

Tweede Kamer der Staten-Generaal
t.a.v. de heer T.J. Bushoff, fractie GroenLinks-PvdA
t.a.v. mevrouw dr. D.E.M.C. Jansen, fractie NSC
Postbus 20018
2500 EA Den Haag

Datum: 17 april 2025

Contactpersoon:
mr. Annemarie Kerstens (a.kerstens@lhv.nl)

Betreft: internetconsultatie initiatiefwet inroepbevoegdheid ACM

Geachte heer Bushoff en mevrouw Jansen,

Hieronder vindt u de reactie van de Eerstelijnscoalitie (of LHV) op de initiatiefwet voor de inroepbevoegdheid van de ACM. De aanleiding en de gedachte achter dit wetsvoorstel begrijpen wij goed. Maar we hebben grote twijfels over het nut van deze wet, zeker gezien de verwachte effecten die de wet zal hebben op de huisartsenzorg.

Onze reactie richt zich op twee punten.

1. Om situaties zoals die als Co-Med te voorkomen, is een aanvulling op de mededingingswet niet het juiste instrument en is de ACM niet de juiste toezichthouder. De oplossing is meer gelegen in het geven van meer handhavingsmogelijkheden aan de NZa en IGJ.
2. Het wetsvoorstel is disproportioneel en leidt tot rechtsonzekerheid en administratieve lasten. Met de zorgspecifieke concentratietoets is bovendien al een adequaat instrument voorhanden om ongewenste concentraties in de zorg te voorkomen.

We lichten beide punten hieronder toe.

Ad 1. Wat is het werkelijke doel van deze wet: voorkomen van aanmerkelijke marktmacht of voorkomen van situaties zoals rond Co-Med?

Volgens de Memorie van Toelichting (MvT) is het doel van dit wetsvoorstel te voorzien in een aanvulling van de wetgeving met betrekking tot concentraties. Met die aanvulling wordt de marktmeester Autoriteit Consument & Markt (ACM) beter in positie gebracht om marktmacht tegen te gaan en daarmee de belangen van consumenten te dienen. Het nationale concentratietoezicht wordt aangevuld met een 'call in'-bevoegdheid voor de ACM.

Door deze 'call in'-bevoegdheid kan de ACM concentraties onderzoeken waarbij de gezamenlijke omzet van de bij de concentratie betrokken ondernemingen lager ligt dan de in artikel 29 van de Mededingingswet bepaalde cumulatieve omzetsdrempels.

Hierdoor moet de ACM kunnen ingrijpen bij het zgn. 'kralenrijgen'.

Co-Med

Als voorbeelden van problemen met 'kralenrijgen' worden in de MvT drie sectoren genoemd waarin, na

seriële overnames (of wel: kralenrijen) problemen ontstonden met de bereikbaarheid en kwaliteit van de verleende dienst, waaronder de situatie van Co-Med en de ontstane problemen.

De ELC kan zich niet aan de indruk onttrekken dat deze initiatiefwet niet zozeer tot doel heeft aanmerkelijke marktmacht te voorkomen, als wel het ondervangen van problemen met betrekking tot de kwaliteit van zorg, continuïteit en bereikbaarheid van zorg.

De ELC is van mening dat dit wetsvoorstel niet het juiste instrument is, en de ACM niet de juiste toezichthouder, om situaties zoals die rondom Co-Med en eventueel andere eerstelijnszorgaanbieders te voorkomen. Zoals ook in de MvT wordt erkend, is er geen causaal verband aangetoond tussen de overnamestrategie van Co-Med en de ontstane problemen. Om situaties als die rondom Co-Med te voorkomen zijn ons inziens veeleer de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) en de Inspectie voor de Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) de aangewezen partijen.

Wij vragen ons dan ook af dergelijke problemen zoals ontstaan bij Co-Med niet beter opgelost kunnen worden door bijvoorbeeld de NZa en de IGJ meer handvatten te geven (indien nodig) en/of betere/efficiëntere samenwerkingsafspraken tussen deze twee laatste toezichthouders te realiseren. Bijvoorbeeld door een aanvulling of uitbreiding van het samenwerkingsprotocol tussen de NZa en de ACM.

Ad 2. Het wetsvoorstel is disproportioneel en leidt tot rechtsonzekerheid en lastenverzwaring

Als deze initiatiefwet werkelijk tot doel heeft concentraties onder de omzetsdrempel van de Mededingingswet te onderzoeken, dan is deze naar het oordeel van de ELC disproportioneel.

De Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) kent immers de zorgspecifieke concentratietoets (artikel 49a Wmg). Wanneer zorghandelingen worden verricht volgens de Zorgverzekeringwet (Zvw), Wet langdurige zorg (Wlz), de Wet BIG en meer dan 50 zorgverleners werkzaam zijn, is toestemming van de NZa nodig om een concentratie tot stand te brengen.

Dit is een (meer dan) adequaat instrument om ongewenste concentraties in de zorg te voorkomen en ongezonde concentratieverhoudingen te voorkomen.

Door de ACM de call-in bevoegdheid te geven raakt het evenwicht uit balans/verstoord (?) tussen enerzijds het behouden van gezonde concurrentieverhoudingen en anderzijds de belangen van de betrokken partijen om een concentratie tot stand te brengen. Immers, in een markt, waar het aanbod van praktijkhoudende huisartsen en andere zorgaanbieders toch al schaars is, wordt een mogelijke concentratie van kleinere praktijken onevenredig belemmerd, waardoor de schaarste van huisartsenpraktijken naar verwachting alleen maar zal toenemen. Daarnaast brengt het wetsvoorstel veel onnodige administratieve lasten en rechtsonzekerheid voor praktijkhouders met zich mee.

Rechtsonzekerheid praktijkhouders

Door het niet opnemen van de criteria op grond waarvan deze 'call-in bevoegdheid' kan worden ingeroepen, ontstaat rechtsonzekerheid voor alle eerstelijnszorgaanbieders met minder dan 50 zorgverleners die voornemens zijn de praktijk over te dragen, met andere woorden: zo'n 90 a 95% van alle huisartsenpraktijken.

Bij een voornemen tot overdracht, moet de praktijkhouder een melding doen en documenten en gegevens aanleveren bij de ACM. Op basis hiervan doet ACM een onderzoek. Gedurende dit onderzoek geldt een verbod op het totstandbrengen van de concentratie. Hoe lang die periode duurt, wordt niet expliciet begrensd in het wetsvoorstel. Dit zorgt voor veel vertraging en daarmee rechtsonzekerheid bij praktijkhoudende zorgaanbieders. Zeker omdat als duidelijk wordt dat er een vergunning moet worden aangevraagd er een nieuwe tijdsperiode aanbreekt ter beoordeling van de aanvraag van de vergunning.

Deze vertraging leidt tot mogelijk onevenredige negatieve gevolgen ten aanzien van het kunnen overdragen van een praktijk, waar patiënten op naam ingeschreven kunnen worden.

Onnodige lastenverzwaring

Tot slot leidt het wetsvoorstel, nog los van mogelijke cumulatie van de call in-bevoegdheid met de zorgfusietoets, tot disproportionele administratieve lastenverzwaring, door de eis van aanleveren van documenten en informatie. Deze verzwaring is in strijd met het uitgangspunt van vermindering van de regeldruk (en het Programma (Ont)regel de zorg).

Conclusie

Samenvattend kunnen we zeggen dat de voorgestelde maatregelen in het wetsvoorstel voor eerstelijnszorgaanbieders te ver strekken. Vooral ook omdat de NZa al over een effectief instrument beschikt om de gezonde concurrentieverhoudingen in de zorg te reguleren, nl. de zorgspecifieke concentratietoets. Uiteraard zijn wij voor gezonde concurrentieverhoudingen. We vragen ons echter af of dit het werkelijke doel is van dit wetsvoorstel en zo ja of dit bereikt zal worden met de voorgestelde call in-bevoegdheid.

Tot slot doen wij de suggestie om het wetsvoorstel vooraf te laten toetsen op regeldruk door de Autoriteit Toetsing Regeldruk.

Wij gaan graag met u in gesprek over onze zorgen en denken graag met u mee over alternatieve oplossingen.

Met vriendelijke groet,

Loubna Boufrach
Directeur LHV

Eric Janson
Directeur KNMP

Herman Frankes
Directeur NVM-mondhygiënist

Judith Veenendaal
Directeur LVVP

Janet van Keulen
Directeur NVvP

Mirjam Bijnsdorp
Directeur KNMT

Job Paulus
Directeur KNOV

Frederik Vogelzang
Directeur ONT

**De ELC bestaat uit acht eerstelijnsorganisaties: KNMP (apothekers), KNMT (tandartsen), KNOV (verloskundigen), LHV (huisartsen), LVVP (vrijgevestigde psychologen en psychotherapeuten), NVM (mondhygiënist), NVvP (podotherapeuten) en ONT (tandprothetici).*