekeraar de preferente zorgverzekeraar is.
De gesprekken gaan over de inhoud van beleid, kostprijzen van gestelde prestaties en de onnodige administratieve lasten die door verzekeraars veroorzaakt worden.
Aan het eind van de gesprekken (onderhandelingen) geven de huisartsenkringen aan hun achterban een advies of deze, in de ogen van de huisartsenkring, wel of niet het contract moet tekenen.

Reactie ACM: Huisartsen kunnen volgens ACM gezamenlijk of met een afvaardiging ter voorbereiding op een nieuwe overeenkomst met een zorgverzekeraar overleggen over verschillende onderwerpen zoals landelijke en lokale ontwikkelingen, de visie op de huisartsenzorg, nieuwe zorgprogramma's en belangrijke randvoorwaarden bij uitvoering van

die visie en programma's. Denk bij deze randvoorwaarden bijvoorbeeld aan kosten van investeringen en wenselijke taakverdelingen. Ook voor de zorgverzekeraar is het van belang dat hij zich in overleg met huisartsen goed laat informeren over ontwikkelingen en over mogelijke consequenties van bepaalde zorginkoopbeslissingen.

Uiteindelijk zal deze informatie zich moeten vertalen in afspraken tussen een zorgverzekeraar en een individuele huisarts. Hier houdt het gezamenlijk overleg op. Zorgverzekeraar en huisartsen zullen dan zelfstandig moeten afwegen of zij bereid zijn om met elkaar tot een overeenkomst te komen. Een advies om een contract wel of niet te tekenen is binnen de kaders van de Mededingingswet niet toegestaan.

Zoals ook in casus A.1. beschreven kan de LHV of een andere branchevereniging individuele huisartsen voorzien van objectieve informatie over aspecten die van belang zijn om af te wegen of een uiteindelijk aanbod van een zorgverzekeraar acceptabel is.

Casus A.4. Gezamenlijk verbeteren antibioticabeleid Voor de 114 huisartsenpraktijken in de regio Haarlem wordt vanuit de Huisartsencoöperatie een project CRP meting in de huisartsenpraktijk gestart. Met als doel het aantal onterechte behandelingen met antibiotica te verminderen. De toenemende resistentie tegen antibiotica is een wereldwijd probleem voor de volksgezondheid. Dit probleem leidt tot grote gezondheidsrisico's voor de patiënt en is een grote kostenpost in de zorg. Uit gevalideerd wetenschappelijk onderzoek is bekend dat de beschikbaarheid van een CRP meter binnen de huisartsenpraktijk leidt tot minder recepten voor antibiotica. Centraal wordt met de verzekeraar gesproken over de inhoud/voorwaarden/ investeringen/kosten en tariefstelling van dit project. Tevens landelijke uitrol naar de verre verzekeraars. Huisartsen die participeren kunnen een kleine bonus verkrijgen indien in de regio aantoonbaar een vermindering van antibioticagebruik optreedt, vergeleken met het landelijk gemiddelde gebruik conform opgave NHG.

Reactie ACM: Deze casus is vergelijkbaar met casus A.1. Ook in dit geval is het van belang en binnen de kaders van de Mededingingswet toegestaan dat huisartsen gezamenlijk in overleg treden met een zorgverzekeraar om de kwaliteit van zorg op een hoger plan te brengen. Het is volgens ACM ook toegestaan om met elkaar antwoord te vinden op de vraag binnen welke randvoorwaarden en tegen welke kosten huisartsen onterechte behandelingen met antibiotica kunnen verminderen.

De zorgverzekeraar kan deze informatie en het belang van het project afwegen en vertalen in een overeenkomst met een passend tarief. Huisartsen zullen vervolgens individueel moeten besluiten om op het voorstel van de zorgverzekeraar in te gaan. Het is in deze 'onderhandelingsfase' volgens ACM niet toegestaan om gezamenlijk op te trekken, collectief te weigeren om op een aanbod in te gaan of tekenadviezen te geven.

Zoals ook uit de reactie van ACM op casus A.1. blijkt kan de LHV of een andere branchevereniging individuele huisartsen voorzien van objectieve informatie over aspecten die van belang zijn om af te wegen of een uiteindelijk aanbod van een zorgverzekeraar acceptabel is.

B. Casuïstiek LHV

Casus B.1. Gezamenlijk onderhandelen project ouderenzorg Twaalf Amsterdamse huisartsen werken gezamenlijk aan een ouderenzorgproject in hun wijk. Drie van hen 'trekken' het project en bereiden het in detail voor met de andere collega's en de (enthousiaste) zorgverzekeraar. Zij willen graag met de verzekeraar om tafel over de financiering. De Mededingingswet verbiedt dit echter: de twaalf huisartsen moeten individueel

met de zorgverzekeraar onderhandelen over een tarief. Er staan hoge boetes op het delen van concurrentiebeperkende gegevens; in alle inhoudelijke voorbereiding mag er kortom tussen de huisartsen onderling met geen woord over vergoedingen van de verzekeraar worden gesproken. Deze mededingingsrechtelijke eisen maken de deelnemende huisartsen onzeker en frustreren het proces, ook voor de zorgverzekeraar. Het project dreigt hiermee te stranden.

Reactie ACM: Deze casus is vergelijkbaar met casus A.1., A.3. en A.4.. Ook in dit geval is het volgens ACM binnen de kaders van de Mededingingswet toegestaan dat huisartsen de zorgverzekeraar voeden met ideeën over benodigde capaciteit, deskundigheden, kostprijzen, specialisatie, taakverdeling e.d.

Het is uiteindelijk aan de zorgverzekeraar om de plannen van de huisartsen te wegen en daar een passend tarief aan te verbinden. Huisartsen moeten individueel afwegen of het tarief ook passend is bij de eigen bedrijfsvoering.

Zoals ook in casus A.1. beschreven kan de LHV of een andere brancheverenigingindividuele huisartsen voorzien van objectieve informatie over aspecten die van belang zijn om af te wegen of een uiteindelijk aanbod van een zorgverzekeraar acceptabel is.

Mochten te weinig huisartsen bereid zijn om in te gaan op het verzoek en het tarief van de zorgverzekeraar dan zal de zorgverzekeraar opnieuw moeten afwegen wat de voorgestelde dienst waard is.

Casus B.2. Specialisatieafspraken maken Een dorpsgemeenschap van 11.000 inwoners in de omgeving van Utrecht ontvangt huisartsenzorg van twee praktijken. Beide hebben hun eigen specialisatie, respectievelijk oogheelkunde en kleine ingrepen. De praktijken willen graag afspraken maken over inhoudelijke samenwerking en onderling verwijzen met het oog op ieders expertise. Ook hier werpt de Mededingingswet een drempel op. Maken de praktijken nu afspraken over ‘marktverdeling’? Is dit mededingingsrechtelijk strafbaar? Wat betekent het gezamenlijk marktaandeel van vrijwel 100% in dit dorp?

Reactie ACM: De Mededingingswet biedt ruimte voor huisartsen om in het belang van de patiënt tot een specialisatie van kennis en expertise te komen. ACM acht hierbij van belang dat zorgverzekeraars en patiënten de wenselijkheid van dergelijke specialisatie kunnen ondersteunen. Ook is het voor ACM van belang dat de voordelen van de specialisatie voor een billijk deel terecht komen bij de patiënt (kwaliteit) en via de zorgverzekeraar doorgegeven wordt aan de verzekerde (doelmatigheid). De specialisatie zou volgens ACM moeten plaatsvinden omdat dit tot betere of doelmatigere zorg leidt en niet omdat dit zekere inkomsten van een praktijk veilig stelt. ACM raadt huisartsen dan ook aan om de zorgverzekeraar en waar mogelijk een patiëntenvertegenwoordiging bij specialisatieplannen te betrekken.

Uiteraard kan een huisarts altijd individueel beslissen om een dienst wel of niet aan te bieden of om zich op een bepaalde verrichting wel of niet te specialiseren. Een huisarts die zelfstandig heeft besloten bepaalde behandelingen niet aan te bieden kan patiënten doorverwijzen naar een huisarts die dat wel doet.

Casus B.3. Uitwisseling van concurrentiegevoelige informatie Een huisarts wordt gevraagd voor een bestuursfunctie in de lokale zorggroep die diabetes-ketenzorg levert. In haar rol van bestuurslid zal zij onderhandelen met de zorgverzekeraar namens de zorggroep. Als huisarts in haar groepspraktijk zal zij echter als er besprekingen met de verzekeraar lopen haar lippen stijf op elkaar moeten houden als er in de koffiekamer door collega’s gevraagd

wordt naar ketenzorg(tarieven). (Ook de collega's onderling mogen niet uitwisselen welk tarief dat de zorggroep hun vervolgens gaat bieden wel of niet acceptabel is). Dit terwijl zij wel door haar collega's op de onderhandeling en het resultaat ervan aangesproken zal worden. Daarnaast vraagt ze zich af of de dubbele pet die ze nu opheeft 'kan'. Ze is immers onderaannemer van de zorggroep waar ze bestuurslid van is. Al met al zorgen de regels voor twijfel over de bestuurstaak. Ze besluit af te zien van de bestuursfunctie waardoor deze inhoudelijk ijzersterke collega de facto verloren gaat als drijvende kracht van kwaliteitsverbetering in de regio.

Reactie ACM: Voor zover deze casus een mededingingsprobleem betreft en niet een meer algemeen governanceprobleem, dient de huisarts/bestuurder van een zorggroep in gesprek met huisartsen die als onderaannemer van die zorggroep werken inderdaad zorgvuldig om te gaan met informatie die zij uit haar rol als bestuurder van de zorggroep heeft ontvangen. Als bestuurder onderhandel je met een zorgverzekeraar over een tarief voor een keten-DBC. Als huisarts/onderaannemer onderhandel je met de zorggroep over een tarief voor de dienst die je als huisartsen aan de zorggroep levert.

Een zorggroep moet onafhankelijk van onderaannemers tot een tarief met de zorgverzekeraar komen. Bij afstemming met (en daarmee tussen) de onderaannemers zou een zorggroep een collectieve verkooporganisatie van huisartsenzorg worden. Dit kan leiden tot een hoger tarief voor de zorgverzekeraar en daarmee tot een hogere premie voor de verzekerden.

Casus B.4. Exclusief doorverwijzen Huisartsen en wijkverpleegkundigen (veelal in dienst bij een thuiszorginstelling) werken intensief samen. Het is belangrijk dat ze goed informatie uitwisselen, gezamenlijk beleid ten aanzien van specifieke patiënten bepalen, enzovoort.
Een huisarts in Rotterdam ziet dat 18 thuiszorginstellingen in zijn werkgebied actief zijn en anderen azen op het verwerven van een plek. Die 18 instellingen hebben vele tientallen wijkverpleegkundigen 'op de weg'. Het is door dat aantal ondoenlijk voor de huisarts een bestendige werkrelatie met hen op te bouwen. Daar komt bij dat de contracten voor thuiszorginstellingen regelmatig wisselen, waardoor er weinig continuïteit is.
Om goed en effectief te kunnen werken, is het wenselijk dat er minder instellingen in de wijk actief zijn met minder contactpersonen. De huisarts wil hierover afspraken maken, onder het motto 'Ik werk alleen met thuiszorginstellingen X, Y en Z samen'. In spiegelbeeld wil hij dat de thuiszorginstellingen de gemeente onderling geografisch verdelen om hem het werk mogelijk te maken. De wet verbiedt die vorm van efficiëntie en die vorm van betere zorg.

Reactie ACM: Vooropgesteld, de Mededingingswet vormt volgens ACM geen belemmering voor een gezamenlijke bespreking over afstemming van zorg in een keten, het vaststellen van medisch inhoudelijke standaarden of de specifieke zorg voor een patiënt.

Volgens ACM is het niet toegestaan dat een afspraak tussen huisartsen er toe leidt dat patiënten geen keuzemogelijkheden meer hebben wanneer zij een thuiszorgorganisatie moeten inschakelen. ACM ziet ook dat er een coördinatieprobleem kan ontstaan als er veel organisaties actief zijn rondom de zorg voor een patiënt. De wetgever heeft dit coördinatieprobleem bij de inkopende partijen gelegd. Het is aan zorgverzekeraars, zorgkantoren en gemeenten om de zorg afgestemd op elkaar in te kopen. Hierbij is het goed voorstelbaar dat deze inkopers zich, zoals in reactie op andere casuïstiek is beschreven, ook goed laten informeren door betrokken huisartsen en andere zorgaanbieders onder andere ten aanzien van wenselijke regionale scenario's.

Casus B.5. Gezamenlijk onderhandelen over een contract Een aantal huisartsen in de gemeente T. heeft ongeveer tien jaar geleden besloten een groot gezondheidscentrum op te

richten. Van oorsprong is er sprake van eenmans- en tweemanspraktijken. Zo zijn er twee huisarts-echtparen die zich bij de nieuwe combinatie hebben aangesloten. Besloten is dat er intensief samengewerkt gaat worden onder één dak, maar dat er juridisch vier aparte maatschappen zullen blijven. Bijvoorbeeld de genoemde echtparen blijven zodoende hun eigen onderneming houden omdat zij wel met elkaar het financiële lief en leed willen delen, maar niet met de negen andere collega's. De optelsom van aparte maatschappen achter de coulissen is voor de patiënt overigens niet merkbaar. Die heeft er geen weet van en staat bij één van de huisartsen in het centrum ingeschreven.
Het collectief van het gezondheidscentrum maakt plannen voor de toekomst. Op zorggebied en organisatorisch. Om stappen te kunnen maken, zullen ze de financiering nodig hebben van de verzekeraar. Echter, hoewel ze in de dagelijkse praktijk één geheel zijn en als een professionele familie samenwerken, is het opgeknipt zijn in aparte maatschappen een probleem. Ze mogen – ondanks dezelfde postcode en huisnummer – niet collectief met de verzekeraar onderhandelen over randvoorwaarden (waaronder vergoedingen). Dat is in strijd met de mededingingswet. Omdat ze niet in overtreding willen zijn en tegelijkertijd niet onafhankelijk willen opereren, laten ze hun plannen maar varen.

Reactie ACM: Wanneer huisartsen er voor kiezen om hun eigen onderneming te houden dan mogen zij op grond van de Mededingingswet boven de grenzen van de bagatelbepaling[1] niet collectief onderhandelen over bepaalde ondernemersbelangen, zoals de hoogte van vergoedingen. Zoals hiervoor al is gebleken uit de reactie van ACM op andere casuïstiek mogen de verschillende zelfstandige ondernemingen wel gezamenlijk over beleidsmatige aangelegenheden, lokale ontwikkelingen en noodzakelijk randvoorwaarden overleggen met de zorgverzekeraar zodat deze een goede afweging kan maken. De keuze of een bepaald aanbod van de zorgverzekeraar geaccepteerd wordt dient echter individueel gemaakt te worden.

Casus B.6. Werving en selectie nieuwe huisarts Zeven huisartsen werken samen in een zgn. HOED (huisartsen onder één dak). Ze zijn verdeeld in drie maatschappen, voortgekomen uit historische ontwikkelingen. De samenwerking is zeer intensief. Er worden mooie kwaliteitsprojecten geïnitieerd, er is een kostenmaatschap, de praktijkondersteuners werken voor verschillende huisartsen, de balie is gemeenschappelijk, enzovoort. Alles is gericht op collegialiteit en samenwerking. Een van de huisartsen gaat over een klein jaar met pensioen. Er wordt nu al gedacht aan de opvolging. De overblijvende huisartsen vinden het zeer belangrijk dat de nieuwe collega die de lege plek gaat innemen goed past binnen het team. Het liefste worden ze betrokken bij de werving en selectie. Dat is echter verboden, omdat ze niet in één economische entiteit zitten en dus geacht worden elkaars concurrent te zijn. Ze handelen in strijd met de mededingingswet zodra ze een 'sollicitatieprocedure' op poten zetten. Er zit niets anders op dan wachten en afzijdig blijven en maar hopen dat de nieuwe collega blijkt te passen in het team. De kans bestaat dus dat er iemand binnen komt die de collega's niet zien zitten.

Reactie ACM: Volgens ACM kunnen huisartsen uit een groepspraktijk betrokken zijn bij de opvolging van een praktijk. Wanneer een zorgverzekeraar een selectieprocedure opzet om een nieuwe huisarts te werven kan deze om input vragen bij de gevestigde huisartsen. Dit

[1] Het kartelverbod is niet van toepassing op afspraken tussen ondernemingen (zoals zelfstandig gevestigde huisartsen) die van 'ondergeschikte betekenis' zijn. Dit is volgens de wetgever (en voor zover hier relevant) het geval bij afspraken tussen maximaal 8 ondernemingen met een gezamenlijke jaaromzet van maximaal EUR 1,1 mln. Aanvullend geldt dat het kartelverbod ook niet van toepassing is op afspraken waarbij de betrokken ondernemingen gezamenlijk over niet meer dan 10% marktaandeel beschikken. In de praktijk zal deze bagatelregeling met betrekking tot de huisartsenzorg een vrijstelling van het kartelverbod betekenen voor afspraken tussen ten hoogste 3 à 4 zelfstandig gevestigde huisartsen.

kan bijvoorbeeld gaan over lokale omstandigheden, wenselijke aanvullende deskundigheden en passende persoonlijke eigenschappen. Uiteindelijk is het de keuze van de zorgverzekeraar om wel of niet een contract te sluiten met een huisarts. Wanneer de zorgverzekeraar heeft gekozen voor een huisarts mogen gevestigde huisartsen de vestiging niet belemmeren.

De boete die ACM (toen nog NMa) begin 2012 aan de LHV heeft opgelegd had overigens betrekking op een gedraging die verder ging dan een betrokkenheid bij een selectieprocedure. De Mededingingswet verbiedt ondernemingen om gezamenlijk nieuwe aanbieders of concurrerende initiatieven van een markt te weren om zo de eigen omzet veilig te stellen. Zo is het niet toegestaan om nieuwe huisartsen te belemmeren zich te vestigen in een bepaald gebied, bijvoorbeeld omdat de reeds gevestigde huisartsen geen omzet willen verliezen. Ook is het niet toegestaan om alleen huisartsen toe te laten die zich wensen aan te passen aan gevestigde gedragsregels. Een huisarts met innovatieve ideeën kan in die zin bedreigend zijn wanneer deze bijvoorbeeld voornemens is een avondspreekuur op te zetten.