

Nederlandse Mededingingsautoriteit

BESLUIT

Nummer 6888/435

Betreft zaak: LHV

Besluit van de Raad van Bestuur van de Nederlandse Mededingingsautoriteit op grond van artikel 56 lid 1 van de Mededingingswet.

1 Inleiding

1.1 Het verloop van de procedure

1. De Directie Mededinging van de Nederlandse Mededingingsautoriteit (hierna: de NMa) heeft op 26 maart 2010 ambtshalve een onderzoek ingesteld naar een mogelijke overtreding van artikel 6, eerste lid, Mededingingswet (hierna: Mw) door de Landelijke Huisartsen Vereniging, gevestigd te Utrecht (hierna: de LHV).
2. Op 14, 15 en 16 april 2010 heeft onderzoek op een aantal kantoorlocaties van de LHV en haar regionale Bureaus plaatsgevonden.
3. Op 14 en 15 april 2010, op 18 en 26 augustus 2010, op 29 september 2010 en op 13 oktober 2010 zijn verklaringen afgenomen van het hoofd van de afdeling Beleid & Ontwikkeling van de LHV, een beleidsmedewerker van de LHV en de bedrijfsjurist van de LHV. Daarnaast zijn verklaringen afgenomen van de regiomanagers van twee regionale Bureaus van de LHV, drie (voormalig) bestuurders van regionale kringen van de LHV en een secretaris van een huisartsengroep¹ (hierna: hagro). Op 8, 9, 16 en 23 februari 2011, alsmede op 1 en 8 maart 2011 zijn verklaringen afgenomen van de bestuursleden en de directeur van de LHV, alsmede van twee voormalig

¹ Individuele huisartsen die in dezelfde gemeente of wijk zijn gevestigd, zijn veelal ook verenigd in huisartsengroepen (hagro's).

bestuursleden van de LHV. Van de mondelinge verklaringen zijn verslagen van ambtshandelingen opgemaakt en is een schriftelijke weergave opgesteld.²

4. Het onderzoek heeft geresulteerd in een redelijk vermoeden dat de LHV artikel 6, eerste lid, Mw heeft overtreden door het doen van aanbevelingen waarin haar leden wordt opgedragen de regie over het aanbod van huisartsenzorg binnen een regio te voeren met als doel de mededinging te verhinderen, beperken of vervalsen, en dat hieraan door zes natuurlijke personen, te weten **[vertrouwelijk]**, feitelijk leiding is gegeven in de zin van artikel 51 lid 2 van het Wetboek van Strafrecht (hierna: Sr). De LHV en de bovengenoemde natuurlijke personen worden hierna tezamen aangeduid als 'de betrokken partijen'.
5. In opdracht van de Raad van Bestuur van de NMa (hierna: de Raad) heeft de directeur van de Directie Mededinging vervolgens op 13 april 2011 een rapport als bedoeld in artikel 59, eerste lid, Mw jo 5:48, eerste lid, Algemene wet bestuursrecht (hierna: Awb) opgemaakt (hierna: het rapport). Op dezelfde datum is het rapport aan de betrokken partijen toegezonden. De behandeling van deze zaak is vervolgens overgedragen aan de Juridische Dienst van de NMa.
6. De betrokken partijen hebben op 18 juli 2011 een gezamenlijke schriftelijke zienswijze op het rapport ingediend. Op 6 september 2011 vond ten kantore van de NMa een hoorzitting plaats, waar de betrokken partijen in de gelegenheid zijn gesteld hun zienswijzen omtrent het rapport mondeling naar voren te brengen. Van de hoorzitting is een verslag gemaakt, dat op 17 oktober 2011 aan betrokken partijen is toegezonden, waarbij zij in de gelegenheid zijn gesteld hierover opmerkingen te maken. De betrokken partijen hebben hiervan geen gebruik gemaakt.

1.2 De betrokken partijen

7. De volgende partijen zijn in de procedure betrokken: de Landelijke Huisartsen Vereniging en zes natuurlijke personen, te weten (in alfabetische volgorde) **[vertrouwelijk]** (hierna: de feitelijk leidinggevers).

² Zie dossierstukken 6888_1/15, 6888_1/16, 6888_1/17, 6888_1/18, 6888_1/64, 6888_1/65, 6888_1/73, 6888_1/74, 6888_1/105, 6888_1/106, 6888_1/107, 6888_1/277, 6888_1/278, 6888_1/284, 6888_1/285, 6888_1/299, 6888_1/300, 6888_1/321 en 6888_1/327.

8. De LHV is een vereniging die de belangen van huisartsen in Nederland behartigt. Ruim 95 procent van de huisartsen in Nederland is lid van de LHV.³ In de statuten van de LHV is het doel van de LHV als volgt omschreven:

"(...) De LHV heeft ten doel:

- a. De belangen van de leden te behartigen ten aanzien van de kwaliteit van de uitoefening van het huisartsenberoep;*
- b. Op landelijk niveau de sociaal-economische belangen van de leden te behartigen;*
- c. Op landelijk niveau de belangen van de leden te behartigen ten aanzien van de infrastructuur en de organisatie van de huisartsenzorg;*
- d. De leden te ondersteunen met ledenservice.*

2. De LHV tracht dit doel onder meer te bereiken door:

- a. Haar beleid met name te baseren op het gevoerde beleid van de LHV-Huisartsenkringen;*
- b. De LHV-Huisartsenkringen te faciliteren bij hun taakuitoefening door inzet van het Bureau van de LHV op basis van service level agreements.*

(...)"⁴

9. De LHV is ingedeeld in 23 regionale kringen. Ieder individueel lid van de LHV is tevens lid van de kring waarbinnen hij werkzaam of woonachtig is. De kringen worden bijgestaan door regionale werkorganisaties ofwel regionale Bureaus van de LHV.⁵ Iedere kring heeft een eigen bestuur dat de individuele leden vertegenwoordigt in de ledenraad van de LHV. Ook voorzien de kringen het landelijke Bestuur van relevante beleidsinformatie uit de regio. De kringen ontwikkelen zelf beleid en activiteiten gericht op de situatie in de regio.⁶

³ De website van de LHV vermeldt: *"95% van alle praktiserende huisartsen is lid van de LHV"*. Zie dossierstuk 6888_1/308, uitdraai website LHV d.d. 24 februari 2011.

Uit een opgave van de LHV *'Ledenbestand uit Jaarrekening'* volgt het aantal werkzame leden van de LHV door de categorieën 'Totaal praktiserend', 'Gewone leden dienstverband' en 'Freelance huisartsen' bij elkaar op te tellen. Per 2009 levert dit 8651 werkzame LHV leden op. Zie dossierstuk 6888_1/168, informatie aangeleverd door de LHV op 1 december 2010. Volgens het NIVEL zijn er per 2009 8789 werkzame huisartsen in Nederland. Zie Nivel, *Cijfers uit de registratie van huisartsen, peiling 2009*, december 2009, p.8. Zie dossierstuk 6888_1/339. Hieruit volgt dat ongeveer 98% van de huisartsen lid is van de LHV.

⁴ Zie dossierstuk 6888_1/308, de Statuten van de LHV zoals vastgesteld op 9 juni 2005 en de Statuten van de LHV zoals vastgesteld op 29 november 2010.

⁵ Zie dossierstuk 6888_1/308, uitdraai website LHV d.d. 24 februari 2011.

⁶ Zie dossierstuk 6888_1/308, uitdraai website LHV d.d. 24 februari 2011.

10. De LHV communiceert met haar leden onder meer via de ledenvergadering, via de wekelijkse e-mail nieuwsbrief, via het open en besloten gedeelte van haar internet pagina (www.lhv.nl) en via het blad 'De Huisarts' (thans 'De Dokter').
11. De zes natuurlijke personen die betrokken zijn bij deze zaak zijn allen werkzaam voor de LHV. **[vertrouwelijk]**.
12. **[vertrouwelijk]**
13. Het onderhavige besluit heeft betrekking op de LHV, alsmede op **[vertrouwelijk]**. Wat deze vier natuurlijke personen betreft, verwijst de Raad naar randnummers 164 en 165 van dit besluit. **[vertrouwelijk]** ontvangen afzonderlijke besluiten waarvan het onderhavige besluit, inclusief de hierin gedefinieerde termen, integraal onderdeel uitmaakt. Het onderhavige besluit wordt hiertoe als bijlage aan de afzonderlijke besluiten voor **[vertrouwelijk]** gehecht.

1.3 Opbouw van dit besluit

14. Dit besluit is als volgt opgebouwd. In hoofdstuk 2 geeft de Raad een beschrijving van de markt. In hoofdstuk 3 stelt de Raad de feiten en omstandigheden in deze zaak vast. In hoofdstuk 4 volgt de juridische beoordeling. In hoofdstuk 5 komt de vaststelling van de overtreder(s) aan de orde. Vervolgens legt de Raad zijn motivering voor de boete neer in hoofdstuk 6. Ten slotte volgt het dictum.

2 De markt voor huisartsenzorg

15. In dit hoofdstuk gaat de Raad in op de relevante marktomstandigheden in de onderhavige zaak. Eerst zal een beschrijving worden gegeven van de rol van de huisarts binnen het Nederlandse zorgstelsel. Daarna zal worden ingegaan op de mate waarin huisartsen aangewezen zijn op onderlinge samenwerking. Vervolgens zal worden ingegaan op de rol van de zorgverzekeraar, specifiek bij de financiering van de huisartsenzorg, alsmede op de positie die huisartsen innemen ten opzichte van zorgverzekeraars. Hierna zullen de mogelijkheden tot concurrentie en de prikkels voor huisartsen om te concurreren worden weergegeven. Tot slot zal worden ingegaan op de toetredingsmogelijkheden voor een individuele huisarts.

2.1 De rol van de huisarts

16. De huisartsenzorg besteedt aandacht aan zowel somatische als psychosociale aspecten van gezondheidsproblemen. Daarnaast beheert de huisarts de medische gegevens van de patiënt. Dit alles maakt de huisartsenzorg tot een continue factor in het complete zorgverleningsproces van een patiënt.⁷
17. De huisarts is het eerste aanspreekpunt voor mensen met vragen over of problemen met betrekking tot gezondheid en ziekte. De huisarts biedt een breed pakket aan diagnostische, therapeutische en preventieve medische zorg. Daarnaast begeleidt en adviseert de huisarts mensen tijdens en na hun ziekte.⁸ Waar nodig kan een huisarts patiënten doorverwijzen naar andere zorgaanbieders in de eerste of tweede lijn. Huisartsen fungeren zo als eerste aanspreekpunt voor een hele diverse zorgvraag en als poortwachter voor toegang tot meer gespecialiseerde zorg. De relevante productmarkt is eerder door de NMa omschreven als de markt voor aanbieders van huisartsenzorg.⁹
18. Gezien de rol van de huisarts zoals die hierboven beschreven is, is het geheel aan zorg, zoals een huisarts die levert, niet of in zeer beperkte mate substitueerbaar met andere zorgaanbieders. Hoewel delen van de huisartsenzorg ook door andere zorgaanbieders kunnen worden geleverd, maakt de functie van een huisarts als poortwachter, eerste aanspreekpunt, voor een breed spectrum aan gezondheidsklachten dat de patiënt daarvoor op dit moment geen reëel substituuut heeft. Er zijn daarom geen andere zorgaanbieders die op dit moment een relevante concurrentiedruk kunnen uitoefenen op de huisarts. De relevante productmarkt is dan ook de markt voor huisartsenzorg.¹⁰
19. Huisartsen hebben een inspanningsverplichting om de bij hun praktijk ingeschreven patiënten in spoedgevallen binnen een aanvaardbaar tijdsbestek (de norm in de beroepsgroep is 15 minuten) van de noodzakelijke zorg te kunnen voorzien.

⁷ Ministerie van VWS, *Nationaal Kompas Volksgezondheid, Wat is huisartsenzorg?*.

<http://www.nationaalkompas.nl/zorg/eerstelijnszorg/huisartsenzorg/wat-is-huisartsenzorg>. Zie dossierstuk 6888_1/339.

⁸ Ministerie van VWS, *Nationaal Kompas Volksgezondheid, Wat is huisartsenzorg?*

<http://www.nationaalkompas.nl/zorg/eerstelijnszorg/huisartsenzorg/wat-is-huisartsenzorg>. Zie dossierstuk 6888_1/339, documenten gebruikt voor het in kaart brengen van de context.

⁹ Besluit van de d-g NMa van 11 april 2001, zaak 537, *Landelijke Huisartsen Vereniging*, rnr. 79.

¹⁰ Besluit van de d-g NMa van 11 april 2001, zaak 537, *Landelijke Huisartsen Vereniging*, rnr. 79.

Daarnaast worden huisartsen geacht visites af te leggen bij patiënten die lichamelijk niet in staat zijn om naar de praktijk te komen. Voor de cliënt is de fysieke afstand tot de huisarts een belangrijk punt bij de keuze voor een bepaalde huisarts. De markt voor aanbieders van huisartsenzorg is daarom in het algemeen lokaal of hooguit regionaal van aard.¹¹

2.2 Kengetallen

20. Op 1 januari 2009 waren er in Nederland 8.789 huisartsen werkzaam.¹² Hiervan zijn 7.799 huisartsen zelfstandig gevestigd.¹³ De overige 990 huisartsen zijn huisartsen in dienst van een zelfstandig gevestigd huisarts (hierna: HIDHA).¹⁴
21. Het aantal nieuwe vestigingen van huisartsen is volgens het NIVEL¹⁵ de afgelopen jaren redelijk stabiel.¹⁶ In 2008 hebben zich 310 huisartsen zelfstandig gevestigd en zijn 257 zelfstandig gevestigde huisartsen met hun werkzaamheden gestopt. Het totale aantal zelfstandig gevestigde huisartsen is dus met ongeveer 50 huisartsen uitgebreid. De totale groei van het aantal huisartsen is in de periode 2001-2008 vooral bepaald door de sterke groei van het aantal HIDHA's. De laatste jaren neemt het aantal HIDHA's volgens het NIVEL echter weer wat af.
22. Van de huisartsen die in 2008 met een zelfstandige praktijk zijn gestart heeft 45% zich gevestigd op een praktijklocatie met drie of meer huisartsen (groepspraktijk).¹⁷ Daarnaast is 34% in een duopraktijk begonnen en heeft 21% zich in een solopraktijk

¹¹ Besluit van de d-g NMa van 11 april 2001, zaak 537, *Landelijke Huisartsen Vereniging*, nrns. 86-87.

¹² NIVEL, *Cijfers uit de registratie van huisartsen, peiling 2009*, december 2009.

¹³ Met 'zelfstandig gevestigd' bedoelt het NIVEL: een huisarts die de algemene praktijk uitoefent en die patiënten op eigen naam of op naam van de maatschap heeft.

¹⁴ Hieronder vallen ook de huisartsen die als waarnemend huisarts werken. Van de 7.799 zelfstandig gevestigde huisartsen is 8% werkzaam in loondienst van een instelling of stichting.

¹⁵ Het NIVEL is het Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg.

¹⁶ NIVEL, *Cijfers uit de registratie van huisartsen, peiling 2009*, december 2009.

¹⁷ Het NIVEL definieert een groepspraktijk als een praktijklocatie waar drie of meer huisartsen werken. Een groepspraktijk kan echter vervolgens veel verschillende verschijningsvormen en nadere benamingen aannemen. De NMa verstaat onder een groepspraktijk een verzameling van vrijgevestigde huisartsen onder één dak (dus meerdere ondernemingen in de zin van de Mededingingswet onder één dak en met een vergaande of minder vergaande vorm van samenwerking). Dergelijke groepspraktijken worden ook wel een HOED (huisartsen onder één dak), gezondheidscentrum, huisartsencentrum of huisartsenpraktijk genoemd. Hierbij kan de samenwerking zich beperken tot het delen van de voordeur, maar kan ook sprake zijn van gezamenlijke aansturing van personeel.

gevestigd.¹⁸ Van alle reeds gevestigde huisartsen werkt 20% in een solopraktijk. Dit aandeel neemt ieder jaar af. Het percentage dat werkzaam is in een groepspraktijk neemt daarentegen juist toe. In 1999 werkte 33% van de huisartsen in een groepspraktijk. Inmiddels is dit 52%. Het aandeel huisartsen dat werkt in een duopraktijk is afgenomen van 36% in 1999 naar 29% in 2009.¹⁹

23. Op 1 januari 2009 bedraagt het gemiddeld aantal inwoners per fte huisarts (zelfstandig gevestigd en HIDHA's gezamenlijk) 2.351. De regionale verschillen in deze 'huisartsendichtheid' zijn volgens het NIVEL niet groot. De laagste dichtheid wordt gemeten in Overijssel (2.442) en de hoogste in Friesland (2.185) en Drenthe (2.262).²⁰

2.3 Samenwerking tussen huisartsen

24. Het overgrote deel van de huisartsen is verenigd in de LHV. Ruim 95 procent van de huisartsen in Nederland is lid van de LHV.²¹ Niet gebleken is dat in Nederland regio's bestaan waar de LHV slechts beperkt vertegenwoordigd is.
25. Individuele huisartsen die in dezelfde gemeente of wijk zijn gevestigd, zijn veelal ook verenigd in huisartsengroepen (hagro's). In het verleden maakten de hagro's formeel deel uit van de structuur van de LHV. Hagro's hadden onder andere als taken: *"Het garanderen van de continuïteit van de zorg aan patiënten via het voldoen aan de LHV-eisen inzake de bereikbaarheid en de beschikbaarheid en het er op toezien dat de waarnemingsgroep de onderlinge waarneming op basis van het LHV-model wordt geregeld.", "het bevorderen van de deskundigheden en de deelname aan toetsing (...)", "het*

¹⁸ NIVEL, *Cijfers uit de registratie van huisartsen, peiling 2009*, december 2009.

¹⁹ Zie noot 18.

²⁰ Zie noot 18.

²¹ De website van de LHV vermeldt: *"95% van alle praktiserende huisartsen is lid van de LHV"*. Zie dossierstuk 6888_1/308, uitdraai website LHV d.d. 24 februari 2011.

Uit een opgave van de LHV *'Ledenbestand uit Jaarrekening'* volgt het aantal werkzame leden van de LHV door de categorieën 'Totaal praktiserend', 'Gewone leden dienstverband' en 'Freelance huisartsen' bij elkaar op te tellen. Per 2009 levert dit 8651 werkzame LHV leden op. Zie dossierstuk 6888_1/168, informatie aangeleverd door de LHV op 1 december 2010. Volgens het NIVEL zijn er per 2009 8789 werkzame huisartsen in Nederland. Zie Nivel, *Cijfers uit de registratie van huisartsen, peiling 2009*, december 2009, p.8. Zie dossierstuk 6888_1/339, documenten gebruikt voor het in kaart brengen van de context. Hieruit volgt dat ongeveer 98% van de huisartsen lid is van de LHV.

*voorbereiden van beleid in LHV-verband”, “het mede uitvoeren van de geldende vestigingsregeling” en “het voeren van intercollegiaal overleg over medisch-inhoudelijke zaken”.*²²

26. Hoewel hagro's inmiddels niet langer formeel deel uitmaken van de verenigingsstructuur van de LHV en de genoemde taken dus ook niet meer vanuit de LHV bij de hagro's zijn neergelegd, zijn huisartsen veelal nog steeds verenigd in hagro's om de onderlinge waarneming gedurende de dag te organiseren. In veel hagro's wordt ook bij- en nascholing, intercollegiale toetsing en farmacotherapeutisch overleg georganiseerd.²³
27. Inmiddels zoeken ook steeds meer huisartsen naar samenwerking binnen groepspraktijken²⁴ en hebben huisartsen zich de laatste jaren in sterkere mate georganiseerd in zorggroepen²⁵. Via deze zorggroepen zijn huisartsen betrokken bij de levering van ketenzorg rondom een aantal chronische ziektebeelden.
28. Uit het bovenstaande blijkt dat onderlinge samenwerking binnen de huisartsenzorg een belangrijk middel is om de huisartsenzorg te organiseren. De onderlinge waarneming speelt daarin een centrale rol.

2.3.1 Waarneming bij ziekte en afwezigheid

²² Zie dossierstuk 6888_1/333, verslag van opname Reglement huisartsengroepen uit 1998.

²³ Zie dossierstuk 6888_1/190, verslag gesprek Robuust d.d. 2 november 2010, p. 3.

²⁴ Het aandeel van de huisartsen dat zich vestigt op een praktijklocatie met drie of meer huisartsen (groepspraktijk) is toegenomen van 33% in 1999 naar 52% in 2009. Zie NIVEL, *Cijfers uit de registratie van huisartsen, peiling 2009*, december 2009. Zie dossierstuk 6888_1/339, documenten gebruikt voor het in kaart brengen van de context.

²⁵ De NMa en de NZa achten een zorggroep aanwezig als een partij een afzonderlijke rechtsvorm heeft gecreëerd om een coördinerende rol te spelen op het gebied van de behandeling van een of meer chronische ziekten (NZa en NMa, *Richtsnoeren Zorggroepen*, 2010). De NMa en NZa onderscheiden daarbij twee basisvormen. In de ene basisvorm fungeert de zorggroep als 'hoofdaannemer' en is die verantwoordelijk voor de coördinatie en levering van de gecontracteerde zorg. De zorggroep koopt de zorg in bij individuele zorgaanbieders. In de andere basisvorm zijn de zorgaanbieders onderdeel van de zorggroep, in loondienst of door (een deel van) hun onderneming bij de zorggroep onder te brengen. Ook zijn mengvormen van beide basisvormen mogelijk. Zie dossierstuk 6888_1/339, documenten gebruikt voor het in kaart brengen van de context.

29. Een belangrijk onderdeel van de samenwerking tussen huisartsen is de onderlinge waarneming bij ziekte of (andere) afwezigheid. In een waarnemingsregeling nemen huisartsen wederkerig voor elkaar waar zonder daarvoor kosten in rekening te brengen. Patiënten die bij afwezigheid van de eigen huisarts niet kunnen wachten op huisartsenzorg kunnen dan gebruikmaken van de waarnemende huisarts.²⁶
30. Wanneer een huisarts niet kan beschikken over een onderlinge waarnemingsregeling²⁷ heeft dit gevolgen voor de herregistratie als huisarts en voor de nakoming van contractuele verplichtingen met de zorgverzekeraar. Tot 1 januari 2009 was de eis op grond van de regelgeving van het CHVG²⁸ voor herregistratie als huisarts dat de huisarts een regeling voor onderlinge waarneming had. Een huisarts voldeed dan niet aan de herregistratie-eis als hij een waarnemer zou inhuren.²⁹ Deze striktere eis is vervallen. Nu is een huisarts zowel op grond van de voorwaarden voor herregistratie als gehanteerd door de Huisarts en Verpleeghuisarts Registratie Commissie³⁰ als op grond van de overeenkomsten met zorgverzekeraars verplicht om een regeling voor waarneming bij afwezigheid of ziekte te hebben.³¹
31. Huisartsen zijn 24 uur per dag en 7 dagen per week verantwoordelijk voor de continuïteit van de huisartsenzorg voor de bij hen op naam ingeschreven patiënten. Wanneer een huisarts niet wordt toegelaten tot een lokaal waarnemingsverband zal de huisarts dan ook een alternatieve regeling voor waarneming moeten organiseren.

²⁶ Zie dossierstukken 6888_1/225 en 6888_1/335, verslag gesprek Waarneembemiddeling.nl d.d. 12 oktober 2010, p. 1.

²⁷ Sinds een aantal jaren is een deel van deze onderlinge waarneming, namelijk de onderlinge waarneming gedurende de avonden, nachten en weekenden overgenomen door de huisartsendienstenstructuren voor avond-, nacht- en weekenddiensten. De onderlinge waarneming binnen de hagro's beperkt zich nu in de meeste gevallen tot waarneming tussen 8 en 17 uur op werkdagen. Deze paragraaf beschrijft de onderlinge waarneming gedurende de dag op werkdagen.

²⁸ College voor Huisartsgeneeskunde, Verpleeghuisgeneeskunde en medische zorg voor verstandelijk gehandicapten.

²⁹ Zie dossierstuk 6888_1/245, verslag gesprek HVRC d.d. 5 november 2010, p. 8.

³⁰ Op grond van de Wet Beroepen in de individuele gezondheidszorg zijn onder meer drie registratiecommissies ingesteld. De Huisarts en Verpleeghuisarts Registratie Commissie is één van de registratiecommissies en houdt zich bezig met onder meer registratie en herregistratie van huisartsen.

³¹ Zie dossierstuk 6888_1/245, verslag gesprek HVRC d.d. 5 november 2010, p. 8; dossierstuk 6888_1/234, verslag gesprek Menzis d.d. 15 november 2010, p. 2; dossierstuk 6888_1/198, verslag gesprek UVIT d.d. 9 november 2010, p. 1; dossierstuk 6888_1/181, verslag gesprek De Friesland d.d. 11 november 2010, p. 1; dossierstuk 6888_1/203, verslag gesprek Achmea d.d. 12 november 2010, p. 2; dossierstuk 6888_1/215, verslag gesprek CZ d.d. 17 november 2010, p. 1.

32. Waar waarneming bij geplande afwezigheid, zoals hieronder zal worden beschreven, tegen extra kosten redelijk eenvoudig geregeld lijkt te kunnen worden door het inhuren van een waarnemer, ligt dit anders bij plotselinge of acute afwezigheid door bijvoorbeeld ziekte. Voor waarneming bij acute afwezigheid is een huisarts altijd afhankelijk van de lokale huisartsen. Volgens Waarneembemiddeling.nl kan een huisarts er in geval van acute afwezigheid niet van uitgaan dat het inhuren van waarneming direct geregeld is. Het regelen van waarneming kan zeker een week duren.³² Volgens Waarneembemiddeling.nl kan een huisarts die niet in een lokale waarneemregeling is opgenomen zijn verantwoordelijkheid voor 7x24 uur zorg aan zijn patiënten dan ook moeilijk waarmaken. Dit vormt volgens Waarneembemiddeling.nl dan ook de grootste drempel voor een huisarts om zich te vestigen zonder de steun van de reeds gevestigde huisartsen.³³
33. Zoals hierboven reeds vermeld, is het een essentiële voorwaarde om een contract met een zorgverzekeraar te verkrijgen en te behouden dat een huisarts 24 uur per dag en 7 dagen per week verantwoordelijk is voor de continuïteit van zorg aan zijn patiënten. Dit veronderstelt ook een waarneemregeling voor het geval van plotselinge afwezigheid. Zoals hierboven beschreven kan dat problemen opleveren op het moment dat de lokale huisartsen een nieuwe huisarts niet in een samenwerkingsverband opnemen.³⁴ De huisarts zou in dat geval niet over een contract met een zorgverzekeraar kunnen beschikken. In paragraaf 2.7 wordt beschreven hoe dit financiële gevolgen kan hebben voor de huisarts.
34. In het geval van geplande afwezigheid kan het inhuren van waarneming een alternatief zijn voor een onderlinge waarnemingsregeling. Dit kan via het eigen netwerk of via een Bureau, zoals Waarneembemiddeling.nl. Het inhuren van waarneming houdt echter wel in dat een huisarts extra kosten moet maken. De kosten voor het inhuren van een waarnemer liggen op ongeveer 52,50 euro per uur³⁵ of

³² Zie dossierstukken 6888_1/325 en 6888_1/335, verslag gesprek Waarneembemiddeling.nl d.d. 12 oktober 2010, p. 1.

³³ Zie dossierstukken 6888_1/325 en 6888_1/335, verslag gesprek Waarneembemiddeling.nl d.d. 12 oktober 2010, p. 2.

³⁴ In de uitspraak van de voorzieningenrechter Rechtbank Leeuwarden van 16 maart 2011, LJN: BP8008, wordt in overweging 4.6 door de voorzieningenrechter geoordeeld dat een nieuwe huisarts die niet werd opgenomen in een onderling waarneemverband, de toetreding werd bemoeilijkt doordat deze meer kosten had en geen contract kon afsluiten met de zorgverzekeraar.

³⁵ Zie dossierstukken 6888_1/325 en 6888_1/335, verslag gesprek Waarneembemiddeling.nl d.d. 12 oktober 2010, p. 2.

tussen de 500 euro en 600 euro per dag³⁶. Dit zijn kosten die niet gemaakt worden wanneer een huisarts gebruik kan maken van een onderling waarnemersverband binnen een hagro.³⁷

35. Een huisarts kan door het inhuren van een waarnemer zijn praktijk voor patiënten open houden. Op basis van gegevens over gemiddelde aantallen verrichtingen in een huisartsenpraktijk³⁸ en door de NZa gemaximeerde tarieven³⁹, is het niet aannemelijk dat de inkomsten op basis van verrichtingen uitgevoerd door een waarnemer die de praktijk openhoudt zullen opwegen tegen de meerkosten die gemaakt moeten worden voor het inhuren van deze waarnemer. Daarnaast zullen de inkomsten op basis van verrichtingen uitgevoerd door een waarnemer die de praktijk openhoudt vermoedelijk lager zijn dan in de praktijk van de huisarts waarvoor wordt waargenomen omdat een deel van de patiënten, ook wanneer de praktijk open is, waarschijnlijk zijn zorgvraag zal uitstellen. Dit zal dan de meerkosten van die waarnemer vermoedelijk slechts gedeeltelijk compenseren.

2.3.2 *Uitsluiting van vakinhoudelijke contacten*

36. Hierboven is beschreven hoe een huisarts concreet nadeel kan ondervinden indien hij/zij van de onderlinge waarneming wordt uitgesloten. Een dergelijke uitsluiting kan aan de orde zijn ten aanzien van een huisarts die zich heeft gevestigd zonder zich aan de selectie van de gevestigde huisartsen te onderwerpen. Daarnaast blijkt uit het onderzoek dat een dergelijke huisarts ook gevolgen op het sociaal vlak kan ondervinden.
37. Uit de gesprekken die in het kader van het onderzoek zijn gevoerd blijkt dat een huisarts die zich 'wild' heeft gevestigd er niet op kan rekenen dat hij voor medisch-inhoudelijk overleg of andere formele of meer informele contacten bij de andere

³⁶ Zie dossierstuk 6888_1/340, verslag gesprek [vertrouwelijk] d.d. 27 oktober 2010, p. 2.

³⁷ Bij een onderling waarnemersverband worden, zoals gezegd, geen kosten in rekening gebracht, maar moet een huisarts op een ander moment zelf waarnemen voor een huisarts die afwezig is.

³⁸ Significant, *Praktijkkosten en opbrengsten van huisartsenpraktijken*, 2009, tabel 4.4, p. 43. Zie dossierstuk 6888_1/339, documenten gebruikt voor het in kaart brengen van de context.

³⁹ NZa, *Tariefbeschikking 5000-1900-10-3*. Zie dossierstuk 6888_1/339, documenten gebruikt voor het in kaart brengen van de context.

huisartsen terecht kan.⁴⁰ Deze nieuwe huisarts zal dus in professioneel opzicht een zeker isolement kunnen ondervinden.

2.4 De relatie tussen huisartsen, zorgverzekeraars en patiënten

38. Het Nederlandse zorgstelsel kan in z'n algemeenheid beschreven worden als een driehoek tussen zorgverzekeraar, zorgaanbieder en patiënt/verzekerde. Binnen deze driehoek bevindt zich ook de huisartsenzorg.
39. Verzekerden maken op basis van de Zorgverzekeringswet aanspraak op (de vergoeding van de kosten van) zorg. De inhoud en omvang van de verzekerde zorg is omschreven in de basisverzekering.⁴¹ Alle Nederlanders zijn wettelijk verplicht verzekerd voor deze basisverzekering. Zorgverzekeraars hebben een acceptatieplicht voor de basisverzekering en moeten dus iedereen accepteren.⁴² De basisverzekering omvat onder andere medisch-specialistische zorg, farmaceutische zorg en huisartsenzorg.⁴³ Iedere Nederlander is dus ook wettelijk verplicht verzekerd voor huisartsenzorg.
40. Zorgverzekeraars hebben een zorgplicht. Dit houdt in dat zij de verplichting hebben om ervoor te zorgen dat de verzekerde de (vergoeding van kosten van) zorg en zorgbemiddeling krijgt waar hij behoefte aan en wettelijk aanspraak op heeft. Daarbij gaat het om de inhoud en omvang van de (vergoeding van) zorg, de tijdigheid, bereikbaarheid en de kwaliteit van de verzekerde zorg.⁴⁴
41. Zorgverzekeraars zijn vrij in hun keuze bij welke zorgaanbieders zorg wordt ingekocht. Volgens de NZa kan (de dreiging van) selectief inkopen zorgaanbieders

⁴⁰ Zie dossierstuk 6888_1/340, verslag gesprek [vertrouwelijk] d.d. 27 oktober 2010; dossierstuk 6888_1/328, verslag gesprek [vertrouwelijk] d.d. 10 november 2010; dossierstuk 6888_1/215, verslag gesprek CZ d.d. 17 november 2010; dossierstuk 6888_1/190, verslag gesprek [vertrouwelijk] d.d. 2 november 2010; dossierstuk 6888_1/204, verslag gesprek [vertrouwelijk] d.d. 16 november 2010; dossierstuk 6888_1/245, verslag gesprek HVRC d.d. 5 november 2010; dossierstuk 6888_1/181, verslag gesprek De Friesland d.d. 11 november 2010.

⁴¹ <http://www.nza.nl/zorgonderwerpen/dossiers/zorgverzekering/veelgestelde-vragen/zorgaanspraken>. Zie dossierstuk 6888_1/339, documenten gebruikt voor het in kaart brengen van de context.

⁴² <http://www.nza.nl/zorgonderwerpen/dossiers/zorgverzekering>. Zie dossierstuk 6888_1/339.

⁴³ <http://www.cvz.nl/zorgpakket/zvw-kompas/huisartsenzorg/huisartsenzorg.html>. Zie dossierstuk 6888_1/339.

⁴⁴ NZa, *Thematisch onderzoek, Zorgplicht, Naleving zorgplicht bij en door zorginkoop*, februari 2010. Zie dossierstuk 6888_1/339.

stimuleren om de kwaliteit, tijdigheid en bereikbaarheid te verhogen. Zorginkoop biedt zorgverzekeraars de mogelijkheid om invloed uit te oefenen op de prijs en kwaliteit van de geboden zorg.⁴⁵ Op die manier kunnen zorgverzekeraars zoveel mogelijk bij de behoeften en wensen van hun verzekerden aansluiten, waardoor zij zich onderling kunnen onderscheiden om de gunst van de cliënt.

42. In dit kader is het volgende nog van belang. Er wordt een onderscheid gemaakt tussen verzekeringen in natura, in restitutie of met een combinatie van beide.⁴⁶ In het geval van een naturapolis kan een verzekerde aanspraak maken op zorg bij door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieders. Wanneer een natura verzekerde gebruik wenst te maken van een niet gecontracteerde zorgaanbieder kan de zorgverzekeraar overgaan tot een gedeeltelijke vergoeding. Wanneer een verzekerde een restitutiepolis heeft afgesloten is deze volledig vrij in de keuze voor een zorgaanbieder voor zover de aanspraak in de basisverzekering is opgenomen. De verzekerde heeft dan recht op een vergoeding. Daarbij geldt in het geval van een niet gecontracteerde zorgaanbieder een 'marktconforme' vergoeding of het wettelijke tarief.⁴⁷
43. De financiering van huisartsenzorg kent een systeem van gemengde bekostiging: de huisarts kan zowel een inschrijftarief als een tarief per verrichting⁴⁸ declareren bij de zorgverzekeraar. Deze basisbekostiging wordt eventueel vermeerderd met een opslag voor gedifferentieerde populatiegebonden vergoedingen⁴⁹, de modules Achterstandsfonds en Praktijkondersteuning Huisarts (POH)⁵⁰ en modules en

⁴⁵ NZa, *Thematisch onderzoek, Zorgplicht, Naleving zorgplicht bij en door zorginkoop*, februari 2010. Zie dossierstuk 6888_1/339, documenten gebruikt voor het in kaart brengen van de context.

⁴⁶ <http://www.nza.nl/zorgonderwerpen/dossiers/zorgverzekering/zorgverzekering-kiezen/natura-of-restitutiepolis>. Zie dossierstuk 6888_1/339.

⁴⁷ <http://www.nza.nl/zorgonderwerpen/dossiers/zorgverzekering/zorgverzekering-kiezen/natura-of-restitutiepolis>. Zie dossierstuk 6888_1/339, documenten gebruikt voor het in kaart brengen van de context.

⁴⁸ De meest gebruikelijke verrichtingen zijn consulten (kort, lang, telefonisch, visite). Zie NZa, *Huisartsenzorg 2008, Analyse van het nieuwe bekostigingssysteem en de marktwerking in de huisartsenzorg*, februari 2009. Zie dossierstuk 6888_1/339.

⁴⁹ De populatiegebonden vergoeding biedt gedifferentieerde tarieven voor ingeschreven verzekerden die ouder zijn dan 65 jaar of ouder zijn dan 75 jaar, waarbij ook onderscheid wordt gemaakt naar het al dan niet woonachtig zijn in een achterstandswijk. Zie NZa, *Tariefbeschikking 5000-1900-10-3*. Zie dossierstuk 6888_1/339.

⁵⁰ De module POH bekostigt de inhuur van een praktijkondersteuner. Praktijkondersteuners ondersteunen de huisarts bij de zorgverlening, bijvoorbeeld aan chronische patiënten. De POH-ers kunnen ook consulten leveren. Zie NZa, *Huisartsenzorg 2008; Analyse van het nieuwe bekostigingssysteem en de marktwerking in de huisartsenzorg*, februari 2009. Zie dossierstuk 6888_1/339.

verrichtingen in het kader van Modernisering en Innovatie (M&I)⁵¹. De tarieven die huisartsen in rekening brengen, zijn voor een aanzienlijk deel (van de omzet) onderworpen aan regulering door de NZa. De NZa stelt maximumtarieven vast voor de inschrijftarieven, de consulttarieven en de tarieven voor de modules POH en de populatiegebonden vergoeding van huisartsen.⁵² Tot dit maximum zijn de tarieven onderhandelbaar. De vergoedingen voor M&I-modules en verrichtingen zijn volledig vrij onderhandelbaar (zonder maximum) tussen zorgverzekeraar en huisarts.

44. Voor de basisbekostiging van huisartsen is een contract tussen een huisarts en zorgverzekeraar ook in het geval een verzekerde voor een naturapolis heeft gekozen niet noodzakelijk voor een huisarts om de tarieven te kunnen declareren. Voor de declaraties van gedifferentieerde populatiegebonden vergoedingen, aanvullende modules en verrichtingen is echter wel een contract nodig tussen zorgverzekeraar en huisarts.⁵³ Dit betreft ruim 10% van de totale omzet.⁵⁴ Zoals aangegeven, is de zorgverzekeraar vrij in zijn keuze voor de huisartsen met wie hij een contract wenst te sluiten.

2.5 Concurrentie tussen huisartsen

45. Huisartsen hebben verschillende mogelijkheden om zich van elkaar te onderscheiden. De prijzen die huisartsen in rekening brengen, zijn voor een aanzienlijk deel (van de omzet) onderworpen aan regulering door de NZa. De NZa stelt maximumtarieven vast voor de inschrijftarieven, de consulttarieven en de tarieven voor de modules POH en Achterstandsfonds.⁵⁵ Prijsconcurrentie beneden dit

⁵¹ Sinds 2006 is er de mogelijkheid om een vijftigtal verrichtingen onder de Modernisering & Innovatie (M&I) module te leveren en declareren. Het doel hiervan is dat huisartsen zo mogelijk zorgactiviteiten uit DBC's in de tweede lijn overnemen. De tarieven voor M&I-verrichtingen zijn vrij onderhandelbaar tussen huisarts en verzekeraar. Huisartsen hebben overeenkomsten nodig met een zorgverzekeraar om de M&I verrichtingen te declareren. Zie NZa, *Huisartsenzorg 2008; Analyse van het nieuwe bekostigingssysteem en de marktwerking in de huisartsenzorg*, februari 2009. Zie dossierstuk 6888_1/339, documenten gebruikt voor het in kaart brengen van de context.

⁵² Zie NZa, *Tariefbeschikking 5000-1900-10-3*. Zie dossierstuk 6888_1/339.

⁵³ Zie NZa, *Tariefbeschikking 5000-1900-10-3*. Zie dossierstuk 6888_1/339.

⁵⁴ Zie Significant, *Praktijkkosten en opbrengsten van huisartsenpraktijken*, 31 maart 2009, p. 71. Optelling van de regels 'Inschrijftarieven' en 'consulten' van de relatieve verdeling van de opbrengsten per fte bij een solopraktijk levert een percentage op van 87,6%. Zie dossierstuk 6888_1/339.

⁵⁵ Zie NZa, *Tariefbeschikking 5000-1900-10-3*. Zie dossierstuk 6888_1/339.

maximumtarief is echter mogelijk. Ten aanzien van de vergoeding voor M&I-voorzieningen en modules zijn de tarieven volledig vrij onderhandelbaar.

46. Omdat zorgverzekeraars huisartsenzorg inkopen voor hun verzekerden en de patiënt over het algemeen zelf niet rechtstreeks betaalt voor de geconsumeerde huisartsenzorg, zal de huisarts zich ten aanzien van de prijs vooral jegens de zorgverzekeraars (beneden het maximumtarief) kunnen onderscheiden. Voor de patiënt zal de prijs niet van invloed zijn op zijn keuze voor een huisarts.
47. Aangezien huisartsen voor een deel van de omzet afhankelijk zijn van een contract met een zorgverzekeraar, zullen huisartsen een prikkel ervaren om een contract te sluiten met zorgverzekeraars. Hoewel de kosten van huisartsenzorg slechts een klein deel van de totale kosten van een zorgverzekeraar omvatten, hebben zorgverzekeraars wel degelijk de prikkel om de eerstelijnszorgverlening tegen een zo gunstig mogelijke prijs/kwaliteit verhouding in te kopen, zo stelt de NZa. Zorgverzekeraars zijn in het kader van de risicovereeniging vrijwel geheel risicodragend voor de kosten van de eerstelijnszorg.⁵⁶ Omdat zorgverzekeraars op de markt tussen verzekerde en zorgverzekeraar om de gunst van verzekerden moeten concurreren, hebben zorgverzekeraars een belang om huisartsen te stimuleren om met een goed en doelmatig aanbod te komen zodat die voordelen in premiestelling en aanvullende service aan de verzekerde kunnen worden doorgegeven.⁵⁷
48. Uit het bovenstaande volgt dat een huisarts een prikkel heeft om zich positief te onderscheiden richting de zorgverzekeraar. Voor aanvullende financiering zal de huisarts namelijk tot een overeenkomst met de zorgverzekeraar moeten komen. Een overeenkomst met een zorgverzekeraar garandeert voor een huisarts echter nog geen omzet. De uiteindelijke omzet van de huisarts is volledig afhankelijk van het aantal patiënten dat bij de huisarts is ingeschreven en van de verrichtingen en consulten die worden uitgevoerd en bij de zorgverzekeraar worden gedeclareerd. Een huisarts die zich richting (potentiële) patiënten positief onderscheidt van andere huisartsen, kan meer patiënten aantrekken en daarmee meer omzet genereren. Huisartsen hebben daarom de prikkel om zich ook ten overstaan van de patiënten positief te onderscheiden.

⁵⁶ NZa, *Huisartsenzorg 2008: Analyse van het nieuwe bekostigingssysteem en de marktwerking in de huisartsenzorg*, februari 2009, p. 19. Zie dossierstuk 6888_1/339.

⁵⁷ Zie ook Visiedocument NMa, *Individueel en collectief onderhandelen tussen vrijgevestigde extramurale zorgaanbieders en zorgverzekeraars*, december 2009, p. 49. Zie dossierstuk 6888_1/339.

49. Waar voor de zorgverzekeraar zowel de prijs als de kwaliteit van de huisartsenzorg van belang zijn, zal voor de patiënt vooral de kwaliteit, zoals die door de huisarts wordt geboden, van belang zijn voor zijn keuze voor een huisarts. In ieder geval op kwaliteitsaspecten, zoals extra deskundigheden, locatie (fysieke bereikbaarheid) en service (bijvoorbeeld telefonische bereikbaarheid en ruimere openstelling), kunnen huisartsen zich dan ook in belangrijke mate onderscheiden richting de patiënt. Ook een bepaalde persoonlijke component, zoals de bejegening van en communicatie met patiënten, is een element waarop huisartsen zich kunnen onderscheiden. Dit zijn dan ook de componenten die in een onderzoek van het NPCF naar de kwaliteit van huisartsen⁵⁸ terugkomen en waarop patiënten hun tevredenheid of ontevredenheid over hun huisarts bepalen. Door efficiënt te werken, zou een huisarts zijn inkomsten kunnen vergroten en middelen kunnen verwerven om aanvullende diensten aan te bieden waarmee hij zich van andere huisartsen kan onderscheiden.
50. Uit het bovenstaande volgt dat huisartsen zowel de prikkel als de mogelijkheid hebben om met elkaar te concurreren. Gelet op het voorgaande, kan worden verwacht dat huisartsen in de praktijk dit ook daadwerkelijk doen. Geconcludeerd wordt dan ook dat mededinging mogelijk is op de markt voor huisartsenzorg.

2.6 Toetredingsmogelijkheden voor huisartsen

2.6.1 Toetreding als individuele huisarts in een solopraktijk

51. In die situaties waarin een huisarts zich in een solopraktijk (ongeveer 20% van de vrij vestigende toetreders⁵⁹) wil vestigen zal deze in het geval van een praktijkovername in eerste instantie tot overeenstemming met de vertrekkende huisarts moeten komen. Deze solopraktijk zal vermoedelijk ook opgenomen zijn in een lokaal samenwerkingsverband, waarbinnen bijvoorbeeld de onderlinge waarneming, bij- en nascholing, e.d. is geregeld. Een 'solistische' huisarts zal in die gevallen volledig afhankelijk zijn van de lokale huisartsen om de benodigde onderlinge waarneming te regelen aangezien hij geen ander lokaal netwerk van huisartsen heeft om op terug te vallen.

⁵⁸ NPCF en Zorgbelang, *Meldactie huisartsenzorg, november 2009*, januari 2010. Zie dossierstuk 6888_1/3, verslag van opname.

⁵⁹ In 2007 was dit 15% en in 2009 was dit 21%. Zie NIVEL, *Cijfers uit de registratie van huisartsen*, peiling 2007 en *Cijfers uit de registratie van huisartsen*, peiling 2009.

2.6.2 Toetreding als individuele huisarts in een duo- of groepspraktijk

52. Huisartsen kiezen er steeds vaker voor om zich in een groepspraktijk te vestigen. In 1999 was het aandeel van de huisartsen dat in een groepspraktijk wilde werken nog 33%. In 2009 was dat opgelopen tot 52%.
53. Huisartsen die zich vrij willen vestigen of zich als HIDHA wensen te vestigen in een duo- of groepspraktijk (ongeveer 80% van de vrij vestigende toetreders⁶⁰) worden in ieder geval onderworpen aan een selectieproces binnen de groepspraktijk. Over het algemeen zullen in die situaties de direct betrokken huisartsen in de groepspraktijk bepalen of er ruimte is voor toetreding en wie en onder welke voorwaarden zal kunnen toetreden.

2.6.3 Toetreding door een huisartsencollectief

54. Naast de hiervoor beschreven toetredingsmogelijkheden voor huisartsen bestaat tevens de mogelijkheid om een nieuw huisartsencentrum te openen. In de meeste gevallen wordt dit aldus vormgegeven dat een reeds bestaande huisartsenpraktijk wordt overgenomen op een locatie waar op korte termijn meer huisartsen een overstap willen maken naar een loondienstverband, of zich willen vestigen binnen een dergelijke groepspraktijk. Dergelijke huisartsencentra zijn niet of nauwelijks afhankelijk van (samenwerking met) lokale huisartsen; zij treden immers als collectief toe en kunnen daardoor grotendeels zelfvoorzienend werken.⁶¹ In zekere mate geldt deze onafhankelijkheid ook voor huisartsencollectieven op kleinere schaal. Zo zouden mogelijk bijvoorbeeld drie huisartsen gezamenlijk, als één onderneming of als collectief van drie vrijgevestigd huisartsen, kunnen toetreden zonder direct afhankelijk te zijn van lokale huisartsen. Hoe kleiner echter het collectief, hoe sneller toch enige afhankelijkheid zal ontstaan. Als een toetreders bijvoorbeeld een duopraktijk start, is het mogelijk dat deze er in slaagt om onderling de waarneming te organiseren, maar dat deze, om aan de voorwaarden van de zorgverzekeraar voor extra gelden voor een praktijkondersteuner te kunnen voldoen, toch nog een samenwerking dient aan te gaan met andere (niet lokale) huisartsen.⁶² Tot dusverre zijn voornamelijk 'grotere' organisaties zoals ArtsenZorg (voorheen Independer) en Zorgpunt (voorheen Vitea

⁶⁰ NIVEL, *Cijfers uit de registratie van huisartsen*, peiling 2009.

⁶¹ Zie dossierstuk 6888_1/246, gespreksverslag ArtsenZorg, p. 2 en dossierstuk 6888_1/161, gespreksverslag ZorgPunt, p. 3.

⁶² Zie dossierstuk 6888_1/204, gespreksverslag [vertrouwelijk], p. 3

en Symphony) als collectief toegetreden. Deze organisaties vertegenwoordigen in totaal (vooralsnog) minder dan 100 huisartsen.

2.6.4 Vestiging zonder praktijkovername

55. Een nieuwe huisarts kan er (individueel of als collectief) voor kiezen om geen praktijk over te nemen, maar om op een gewenste locatie een praktijk, een patiëntenbestand, op te bouwen. Deze huisarts zal, wanneer er geen goedkeuring door de lokale huisartsen bestaat, dezelfde nadelige concurrentiepositie ondervinden als een huisarts die ongesteund een praktijk overneemt. De huisarts die een praktijk wil opbouwen zal echter ook tegen andere problemen aanlopen die mogelijk versterkt kunnen worden door de lokale huisartsen. Zo zal een huisarts te maken krijgen met zeer beperkte inkomsten in de beginperiode terwijl grotendeels dezelfde kosten gemaakt moeten worden als bij een volledige praktijk. Daarnaast dient een huisarts over een patiëntenbestand van minimaal 800 patiënten te beschikken om aan de 'urennorm' van het CHVG⁶³ te voldoen.⁶⁴ Aan deze norm dient een huisarts te voldoen teneinde in aanmerking te komen voor 'volledige' herregistratie voor de duur van vijf jaar.⁶⁵ De vestiging van een huisarts zonder overname van een praktijk komt, gelet op het voorgaande, dan ook in de praktijk niet vaak voor.

2.7 De verhouding tussen huisartsen en zorgverzekeraars bij vestiging van nieuwe huisartsen

56. Alhoewel de markt voor zorgverzekeraars sterk geconcentreerd is⁶⁶ en zorgverzekeraars, zoals hiervoor weergegeven, vrij zijn in hun keuze voor de huisartsen met wie zij een contract wensen te sluiten, bestaan indicaties dat

⁶³ De 'urennorm' houdt onder meer in dat een huisarts gedurende ten minste 1 jaar gemiddeld 16 uur per week huisartsenzorg dient te verlenen, alsmede 4 uur waarneming per week.

⁶⁴ College voor Huisartsgeneeskunde, Verpleeghuisgeneeskunde en medische zorg voor verstandelijk gehandicapten, *Besluit huisartsgeneeskunde*, 21 augustus 2008, artikel D3 en dossierstuk 6888_1/245, gespreksverslag HVRC, p. 5.

⁶⁵ Een huisarts voldoet aan de eis vanaf het moment dat deze 800 patiënten heeft ingeschreven. Bij een huisarts die bijvoorbeeld twee jaar nodig heeft om 800 patiënten in te schrijven, tellen de eerste twee jaren dus niet mee voor de herregistratie. Bij zijn eerstvolgende herregistratie zal hij dan ook alleen voor een periode van drie jaar worden geregistreerd.

⁶⁶ Zie Monitor Huisartsenzorg 2008 van de NZa, 6888_1/339, p. 23.

huisartsen jegens zorgverzekeraars over het algemeen een sterke (onderhandelings)positie innemen. Zo is de Nederlandse Zorgautoriteit van oordeel dat huisartsen in onderhandelingen jegens zorgverzekeraars 'sterk' staan, waaraan vijf factoren ten grondslag liggen:

- *schaarste van huisartsen;*
- *kleine geografisch relevante markt;*
- *langdurige relatie met patiënt;*
- *intransparantie van kwaliteit;*
- *Poortwachterrol van de huisarts.⁶⁷*

57. Zorgverzekeraars spelen in de praktijk een rol bij de vestigingen van nieuwe huisartsen. Een huisarts die een nieuwe vestiging wil openen, is immers – voor de financiering van de te verlenen zorg – voor vergoeding van de door hem verleende diensten gedeeltelijk aangewezen op een contract met een zorgverzekeraar. Om voor een contract in aanmerking te komen, dient een huisarts bijvoorbeeld te beschikken over een '24 uur - waarneemregeling' c.q. een samenwerkingsverband met een huisartsenpost.⁶⁸ Zorgverzekeraars nemen in de praktijk vaak 'toestemming van de hagro' in hun contracteerbeleid op.⁶⁹
58. Uit het onderzoek van de NMa in deze zaak volgt dat zorgverzekeraars het in de praktijk aan de (groep van) gevestigde huisartsen overlaten of en hoe een praktijk wordt overgenomen.⁷⁰ Als er een tekort aan huisartsen dreigt te ontstaan, nemen zorgverzekeraars - als zij 'als eerste' dit signaleren - doorgaans eerst contact met de gevestigde huisartsen op. Het initiatief om een opvolger te selecteren, wordt in de praktijk aan de gevestigde huisartsen overgelaten. De verzekeraar 'komt pas in beeld' op het moment dat er geen opvolger kan worden gevonden voor een praktijk.⁷¹
59. Hagro's zijn doorgaans (actief) betrokken in de sollicitatieprocedure voor een nieuwe huisarts in de betreffende plaats of regio. Een dergelijke procedure wordt doorgaans zo ingekleed dat de gevestigde huisartsen, nadat door de verzekeraar een profielschets is opgesteld, worden geconsulteerd over de geschiktheid van de nieuwe kandida(a)t(en). In sommige gevallen stelt de hagro zelf reeds een profiel op (dat aan de zorgverzekeraar voorgelegd wordt). De 'eerste gesprekken' vinden doorgaans

⁶⁷ Zie Monitor Huisartsenzorg 2008 van de NZa, 6888_1/339, p. 23.

⁶⁸ Zie bijvoorbeeld verklaring Achmea, 6888_1/203, p. 2 en 3 en verklaring CZ, 6888_1/150, p. 1.

⁶⁹ Zie verslag gesprek met ZorgPunt, 6888_1/137, p. 3.

⁷⁰ Zie bijvoorbeeld verklaring Robuust, 6888_1/141, p. 2.

⁷¹ Zie verklaring CZ, 6888_1/150, p. 4.

tussen de reeds gevestigde huisartsen en de kandida(a)t(en) plaats, waarna de huisartsen een advies aan de zorgverzekeraar voorleggen.⁷² Als blijkt dat de gevestigde huisartsen niet willen samenwerken met de kandida(a)t(en) zal deze doorgaans niet voor een contract met de zorgverzekeraar in aanmerking komen.

60. Alhoewel een zorgverzekeraar ook zelf de vestiging van een nieuwe huisartsenpost (buiten de gevestigde huisartsen om) zou kunnen regelen, is dit tot dusverre zelden voorgekomen.⁷³ Een dergelijke eigen nieuwe vestiging is uit commercieel opzicht niet snel aantrekkelijk: aan een dergelijke vestiging dienen - in verband met het ontbreken van een 24 uren-waarnemingsregeling met andere gevestigde huisartsen - immers meerdere huisartsen verbonden te zijn, terwijl de nieuwe vestiging in de beginperiode relatief weinig patiënten zal hebben.
61. Uit het voorgaande volgt dat, hoewel zorgverzekeraars enige invloed kunnen uitoefenen op de selectie (en vestiging) van nieuwe huisartsen, de reeds gevestigde huisartsen/hagro's een beslissende stem lijken te hebben in de selectie van (een) nieuwe kandida(a)t(en) en in ieder geval een hogere mate van invloed uitoefenen op de mogelijkheden van een succesvolle vestiging van een nieuwe huisartsenpraktijk en daarmee een succesvolle toetreding van een huisarts tot een nieuw gebied.
62. Gelet op hetgeen hiervoor is vermeld, is de drempel voor een huisarts om zich 'wild' te vestigen (zonder toestemming van de gevestigde huisartsen/hagro's) hoog.⁷⁴ Alhoewel een wilde vestiging niet onmogelijk is, is opening van een eigen praktijk zonder toestemming moeilijker doordat het niet eenvoudig is om de 24 uren-waarneming te regelen, alsmede doordat het (hierdoor) moeilijker wordt om een contract met een zorgverzekeraar te verkrijgen. Alhoewel, zoals hiervoor beschreven, vestiging ook zonder een contract met een zorgverzekeraar mogelijk is, ondervindt een dergelijke huisarts in dat geval een nadeel in die zin dat gedifferentieerde populatiegebonden vergoedingen, aanvullende modules en verrichtingen niet gedeclareerd kunnen worden. Kortom, als lokaal gevestigde huisartsen niet met een nieuwe huisarts willen samenwerken, heeft deze 'een probleem'.⁷⁵

⁷² Zie verklaring Menzis, 6888_1/154, p. 2 en 6.

⁷³ Zo heeft Menzis een 'eigen' huisartsenpost in Utrecht geopend.

⁷⁴ Zie ook verklaring **[vertrouwelijk]**, 6888_1/204, p. 6.

⁷⁵ Zie verklaring CZ, 6888_1/150, p. 2.

3 Feiten en omstandigheden

63. Hieronder worden de feiten en omstandigheden met betrekking tot de specifieke gedragingen van de LHV vermeld die de Raad op basis van het rapport, het dossier en de zienswijzen van LHV vaststelt en die de basis vormen voor de juridische beoordeling van dit besluit. Om de gedragingen van de LHV op een juiste manier te kunnen duiden, is de (historische) context waarin de aanbevelingen zijn opgesteld, relevant. Hierop wordt eerst ingegaan.

3.1 Ontwerp vestigingsbeleid nieuwe huisartsen

64. Vanaf januari 2006 vindt binnen de LHV een discussie omtrent een beleid voor de vestiging van nieuwe huisartsen plaats. In dat jaar wordt door [vertrouwelijk] gewerkt aan een document, genaamd 'Vestiging'. [vertrouwelijk] heeft verklaard dat de opdracht tot het schrijven van een beleidsdocument over 'vestiging' werd gegeven door [vertrouwelijk].⁷⁶
65. In het document 'Vestiging' van januari 2006 staat geschreven dat het van belang is dat de vraag naar en het aanbod van huisartsenzorg in balans zijn om kwalitatief hoogwaardige huisartsenzorg te garanderen.⁷⁷ Indien de huisartsen niet zorgen voor een evenwichtig huisartsenaanbod, zullen initiatieven van buitenaf meer kans van slagen hebben. Om een evenwichtig huisartsenaanbod te realiseren is een vestigingsbeleid nodig, zo luidt het document. Het document vermeldt dat geen sprake meer is van een formeel vestigingsbeleid omdat de NMa heeft bepaald dat een vestigingsbeleid verboden is op grond van de Mededingingswet, en huisartsen in principe geen zeggenschap meer hebben over de vestiging van een nieuwe huisarts. Niettemin moeten de hagro's volgens het document 'Vestiging' een belangrijke rol hebben bij het in balans houden van vraag en aanbod. Zij monitoren vraag en aanbod en wanneer de hagro en de zorgverzekeraar van mening zijn dat de behoefte aan een nieuwe huisarts van permanente aard is, wordt een sollicitatieprocedure gestart. De sollicitatiecommissie bestaat uit huisartsen uit het verzorgingsgebied en, indien het opvolging van een huisarts in een groepspraktijk betreft, tevens uit huisartsen uit die groepspraktijk.
66. Eén van de aanleidingen voor het opstellen van het document 'Vestiging' lijkt te zijn gelegen in de opkomst van zogenoemde 'commerciële zorgcentra'. In onder meer een

⁷⁶ Zie dossierstuk 6888_1/65, verklaring d.d. 18 augustus 2010 van [vertrouwelijk], p. 3.

⁷⁷ Dossierstuk 6888_1/195, document met MD5 value: 94C5B2307BFCE4D170B2DB6C0FC05AF0.

document genaamd 'commerciële aanbieders van huisartsenzorg' van de LHV van 20 december 2006 voor het Bestuur van de LHV, is geschreven dat de LHV een standpunt dient in te nemen naar aanleiding van de opkomst van commerciële zorgcentra:

"(...) Inleiding

Steeds meer commerciële partijen starten eerstelijnszorgcentra. (...) In deze notitie wordt u geïnformeerd over de diverse commerciële partijen die huisartsenzorg bieden. (...)

Beschouwing

Alle commerciële partijen nemen naar nu blijkt de administratieve lasten en andere niet-medische randzaken voor hun rekening, waardoor huisartsen zich kunnen richten op de patiëntenzorg. Voor huisartsen kan dit een belangrijke reden zijn om zich te verbinden aan een commerciële partij. Wel krijgen huisartsen, die werkzaam zijn bij commerciële partijen een grotere patiëntenpopulatie toebedeeld. Gemiddeld 2600 patiënten per fte, met een uitschieter naar 4000, in tegenstelling tot huidige norm van 2350 patiënten per fte. Als de commerciële partijen in de toekomst meer praktijken overnemen, heeft dit gevolgen voor de capaciteit. Er zijn minder huisartsen nodig.

Het overgrote deel van de commerciële partijen neemt de huisartsen in loondienst. In tegenstelling tot wat de commerciële partijen vinden, wordt de medische autonomie van de huisarts hierdoor beperkt. Dit blijkt onder andere uit de, uit afspraken met verzekeraars voortvloeiende, verplichting bepaalde zorgpakketten aan te bieden en kosteneffectiever te werken. (...)

Conclusie

*Commerciële partijen proberen in toenemende mate een plek te veroveren in huisartsenland. Het feit dat huisartsen die zich met hen verbinden zich volledig kunnen richten op patiëntenzorg, is voor veel huisartsen naar alle verwachting reden om de stap te maken. De medische autonomie van de huisarts wordt beperkt en de macht van de verzekeraars neemt toe. Dit is een slechte ontwikkeling voor het merk 'huisartsenzorg' en de vertrouwensrelatie met patiënten kan onder druk komen te staan. De LHV moet hieromtrent eigenlijk een standpunt opstellen.*⁷⁸

⁷⁸ Zie dossierstuk 6888_1/8, document met nummers 6888_11_20100415135459843_1 tot en met 6888_11_20100415135459843_6.

67. Uit het document 'commerciële aanbieders van huisartsenzorg' van 20 december 2006 – en de versies die hierop volgen – blijkt dat de LHV het opkomen van commerciële zorgcentra als een onwenselijke ontwikkeling beschouwt.⁷⁹
68. De versie van het document 'Vestiging' van januari 2006 wordt gestuurd aan verschillende mensen binnen de LHV met het verzoek om commentaar te geven. Op de versie van het document 'Vestiging' van januari 2006 volgen nog verschillende versies, alle met een vergelijkbare inhoud.⁸⁰ Op 29 januari 2007 vraagt [vertrouwelijk] per e-mail om commentaar op de notitie 'Vestiging' aan verschillende medewerkers van de LHV, waaronder [vertrouwelijk].⁸¹
69. Voor de Bestuursvergadering van de LHV van 28 februari 2007 wordt een nieuwe versie van het document 'Vestiging' opgesteld. Uit de notulen van de Bestuursvergadering van 28 februari 2007 blijkt niet dat deze versie van de notitie ook daadwerkelijk besproken is in de betreffende Bestuursvergadering.⁸²

3.2 Vaststelling en communicatie vestigingsbeleid nieuwe huisartsen

70. Na voormelde datum wordt het document 'Vestiging' weer verschillende malen aangepast, onder meer naar aanleiding van commentaar van [vertrouwelijk].⁸³ Voor de Bestuursvergadering van de LHV van 12 september 2007 wordt een nieuwe versie van de notitie 'Vestiging' opgesteld. In de oplegnotitie van [vertrouwelijk] bij het betreffende vergaderdocument voor het Bestuur wordt als advies gegeven om *"Leden op de hoogte te brengen van de inhoud van deze notitie en te kijken of de wijze waarop nu wordt bekeken of er sprake is van een evenwichtig aanbod aangepast kan worden"*.⁸⁴ Als

⁷⁹ Zie onder meer dossierstuk 6888_1/8, document met nummers 6888_11_20100415135629187_1 tot en met 6888_11_20100415135629187_16 en dossierstuk 6888_1/195, document met MD5 value: 1EE45F8C826FE34B62D153C4CB83C89.

⁸⁰ Dossierstuk 6888_1/195, documenten met MD5 value: AA74DB8B03468DE55B8EDDB8DBEF61F1, MD5 value: 523F0F8B80AECE5E64A85E52727F1490, MD5 value: 1EE45F8C826FE34B62D153C4CB83C89D en MD5 value: BD8771BE1D60142D853AABE93ABF6989.

⁸¹ Dossierstuk 6888_1/195, document met MD5 value: 523F0F8B80AECE5E64A85E52727F1490.

⁸² Dossierstuk 6888_1/168, documenten aangeleverd door de LHV op 1 december 2010.

⁸³ Dossierstuk 6888_1/195, documenten met MD5 value: 0441B6A2D2C0CAF67A981D82B15C329D, MD5 value: F3B77BAB985A2E78F86ED2C9249F1620, MD5 value: FB2D15A7454AF7019012CFF21543EB29, MD5 value: 4C435E1C5F48E92C903B735AFAA58B3F en MD5 value: EA66FD71675C55FE3A37AA90D98E2AFC.

⁸⁴ Dossierstuk 6888_1/195, document met MD5 value: 368FE18CC138D37E14BEE5D20D114E57.

'status' van de notitie 'Vestiging' vermeldt de oplegnotitie: 'besluitvormend'. De wens om de leden van de LHV op de hoogte te brengen van de inhoud van de notitie 'Vestiging' komt tevens terug in het voorgestelde vervolgtraject, zoals vermeld in de oplegnotitie: *"De leden op de hoogte brengen van de inhoud van deze notitie"*.⁸⁵ Onder het kopje 'gewenste communicatie' staat vermeld: *"Handreiking over vestiging en goodwill uitbrengen voor onze leden"*.⁸⁶ Het document 'Vestiging' voor de Bestuursvergadering van 12 september 2007 luidt als volgt:

"(...) Inhoud notitie

In deze notitie wordt een analyse gemaakt van de huidige regulatiemechanismen en wetgeving en (...) wordt bekeken of het ontbreken van vestigingsbeleid negatieve dan wel positieve invloed heeft gehad op de capaciteit, spreiding en kwaliteit van de huisartsenzorg. Vervolgens wordt een aantal aanbevelingen gedaan om vestiging in goede banen te leiden. (...)

Vestiging

Wanneer een huisarts/organisatie een opengevallen praktijk overneemt of een nieuwe praktijk opent, wordt er gesproken van vestiging. Dit kan met (vrije vestiging) of zonder de steun van de gevestigde beroepsgroep (wilde vestiging) gebeuren. Wilde vestiging kwam tot nog toe zelden voor. In toenemende mate komt hier verandering in nu commerciële aanbieders van huisartsenzorg, zoals Vitea, Independen en Menzis, praktijken openen in gebieden waar zij markt in zien. (...)

Indien blijkt dat er (op korte termijn) sprake is van onderbezetting dan wel overcapaciteit, dienen de huisartsen de benodigde stappen te nemen. (...)

Sollicitatieprocedure

Wanneer blijkt dat een praktijk overgenomen moet worden of zich een dient huisarts te vestigen, moet een sollicitatieprocedure worden gestart. Eerste stap in een open sollicitatieprocedure is het benoemen van een sollicitatiecommissie. In deze sollicitatiecommissie moeten in ieder geval de huisartsen uit het betreffende verzorgingsgebied vertegenwoordigd zijn en indien het opvolging van een huisarts die in een groepspraktijk werkzaam is betreft, ook zijn directe collegae. De eerste beslissing die de commissie moet nemen is of er een nieuwe huisarts of HIDHA wordt geworven. Daarna kan immers pas een profielschets worden opgesteld. Na goedkeuring van het profiel door de preferente zorgverzekeraar, kan de vacature voor een huisarts of HIDHA worden uitgezet (en gepubliceerd). De sollicitatiecommissie

⁸⁵ Dossierstuk 6888_1/195, document met MD5 value: 368FE18CC138D37E14BEE5D20D114E57.

⁸⁶ Dossierstuk 6888_1/195, document met MD5 value: 368FE18CC138D37E14BEE5D20D114E57.

is vervolgens verantwoordelijk voor het beoordelen van de sollicitatiebrieven, voeren van de sollicitatiegesprekken en het maken van een keuze uit de kandidaten. Zodra de sollicitatiecommissie zijn keuze heeft gemaakt, wordt de huisarts ter contractering of HIDHA ter kennisneming aan de preferente zorgverzekeraar voorgelegd. Alleen als de kandidaat niet voldoet aan het profiel, mag de zorgverzekeraar een contract weigeren. Indien de sollicitatieprocedure geen geschikte kandidaat heeft kunnen vinden, moet een nieuwe (open) sollicitatieprocedure worden gestart. (...)

Beschouwing

Sinds 2002 is er geen formeel vestigingsbeleid meer en is de rol van de beroepsgroep bij vestiging veranderd. Huisartsen hebben geen directe zeggenschap meer over de vestiging van een nieuwe huisarts in hun verzorgingsgebied en kunnen dit in principe niet tegenhouden. (...) Om 24-uur per dag goede en bereikbare huisartsenzorg te kunnen bieden, is echter samenwerking nodig. (...) Voor deze samenwerking is het noodzakelijk dat de huisarts past binnen zijn omgeving. Het is zodoende essentieel dat de huisartsen uit de regio (door de zorgverzekeraar) betrokken worden bij vestiging van een nieuwe huisarts in hun verzorgingsgebied. (...) Indien de beroepsgroep niet zorgt voor een evenwichtig huisartsenaanbod, zullen andere partijen zich hiermee gaan bemoeien en initiatieven van buitenaf (commerciële zorgcentra) meer kans van slagen hebben. Bovendien kan een toename van het aanbod, leiden tot een afname van de doelmatigheid van de huisartsenzorg.

Conclusie

Formeel vestigingsbeleid is niet nodig om te zorgen voor een evenwichtig huisartsenaanbod en betrokkenheid van de beroepsgroep bij vestiging. Wel dienen huisartsen met hun preferente zorgverzekeraar afspraken te maken over hun betrokkenheid bij vestiging van een nieuwe huisarts(-envoorziening) in hun verzorgingsgebied. (...)⁸⁷

71. Op 12 september 2007 wordt de notitie 'Vestiging' besproken tijdens de Bestuursvergadering van de LHV.⁸⁸ De (concept)notulen van deze vergadering vermelden onder het kopje 'vestigingsbeleid' het volgende:

'Vestigingsbeleid

De goodwill-notitie wordt gecompriemd en aangepast aan de actualiteit.

⁸⁷ Dossierstuk 6888_1/195, document met MD5 value: 368FE18CC138D37E14BEE5D20D114E57.

⁸⁸ Zie dossierstuk 6888_1/195, document met MD5 value: 36FB1683C8FE3DFB7EA0C9F8C52BE403 en dossierstuk 6888_1/168, documenten aangeleverd door de LHV op 1 december 2010.

Er is besloten om de normpraktijk grootte van 2350 te laten vervallen en een bandbreedte in te voeren met een bepaalde omvang. Hiermee ben je af van een harde norm. De grootte is afhankelijk van de zorgbehoefte. Achterstandwijken en ouderen behoeven extra zorg.

[vertrouwelijk] merkt op dat de trends in de gaten moeten worden gehouden. De LHV dient te evalueren en te volgen en zonodig aankaarten als het kwaliteit in gedrang komt, in samenhang met de behoefte van de patiënt. Dit mag niet door de zorgverzekeraar worden bepaald. Dit zal worden opgenomen in de notitie.'

72. Op 18 oktober 2007 geeft de heer [vertrouwelijk] opdracht om het document 'Vestiging' op het besloten gedeelte van de website van de LHV te plaatsen.⁸⁹
73. Op 27 mei 2008 worden de Aanbevelingen op het besloten gedeelte van de website van de LHV geplaatst. Op 30 mei 2008 verzendt de LHV een nieuwsbrief – LHV-weeknieuws nummer 2008.18 – aan al haar leden, met als één van de onderwerpen 'Vestigingsbeleid houdt regionale huisartsenaanbod in balans'.⁹⁰ Onder deze kop staat het volgende vermeld:

"Om ervoor te zorgen dat in alle regio's voldoende en kwalitatief hoogwaardige huisartsenzorg beschikbaar is, moet worden gestreefd naar een evenwichtig huisartsenaanbod. Vestigingsbeleid is een middel om het regionale huisartsenaanbod in balans houden. Onder Dossiers>Praktijkinformatie>Vestiging vindt u een analyse van de huidige regulatiemechanismen en wetgeving. Ook wordt bekeken of het ontbreken van vestigingsbeleid negatieve of positieve invloed heeft gehad op de capaciteit, spreiding en kwaliteit van de huisartsenzorg. Vervolgens wordt een aantal aanbevelingen gedaan om vestiging in goede banen te leiden. (...)"⁹¹

74. Onder dit bericht is een link opgenomen. Uit een uitdraai van het besloten gedeelte van de website van de LHV van 23 september 2010 en van 8 februari 2011 blijkt dat de lezer van de nieuwsbrief via de link bij een tekst komt, die een beschrijving geeft van de rol van de zorgverzekeraars en de rol van de huisartsen bij vestiging van nieuwe huisartsen, en die aanbevelingen bevat om de vestiging van nieuwe huisartsen 'in goede banen te leiden' (hierna: de Aanbevelingen). De Aanbevelingen, die in grote lijnen overeen komen met de inhoud van de hiervoor vermelde notitie 'Vestiging',

⁸⁹ Dossierstuk 6888_1/195, document met MD5 value: F679F980E42D2F8BDA3CFE8D8A4F3B8E.

⁹⁰ Dossierstuk 6888_1/195, document met MD5 value: 210018B292D3DF64B1DEEDBA6B52DE32.

⁹¹ Dossierstuk 6888_1/195, document met MD5 value: 210018B292D3DF64B1DEEDBA6B52DE32.

alsmede de inleiding bij de Aanbevelingen, luiden (voor zover hier van belang) als volgt:

“(...) Rol huisartsen

Van individuele zorgverleners kan niet worden verwacht dat zij 24-uur per dag en zeven dagen per week voor zijn patiënten beschikbaar zijn. Hiervoor is samenwerking met de in de regio gevestigde huisartsen noodzakelijk. Om ervoor te zorgen dat deze samenwerking goed verloopt, is het van belang dat de huisartsen uit de regio betrokken zijn bij de vestiging van nieuwe huisartsen in hun verzorgingsgebied.

Vestiging

Wanneer een huisarts/organisatie een opengevallen praktijk overneemt of een nieuwe praktijk opent, wordt er gesproken van vestiging. Dit kan met (vrije vestiging) of zonder steun van de gevestigde beroepsgroep (wilde vestiging) gebeuren. Wilde vestiging kwam tot nog toe zelden voor. In toenemende mate komt hier verandering in nu commerciële aanbieders van huisartsenzorg, zoals Vitea, Independer en Menzis, praktijken openen in gebieden waar zij markt zien.

Evenwichtig aanbod

Bij vestiging dient de verhouding tussen vraag en aanbod van doorslaggevende factor te zijn (evenwichtig aanbod). Iedere patiënt heeft immers recht op een huisartsenvoorziening in de buurt. Om te bepalen of er ook daadwerkelijk een evenwichtig aanbod is, moet worden gekeken naar het aantal en soort patiënten dat woonachtig is in het verzorgingsgebied van een nieuw te vestigen of op te volgen huisarts. Vervolgens moet dit worden afgezet tegen het aantal huisartsen (fte) dat werkzaam is in het gebied en de normpraktijk grootte (2350). (...)

Aanbevelingen

1. Periodieke evaluatie

Om ervoor te zorgen dat huisartsen de regie in handen houden en zorgverzekeraars niet andere partijen contracteren voor het leveren van huisartsgeneeskundige zorg, moeten huisartsen zelf zorgen voor een evenwichtig huisartsenaanbod. De hagro (of breder samenwerkingsverband) dient daarom periodiek, aan de hand van patiëntenaantallen per praktijk en het inwoneraantal in hun verzorgingsgebied, te bekijken of het aanbod (nog) in evenwicht is. Vervolgens moet worden bekeken of het inwoneraantal en/of huisartsenaanbod binnen afzienbare tijd gaat veranderen. Bijvoorbeeld door sterk vergrijsde woonwijken, nieuw te bouwen woonwijken, huisartsen die binnenkort willen stoppen of juist extra medewerkers aannemen.

Indien blijkt dat er (op korte termijn) sprake is van onderbezetting dan wel overcapaciteit, dienen de huisartsen de benodigde stappen te nemen. (...)

Als blijkt dat de behoefte of het overschot van permanente aard is, moet de hagro en de preferente zorgverzekeraar hiervan op de hoogte worden gebracht. Indien beide partijen van mening zijn dat er ook werkelijk behoefte is aan een nieuwe huisarts, moet een open sollicitatieprocedure worden gestart. Als blijkt dat het overschot van permanente aard is, moet de hagro bekijken hoe het overschot opgelost kan worden. Hierbij kan gedacht worden aan het verminderen van het aantal waarnemers of huisartsen in loondienst. Evenzeer kan besloten worden geen actie te ondernemen. Het kan de kwaliteit van zorg namelijk ten goede komen.

2. Sollicitatieprocedure

Wanneer blijkt dat een praktijk overgenomen moet worden of zich een dient huisarts te vestigen, moet een sollicitatieprocedure worden gestart. Eerste stap in een open sollicitatieprocedure is het benoemen van een sollicitatiecommissie. In deze sollicitatiecommissie moeten in ieder geval de huisartsen uit het betreffende verzorgingsgebied vertegenwoordigd zijn en indien het opvolging van een huisarts die in een groepspraktijk werkzaam is betreft, ook zijn directe collegae. De eerste beslissing die de commissie moet nemen is of er een nieuwe huisarts of HIDHA wordt geworven. Daarna kan immers pas een profielschets worden opgesteld. Na goedkeuring van het profiel door de preferente zorgverzekeraar, kan de vacature voor een huisarts of HIDHA worden uitgezet (en gepubliceerd). De sollicitatiecommissie is vervolgens verantwoordelijk voor het beoordelen van de sollicitatiebrieven, voeren van de sollicitatiegesprekken en het maken van een keuze uit de kandidaten. Zodra de sollicitatiecommissie zijn keuze heeft gemaakt, wordt de huisarts ter contractering of HIDHA ter kennismeming aan de preferente zorgverzekeraar voorgelegd. (...)

Conclusie

Huisartsen hebben geen directe zeggenschap meer over de vestiging van een nieuwe huisarts in hun verzorgingsgebied en kunnen dit in principe niet tegenhouden. Wel kunnen huisartsen in de regio afspraken maken met de preferente zorgverzekeraars over hun betrokkenheid bij vestiging van nieuwe huisartsen. (...)

Om 24-uur per dag goede en bereikbare huisartsenzorg te kunnen bieden, is echter samenwerking nodig. (...) Voor deze samenwerking is het noodzakelijk dat de huisarts past binnen zijn omgeving. Het is zodoende essentieel dat de huisartsen uit de regio (door de zorgverzekeraar) betrokken worden bij vestiging van een nieuwe huisarts in hun verzorgingsgebied.

Verder kunnen huisartsen door het periodieke evalueren van het aanbod in hun verzorgingsgebied snel samen met de preferente zorgverzekeraar inspelen op een eventuele behoefte of overschot. De beroepsgroep kan er zo voor zorgen dat de Nederlandse bevolking toegang heeft tot kwalitatief goede huisartsenzorg in de buurt en uitvoering geven aan de regierol van de huisarts in de eerste lijn. Indien de beroepsgroep niet zorgt voor een evenwichtig huisartsenaanbod, zullen andere partijen zich hiermee gaan bemoeien en initiatieven van buitenaf (commerciële zorgcentra) meer kans van slagen hebben. Bovendien kan een toename van het aanbod, leiden tot een afname van de doelmatigheid van de huisartsenzorg.

Eindconclusie

Formeel vestigingsbeleid is niet nodig om te zorgen voor een evenwichtig aanbod en betrokkenheid van de beroepsgroep bij vestiging. Wel dienen huisartsen met hun preferente zorgverzekeraar afspraken te maken over hun betrokkenheid bij vestiging van een nieuwe huisarts(-envoorziening) in hun verzorgingsgebied.⁹²

75. In juli 2008 ontstaat binnen de LHV een discussie naar aanleiding van de 'wilde vestiging' van een aantal huisartsen. In het verslag van de Bestuursvergadering van de LHV van 16 juli 2008 staat het volgende vermeld:

"(...) Wild vestigen huisartsen

[vertrouwelijk] *heeft melding gedaan van wild vestigen van een aantal huisartsen in Galgenwaard. Omdat de primaire HAP [toevoeging van de NMa: Huisartsenpost⁹³] hen van deelname aan de waarneming wilde uitsluiten hebben zij tegen de HAP een rechtszaak aangespannen en deze ook gewonnen. De huisartsen zijn bij hun vestiging door Symfonie gefaciliteerd. Nu vraagt [vertrouwelijk] of de LHV een standpunt kan innemen over wilde vestigingen. Volgens [vertrouwelijk] verdient vestigingsbeleid aandacht en gezien de ontwikkelingen dient de LHV een standpunt in te nemen. Om een standpunt te kunnen innemen is een criteriumlijst nodig. [vertrouwelijk] zal de vestigingsnotitie laten updaten en nogmaals agenderen. Hierbij zullen de voorbeelden tegen het licht worden gehouden. (...)⁹⁴*

⁹² Zie dossierstukken 6888_1/98 en 6888_1/309, uitdraai besloten gedeelte website LHV d.d. 23 september 2010 en 8 februari 2011.

⁹³ Huisartsenposten zijn huisartsendienstenstructuren waar de onderlinge waarneming gedurende de avonden, nachten en weekenden sinds een aantal jaren wordt geregeld. Zie <http://www.nza.nl/zorgonderwerpen/zorgonderwerpen/huisartsenzorg>. Zie dossierstuk 6888_1/339, documenten gebruikt voor het in kaart brengen van de context.

⁹⁴ Zie dossierstuk 6888_1/195, document met MD5 value: BBOE82AF89AD212FB8EF1FFFC05C2D07.

76. Naar aanleiding van de Bestuursvergadering stuurt **[vertrouwelijk]** op 16 juli 2008 een e-mail aan **[vertrouwelijk]**, waarvan een kopie wordt gestuurd aan het LHV-Bestuur. Hierin geeft **[vertrouwelijk]** aan dat in de Bestuursvergadering de discussie op gang kwam dat de LHV opnieuw een standpunt moet vormen over het 'vestigingsbeleid'. Dit naar aanleiding van een 'wilde vestiging' en de inmenging van een verzekeraar, Menzis, met het 'vestigingsbeleid'. **[vertrouwelijk]** wil overleggen over hoe de notitie vestiging te updaten, een antwoord te formuleren op vragen en wil het stuk agenderen in het Bestuur en wellicht de Ledenraad.⁹⁵
77. **[vertrouwelijk]** stelt vervolgens in augustus 2008 een nieuwe notitie op voor het LHV Bestuur over 'Vestiging'. Een kopie van deze notitie wordt gestuurd aan **[vertrouwelijk]**.⁹⁶
78. Op 13 augustus 2008 stuurt **[vertrouwelijk]** een e-mail aan het LHV-directiesecretariaat met als onderwerp 'Standpunt Vestiging'. In deze e-mail verzoekt **[vertrouwelijk]** het secretariaat de notitie in de bijlage te agenderen voor de Bestuursvergadering van de week erop.⁹⁷ In de bijlage bij deze e-mail is een notitie van 13 augustus 2008 opgenomen met als onderwerp 'Vestiging', die is gericht aan het Bestuur, met een cc aan **[vertrouwelijk]**.⁹⁸ In de bijlage bij deze notitie is vervolgens de versie van de notitie 'Vestiging' die in de vergadering van het Bestuur van de LHV op 12 september 2007 is besproken, opgenomen.
79. Op de agenda voor de Bestuursvergadering van 20 augustus 2008 staat als agendapunt 8 opgenomen: "Standpunt vestigingsbeleid". In de bijlage bij de agenda is de notitie opgenomen die **[vertrouwelijk]** op 13 augustus 2008 aan het LHV-directiesecretariaat heeft gestuurd ten behoeve van de Bestuursvergadering van 20 augustus 2008.⁹⁹
80. Op 1 oktober 2008 stuurt **[vertrouwelijk]** wederom een notitie 'Vestiging' aan het Bestuur, met een kopie aan **[vertrouwelijk]**, waarvan de inhoud vergelijkbaar is met de

⁹⁵ Zie dossierstuk 6888_1/195, document met MD5 value: A527D8D497A5FC605A00879A2B628A69.

⁹⁶ Zie dossierstuk 6888_1/195, document met MD5 value: CF865C3B1C0BB218887E7761186DDD66.

⁹⁷ Zie dossierstuk 6888_1/195, document met MD5 value: 5344ED2DDCA7B8F48CA05EFAE1818EEF.

⁹⁸ Zie dossierstuk 6888_1/195, document met MD5 value: 5344ED2DDCA7B8F48CA05EFAE1818EEF.

⁹⁹ Zie dossierstuk 6888_1/8, document met nummers 6888_11_20100415142927984_1 tot en met 6888_11_20100415142927984_24.

notitie aangehaald in randnummer 77. In de bijlage bij deze notitie is wederom de notitie 'Vestiging' uit september 2007 opgenomen.¹⁰⁰

81. De agenda voor de Bestuursvergadering van 8 oktober 2008 vermeldt onder punt 4f "Vestigingsbeleid (...) besluitvormend". In de bijlage is het memo met als onderwerp 'Vestiging' van 1 oktober 2008 opgenomen.¹⁰¹
82. Uit de in het onderhavige dossier opgenomen informatie volgt dat de Aanbevelingen (in ieder geval) op 8 februari 2011 nog op het besloten deel van de website van de LHV stonden en tot dat moment konden worden geraadpleegd door de leden van de LHV.¹⁰²

3.3 Toepassing vestigingsbeleid op lokaal niveau

83. Uit de in het dossier opgenomen documenten blijkt dat het door de LHV opgestelde vestigingsbeleid dat is gecommuniceerd aan de leden van de LHV overgenomen is door enkele regionale 'kringen' van huisartsen die bij de LHV zijn aangesloten. Zo heeft de LHV-Kring Amsterdam een richtlijn opgesteld omtrent de vestiging van huisartsen, waarin de Aanbevelingen die door de LHV aan haar leden zijn gecommuniceerd zijn overgenomen.¹⁰³ Een concept van deze Richtlijn Vestiging Huisartsen van de LHV-Kring Amsterdam dateert van 17 februari 2009.¹⁰⁴ Ook binnen de LHV-Kring Noord Holland Midden, wordt een 'Richtlijn Vestiging Huisartsen' opgesteld waarin de Aanbevelingen van de LHV zijn overgenomen. Uit een e-mail van 26 mei 2009 van een medewerker van de betreffende Kring, blijkt dat het gaat om een definitieve versie van de Richtlijn, die is bedoeld voor de website en de digitale nieuwsbrief van de Kring Noord Holland Midden.¹⁰⁵

¹⁰⁰ Zie dossierstuk 6888_1/195, document met MD5 value: 6F3535DD164C8347A2CDBEC02528D9F8.

¹⁰¹ Zie dossierstuk 6888_1/8, document met nummers 6888_11_20100415143245703_1 tot en met 6888_11_20100415143245703_24.

¹⁰² Op 8 februari 2011 is toegang tot het besloten deel van de website van de LHV gevorderd en een uitdraai gemaakt van het besloten deel van de website van de LHV, waar de Aanbevelingen zijn opgenomen; zie document 6888_1/309.

¹⁰³ Dossierstuk 6888_1/192, document met MD5 value: 5143D5B699AFB2C41B3907CED626C32C.

¹⁰⁴ Dossierstuk 6888_1/192, document met MD5 value: 5BBBC92B52C6581C4EFA435645403429.

¹⁰⁵ Dossierstuk 6888_1/192, document met MD5 value: 81D7F9D6A84342C917A22BC93638D7C9.

3.4 Tussenconclusie

84. Uit het voorgaande volgt dat het Bestuur van de LHV vanaf 27 mei 2008 haar leden heeft geadviseerd omtrent het door de leden te voeren beleid met betrekking tot de vestiging van nieuwe huisartsen. Hiertoe heeft de LHV Aanbevelingen geplaatst op het besloten gedeelte van haar website dat alleen voor haar leden toegankelijk is. Middels een nieuwsbrief van 30 mei 2008 heeft de LHV haar leden op deze Aanbevelingen geattendeerd.
85. In de Aanbevelingen wordt aangegeven dat het omwille van de onderlinge samenwerking van belang is dat de huisartsen uit de regio betrokken zijn bij de vestiging van nieuwe huisartsen. Hierbij wordt aangegeven dat bij vestiging van een nieuwe huisarts de verhouding tussen vraag en aanbod een doorslaggevende factor dient te zijn, omdat iedere patiënt recht heeft op een huisartsenvoorziening in de buurt. De LHV adviseert haar leden om 'de regie in handen te houden' en ervoor te zorgen dat zorgverzekeraars geen andere partijen contracteren voor het leveren van huisartsgeneeskundige zorg. Hiertoe dienen de huisartsen het aanbod van huisartsgeneeskundige zorg te monitoren en "in balans te houden". Wanneer de lokale huisartsen van mening zijn dat zich een huisarts dient te vestigen, dienen zij een sollicitatieprocedure te organiseren, zo luiden de Aanbevelingen. Hierbij dienen de huisartsen eerst te bepalen of er een nieuwe huisarts of een huisarts in loondienst in een bestaande praktijk moet worden geworven. Verder wordt in de Aanbevelingen aangegeven dat, wanneer er sprake is van een overschot aan huisartsenzorg van permanente aard, gedacht kan worden aan het verminderen van het aantal waarnemers of huisartsen in loondienst. Hierbij wordt aangegeven dat ook besloten kan worden om geen actie te ondernemen, omdat het de kwaliteit van zorg ten goede kan komen.
86. Ook na de communicatie van de Aanbevelingen van 27 mei 2008 bleef het onderwerp 'vestiging' binnen de LHV en het Bestuur van de LHV onderwerp van gesprek.
87. Uit het in het onderhavige dossier opgenomen bewijsmateriaal volgt voorts dat de Aanbevelingen door enkele 'LHV kringen' op lokaal niveau zijn overgenomen.
88. De Aanbevelingen stonden (in ieder geval) op 8 februari 2011 nog op het besloten deel van de website van de LHV en konden (in ieder geval) tot dat moment worden geraadpleegd door de leden van de LHV.

3.5 Zienswijzen m.b.t. de gedragingen van LHV en beoordeling daarvan door de Raad

Zienswijze LHV

89. LHV is van mening dat het Bestuur van de LHV nimmer een beleid ten aanzien van de vestiging van nieuwe huisartsen heeft opgesteld. De LHV stelt zich hiertoe allereerst op het standpunt dat tijdens de vergadering van het Bestuur van de LHV van 12 september 2007 niet is gesproken over een vestigingsbeleid. Volgens de LHV is tijdens deze vergadering (voor zover hier van belang) alleen gesproken over 'de goodwillnotitie, die de avond daaraan voorafgaand in de ledenraad is besproken'. Op de 'actielijst' van deze vergadering komt volgens de LHV geen verwijzing naar de notitie vestiging voor. De LHV wijst er voorts op dat tijdens de Bestuursvergaderingen van 16 juli 2008, 20 augustus 2008 en 8 oktober 2008 het onderwerp 'vestiging' niet is besproken.
90. Volgens de LHV heeft de ledenraad van de LHV zich nimmer over de notitie 'vestiging' gebogen en kan, mede om deze reden, geen sprake zijn van beleid van de LHV met betrekking tot dit onderwerp.
91. Ten aanzien van de e-mail van **[vertrouwelijk]**, van 18 oktober 2007 waarin **[vertrouwelijk]** de opdracht geeft aan zijn secretaresse om het document 'Vestiging' op het besloten gedeelte van de website van de LHV te plaatsen, stelt de LHV dat deze opdracht is gedaan zonder goedkeuring van het Bestuur van de LHV en/of de ledenraad van de LHV.
92. De LHV gaat ervan uit dat de leden van de LHV op 31 mei 2008, één dag na verzending van de nieuwsbrief aan de leden, kennis konden nemen van de notitie vestiging met de daarin opgenomen Aanbevelingen. De LHV wijst er op dat tussen de datum van de opdracht van **[vertrouwelijk]** en de datum van publicatie van de notitie vestiging op de website van de LHV een periode van zes maanden ligt. Om deze reden bestaat volgens de LHV hiertussen geen 'causaal verband'.
93. Volgens de LHV had **[vertrouwelijk]** 'eigenhandig', en mitsdien onbevoegd, in de nieuwsbrief aandacht geschonken aan de 'notitie vestiging'. **[vertrouwelijk]** zou mede om deze reden zijn ontslagen door de LHV. Volgens de LHV heeft zij dan ook niet ingestemd met de publicatie van (een bewerkte versie van) het memo vestiging in de nieuwsbrief en op haar website.

94. LHV wijst er voorts op dat het document ten aanzien van de leden van de Kring Amsterdam geen vastgesteld beleid betreft, maar een conceptnotitie. Het stond volgens de LHV niet vast dat dit stuk het beleid van deze kring zou gaan vormen. In een verslag van de vergadering van het Bestuur van deze kring van 11 mei 2009 wordt deze richtlijn volgens de LHV juist ter discussie gesteld. Ook de e-mail van de Kring Noord-Holland Midden met als bijlage de 'richtlijn vestiging huisartsen NHM' vormt volgens de LHV geen bewijs dat het Bestuur deze richtlijn als beleid heeft vastgesteld, aangezien niet duidelijk is of het Bestuur zich gebogen heeft over deze richtlijn.

Beoordeling Raad

95. De Raad volgt LHV niet in haar stelling dat tijdens de vergadering van het Bestuur van de LHV van 12 september 2007 niet is gesproken over een vestigingsbeleid, maar alleen over de 'goodwillproblematiek'. Alhoewel in de (concept)notulen van deze vergadering alleen wordt verwezen naar een 'goodwill-notitie' en niet (met zoveel woorden) naar de notitie over vestigingsbeleid, is een aparte paragraaf met de titel 'vestigingsbeleid' in de notulen opgenomen. Uit deze paragraaf blijkt dat het Bestuur van de LHV tijdens deze vergadering besloten heeft om 'de normpraktijk-grootte van 2350 te laten vervallen en een bandbreedte in te voeren met een bepaalde omvang'. De tot dat moment gehanteerde normpraktijk-grootte komt eveneens aan bod in de notitie 'vestiging' van september 2007 die is opgesteld door [vertrouwelijk] en die voorzien van een oplegnotitie aan het Bestuur van de LHV is voorgelegd ter bespreking tijdens de vergadering van 12 september 2007. Op pagina 5 vermeldt de notitie onder meer dat bij vestiging de verhouding tussen vraag en aanbod een 'doorslaggevende factor' dient te zijn, waarbij het aantal (en soort) patiënten dat woonachtig is in het verzorgingsgebied van een nieuw te vestigen of op te volgen huisarts dient te worden afgezet tegen het aantal huisartsen dat werkzaam is in het gebied en de normpraktijk-grootte. Op pagina 6 van deze notitie is voorts een paragraaf over 'goodwill' opgenomen, waarin enerzijds wordt gesignaleerd dat het voor individuele huisartsen 'lastig' kan worden om zich te vestigen als goodwill bij een overname van een praktijk dient te worden betaald, maar anderzijds dat goodwill een 'stimulus' kan zijn voor gevestigde huisartsen om te investeren in hun praktijk.
96. Uit al het voorgaande volgt niet dat tijdens de vergadering van 12 september 2007 uitsluitend over goodwill en niet over het memo vestiging van september 2007 werd gesproken. Uit de (concept)notulen van deze vergadering - gezien tezamen met de hiervoor weergegeven oplegnotitie van [vertrouwelijk] bij het memo vestiging - volgt veeleer dat juist dit memo tijdens deze vergadering is besproken. Dat geen 'actielijst' met betrekking tot deze vergadering bestaat waarop een verwijzing naar de notitie

vestiging is opgenomen, doet naar het oordeel van de Raad aan het voorgaande niet af.

97. De Raad wijst er op dat LHV niet betwist dat de Aanbevelingen in ieder geval vanaf 30 mei 2008 op het alleen voor leden toegankelijke gedeelte van haar website zijn geplaatst. Voorts is van belang dat de Aanbevelingen tot (in ieder geval) 8 februari 2011 op het besloten gedeelte van de website van de LHV vermeld bleven, hetgeen de LHV niet betwist.
98. Gelet op al het voorgaande, is niet aannemelijk dat de Aanbevelingen door een hiertoe onbevoegde medewerker van de LHV op de site zijn geplaatst. Wat daar verder ook van zij, naar het oordeel van de Raad is primair van belang dat de Aanbevelingen na de communicatie aan de leden van de LHV op voormelde wijze, alsmede na aanvang van het onderzoek van de NMa in deze zaak, specifiek na voormeld bedrijfsbezoek ten kantore van de LHV, niet van deze site zijn verwijderd.
99. Uit het feit dat het memo vestiging - met daarin opgenomen als 'conclusie' dat huisartsen met hun zorgverzekeraars afspraken dienen te maken over hun betrokkenheid bij vestiging van een nieuwe huisarts in hun verzorgingsgebied – is besproken tijdens de Bestuursvergadering van 12 september 2007, gezien tezamen met het feit dat de Aanbevelingen op 27 mei 2008 op het besloten gedeelte van de website van de LHV zijn geplaatst en hiermee aan de leden van de LHV zijn meegedeeld, en hiervan niet zijn verwijderd tot op heden leidt de Raad af dat het Bestuur van de LHV inhoudelijk ingestemd heeft met de Aanbevelingen zoals vermeld in het document vestiging van september 2007 en besloten heeft om de hierin opgenomen aanbevelingen aan haar leden te communiceren. Of hiermee sprake was van 'beleid van het Bestuur van de LHV' dat conform de reglementen van de LHV is opgesteld, kan naar het oordeel van de Raad, mede gelet op hetgeen hierna in het hoofdstuk juridische beoordeling wordt overwogen, in het midden worden gelaten. Evenmin is van belang dat het Bestuur van de LHV na 27 mei 2008 geen nader (inhoudelijk) standpunt met betrekking tot het onderwerp 'vestiging' heeft ingenomen.

3.6 Conclusie van de Raad over de feiten en omstandigheden

100. Uit al het voorgaande volgt dat vanaf januari 2006 een discussie binnen de LHV ontstaat omtrent de vestiging van nieuwe huisartsen. Vanaf dat moment werkt een beleidsmedewerker van de afdeling Beleid & Ontwikkeling van de LHV aan een document genaamd 'Vestiging', waarin de basis voor de Aanbevelingen van de LHV

wordt gelegd. Het document 'Vestiging' is meerdere malen binnen de LHV afgestemd en aangepast.

101. De Raad stelt vast dat op 12 september 2007 het document 'Vestiging' werd besproken tijdens een vergadering van het Bestuur van de LHV. Uit de inhoud van de oplegnotitie bij het document 'Vestiging' voor de Bestuursvergadering blijkt dat het uiteindelijk de bedoeling was om de inhoud van het document 'Vestiging' te communiceren richting de leden van de LHV. Op 18 oktober 2007 gaf [vertrouwelijk] opdracht om het document 'Vestiging' op het besloten gedeelte van de website van de LHV te plaatsen.
102. De Raad stelt voorts vast dat de LHV op 27 mei 2008 de Aanbevelingen op het besloten gedeelte van haar website heeft geplaatst. Op 30 mei 2008 zond de LHV een digitale nieuwsbrief aan al haar leden, met als één van de onderwerpen 'Vestigingsbeleid houdt regionale huisartsenaanbod in balans'. Onder dit bericht is een link opgenomen naar een tekst op het besloten deel van de website van de LHV, waar de Aanbevelingen zijn weergegeven.
103. De Aanbevelingen komen in essentie overeen met de inhoud van het document 'Vestiging'. In de Aanbevelingen wordt aangegeven dat het omwille van de onderlinge samenwerking van belang is dat de huisartsen uit de regio betrokken zijn bij de vestiging van nieuwe huisartsen. Hierbij wordt aangegeven dat bij vestiging van een nieuwe huisarts de verhouding tussen vraag en aanbod een doorslaggevende factor dient te zijn, omdat iedere patiënt recht heeft op een huisartsenvoorziening in de buurt. De LHV adviseert haar leden om 'de regie in handen te houden' en ervoor te zorgen dat zorgverzekeraars geen andere partijen contracteren voor het leveren van huisartsgeneeskundige zorg. Hiertoe dienen de huisartsen het aanbod van huisartsgeneeskundige zorg te monitoren en "in balans te houden". Wanneer de lokale huisartsen van mening zijn dat zich een huisarts dient te vestigen, dienen zij een sollicitatieprocedure te organiseren, zo luiden de Aanbevelingen. Hierbij dienen de huisartsen eerst te bepalen of er een nieuwe huisarts of een huisarts in loondienst in een bestaande praktijk moet worden geworven. Verder wordt in de Aanbevelingen aangegeven dat, wanneer er sprake is van een overschot aan huisartsenzorg van permanente aard, gedacht kan worden aan het verminderen van het aantal waarnemers of huisartsen in loondienst. Hierbij wordt aangegeven dat ook besloten kan worden om geen actie te ondernemen, omdat het de kwaliteit van zorg ten goede kan komen.
104. Uit de hiervoor vermelde feiten en omstandigheden volgt voorts dat er vanaf juli 2008 discussie is geweest binnen de LHV omtrent de vestiging van nieuwe huisartsen

naar aanleiding van de zogenoemde 'wilde vestiging' van een aantal huisartsen. Ook na de communicatie van de Aanbevelingen werd binnen de LHV - op het niveau van het Bureau van de LHV en het Bestuur van de LHV - het onderwerp 'vestiging' herhaaldelijk besproken.

105. Uit de in het onderhavige dossier opgenomen informatie volgt dat enkele regionale kringen van huisartsen die bij de LHV zijn aangesloten, de Aanbevelingen van de LHV omtrent de vestiging van nieuwe huisartsen hebben overgenomen.
106. Tot slot is van belang dat de Raad heeft vastgesteld dat de Aanbevelingen (in ieder geval) op 8 februari 2011 nog op het besloten deel van de website van de LHV stonden en tot dat moment konden worden geraadpleegd door de leden van de LHV.

4 Juridische beoordeling

4.1 Procedurele aspecten

Zienswijze LHV

107. De LHV is van mening dat haar rechten van de verdediging in de zin van artikel 6 van het Europees Verdrag tot bescherming van de Rechten van de Mens (hierna: EVRM) zijn geschonden tijdens het onderzoek naar de overtreding in het kader van de Mededingingswet. Naar de mening van de LHV is er sprake van schending van het nemo tenetur beginsel doordat de Directie Mededinging tijdens de verhoren met de bestuurders en de directeur van de LHV een vooringenomen houding had. Dit zou blijken uit het feit dat stukken waarover vragen werden gesteld, niet werden voorgelegd tijdens de verhoren. Voorts betoogt de LHV dat ontlastende informatie over de vestiging van een huisarts in de gemeente Doenrade ontbreekt in het ter inzage gelegde dossier. Ook een ontlastende e-mail van [vertrouwelijk] zou ontbreken. Het bovenstaande zou tevens leiden tot schending van het zorgvuldigheidsbeginsel.

Beoordeling Raad

108. De Raad is van oordeel dat er geen sprake is van schending van de rechten van de verdediging.
109. De Directie Mededinging kan stukken waarover verhoord wordt voorleggen in het kader van de rechten van de verdediging. Tijdens het verhoor werd door de Directie

Mededinging gerefereerd aan stukken die niet op dat moment werden voorgelegd. Het ging hierbij om stukken die bij de LHV zelf waren ingenomen en waarvan de betrokken partijen derhalve reeds kennis hadden genomen of hadden kunnen nemen op basis van de kopieën voor het eigen dossier van de LHV, zoals deze standaard door de Directie Mededinging worden gemaakt bij de bewijsgaring tijdens het onderzoek naar de overtreding van de Mw.

110. Voor zover ten aanzien van het dossier ten tijde van de hoorzitting sprake was van het ontbreken van - beweerdelijk - ontlastend bewijs is dit gecorrigeerd doordat de LHV zelf de e-mail van [vertrouwelijk] heeft voorgelegd als bijlage bij de schriftelijke zienswijze. Deze maakt thans deel uit van het dossier dat ten grondslag ligt aan de onderhavige beoordeling van de Raad. Tevens is aan de Directie Mededinging verzocht alle stukken over de huisarts in de gemeente Doenrade die in het archiefdossier waren opgenomen aan het zaaksdossier toe te voegen ten behoeve van de beoordeling daarvan door de Raad. De Raad heeft de LHV in de gelegenheid gesteld te reageren op de toegevoegde stukken. Gelet op het voorgaande ziet de Raad niet in hoe de betrokken partijen in hun verdediging zouden zijn geschaad of hoe de Raad op enigerlei wijze in strijd met het zorgvuldigheidsbeginsel heeft gehandeld.

4.2 Artikel 6 lid 1 Mw

111. Artikel 6 lid 1 Mw verbiedt besluiten van een ondernemersvereniging die ertoe strekken of ten gevolge hebben dat de mededinging op de Nederlandse markt of een deel daarvan wordt verhinderd, beperkt of vervalst. Het verbod van artikel 6 lid 1 Mw geldt niet voor de in artikel 6 lid 3 Mw genoemde uitzondering. Voor de toepassing van dit verbod is de beschikkingenpraktijk van de Europese Commissie (hierna: de Commissie), de rechtspraak van het Hof van Justitie van de Europese Unie (hierna: Hof van Justitie) met betrekking tot artikel 101 Verdrag betreffende de Werking van de Europese Unie (hierna: VWEU) mede richtinggevend.¹⁰⁶

4.2.1 Ondernemersvereniging in de zin van artikel 6 lid 1 Mw

112. De Landelijke Huisartsen Vereniging is aan te merken als een ondernemersvereniging in de zin van artikel 6, eerste lid, Mw. Ingevolge artikel 1, sub g, Mw dient het begrip

¹⁰⁶ Zie: MvT bij de Mededingingswet, Tweede kamer 24 707, nr. 3, p. 9; NAV, Tweede Kamer 24 707, nr. 6, p. 11.

ondernemersvereniging te worden uitgelegd in de zin van 101 lid 1 VWEU.¹⁰⁷ Het Hof van Justitie heeft het begrip ondernemersvereniging uitgelegd als een entiteit waarvan de leden ondernemingen zijn, zonder dat deze entiteit zelf goederen of diensten dient aan te bieden of zijn rechtspersoonlijkheid is vereist.¹⁰⁸ Het begrip onderneming is door het Hof van Justitie gedefinieerd als elke eenheid die een economische activiteit uitoefent, ongeacht haar rechtsvorm en de wijze waarop zij wordt gefinancierd.¹⁰⁹ De leden van de LHV zijn huisartsen. Huisartsen bieden zorg aan en ontvangen daarvoor een beloning in de vorm van vergoedingen van zorgverzekeraars. Voorts dragen zij financiële risico's. Hiermee oefenen zij onmiskenbaar economische activiteiten uit. Het feit dat de uitoefening van hun beroep aan regels gebonden is doet hier niet aan af.¹¹⁰ Huisartsen zijn dan ook aan te merken als ondernemingen in de zin van artikel 6, lid 1 juncto artikel 1, sub f Mw. De LHV vertegenwoordigt de gemeenschappelijke belangen van deze ondernemingen.¹¹¹ Dientengevolge is de LHV te kenmerken als een ondernemersvereniging in de zin van artikel 6, lid 1 Mw.¹¹²

4.2.2 *Besluit van een ondernemersvereniging in de zin van artikel 6, lid 1 Mw*

113. Het kartelverbod in artikel 6, lid 1 Mw verbiedt besluiten van een ondernemersvereniging die ertoe strekken of ten gevolge hebben dat de mededinging op de Nederlandse markt of een deel daarvan wordt verhinderd, beperkt of vervalst. Om onder het begrip 'besluit van een ondernemersvereniging' te vallen, is een formeel besluit niet noodzakelijk. Er kan ook sprake zijn van een besluit indien dit slechts wordt gepresenteerd als een vrijblijvende aanbeveling.¹¹³ Het is niet van

¹⁰⁷ Artikel 1 sub g Mw noemt nog artikel 81, lid 1 van het Verdrag van de Europese Gemeenschappen maar dit is vervangen door het huidige artikel 101, lid 1, van het Verdrag betreffende de werking van de Europese Unie per 1 oktober 2009.

¹⁰⁸ HvJ EG 19 februari 2002, zaak C-309/99, *Wouters*, Jur. 2002, p. I-1653, pt. 50-71 en HvJ EG 15 mei 1975, zaak 71/74, *Frubo*, Jur. 1975, p. 563, pt. 30 en 31.

¹⁰⁹ Vergelijk HvJ EG 23 april 1991, zaak C-41/90, *Höfner e.a. t. Macrotron GmbH*, Jur. 1991, p. I-01979, pt. 22 en 23.

¹¹⁰ Zoals door de NMa bepaald in het Besluit van de d-g NMa van 11 april 2001, zaak 537, *Landelijke Huisartsen Vereniging*, rnr. 70 en 71.

¹¹¹ Artikel 2 Statuten LHV 29 november 2010, 6888_1/308; Richtsnoeren voor de zorgsector, randnummer 184.

¹¹² De LHV achtte zichzelf in het verleden reeds een ondernemersvereniging, gelet op haar aanvraag om ontheffing van het verbod van artikel 6 Mw op 31 maart 1998, zie zaak 537/Landelijke Huisartsen Vereniging.

¹¹³ HvJ EG 27 januari 1987, *Verband der Sachversicherer*, 45/85, Jur. 1987, p. 405, pt. 26-32 en zaak 3310/Nederlands Tandtechnisch Genootschap, besluit van de d-g NMa van 26 april 2004, rnr. 79. Ook Richtsnoeren samenwerking ondernemingen, randnummer 16 en Richtsnoeren voor de Zorgsector, randnummer 185.

doorslaggevend belang hoe men zelf een bepaalde afspraak juridisch karakteriseert.¹¹⁴ Het is bovendien niet vereist dat de ondernemersvereniging bevoegd is krachtens haar statuten een dergelijk besluit te nemen.¹¹⁵

114. Volgens vaste jurisprudentie omvat het begrip 'besluit van een ondernemersvereniging', naast juridisch bindende beslissingen en beslissingen die, hoewel niet juridisch bindend, wel door de leden worden gevolgd, ook beslissingen die de getrouwe weergave vormen van de wil van de ondernemersvereniging om het gedrag van de leden op de betrokken markt te coördineren.¹¹⁶
115. De wil van de vereniging om het gedrag van haar leden op de betrokken markt te coördineren dient uit de concrete omstandigheden van het geval te worden afgeleid. In ieder geval is vereist dat de beslissing aan de leden wordt gecommuniceerd, althans bij de leden kenbaar is gemaakt of bekend is.¹¹⁷ Als relevante concrete omstandigheden kunnen onder meer worden aangemerkt: de (dwingende) aard en bewoordingen van de beslissing of daarmee samenhangende documenten, de rol en doelstellingen van de vereniging, de historische achtergrond van de beslissing en de frequentie waarmee de vereniging gelijksoortige beslissingen verstrekt.¹¹⁸ Opvolging van de beslissing door de leden is niet een vereiste, maar vormt wel een sterke aanwijzing voor een wil tot coördinatie.¹¹⁹

¹¹⁴ Richtsnoeren voor de zorgsector 2010, randnummer 185 en Besluit van de d-g NMa van 26 april 2004 in zaak 3310/Nederlands Tandtechnisch Genootschap, rnr 79 en besluit van de d-g NMa van 26 april 2004 in zaak 3309/NIP, LVE, NVP en NVVP, rnr. 94. Zie daarnaast de uitspraken van de Rechtbank Rotterdam van 17 juli 2006, NIP/NVVP/LVE, MEDED 05/2213 en van 28 februari 2006, Bovag/NCBRM, MEDED 04/3141.

¹¹⁵ Richtsnoeren voor de zorgsector 2010, randnummer 186 en HvJ EG 27 januari 1987, *Verband der Sachversicherer*, 45/85, Jur. 1987, p. 405, pt. 31.

¹¹⁶ HvJ EG 29 oktober 1980, *Van Landewyck e.a.*, 209 tot 215 en 218/78, Jur. 1980, p. 3125, pt. 88; HvJ EG 8 november 1983, *Navewa*, gevoegde zaken 96-102, 104, 105, 108 en 110/82, Jur. 1983, p. 3369, pt. 20; HvJ EG 27 januari 1987, *Verband der Sachversicherer*, 45/85, Jur. 1987, p. 405, pt. 32; beschikking van de Europese Commissie van 5 juni 1996, FENEX, Pb. 1996, L 181/28, ov. 41-42; besluit van de d-g NMa van 26 april 2004 in zaak 3310/Nederlands Tandtechnisch Genootschap, rnr. 79. Richtsnoeren voor de zorgsector 2010, randnummer 185.

¹¹⁷ Zie de uitspraak van de Rechtbank Rotterdam van 17 juli 2006, *NIP, NVVP en LVE*, LJN: AY4928, paragraaf 2.5.2 en de Richtsnoeren voor de zorgsector, randnummer 186.

¹¹⁸ Richtsnoeren Samenwerking Ondernemingen, randnummer 17.

¹¹⁹ Richtsnoeren voor de zorgsector 2010, randnummer 186; Richtsnoeren Samenwerking Ondernemingen, randnummer 17; Beschikking van de Europese Commissie van 24 juni 2004, *Ereloonregeling Belgische Architecten*, Pb. 2005, L 4/10, ov. 70 en HvJ EG 27 januari 1987, *Verband der Sachversicherer*, 45/85, Jur. 1987, p. 405, pt. 30.

116. In de onderhavige zaak neemt de Raad ter bepaling of sprake is van een besluit van de LHV in voormelde zin de volgende factoren in aanmerking:
- (i) de LHV heeft de Aanbevelingen aan haar leden gecommuniceerd;
 - (ii) de dwingende en heldere bewoordingen van de Aanbevelingen;
 - (iii) de Aanbevelingen zijn opgevolgd door (in elk geval) enkele regionale huisartsenkringen/groepen;
 - (iv) de Aanbevelingen zijn niet ingetrokken door het Bestuur of het Bureau van de LHV.

(i) Communicatie van de Aanbevelingen door de LHV aan haar leden

117. De Raad stelt allereerst vast dat de Aanbevelingen op verschillende wijzen aan de leden van de LHV zijn gecommuniceerd. De Aanbevelingen zijn op 27 mei 2008 door de LHV op het besloten gedeelte van haar website geplaatst, dat toegankelijk is voor alle leden van de LHV.¹²⁰ Op 30 mei 2008 verzond de LHV een nieuwsbrief aan al haar leden, met als één van de onderwerpen 'vestigingsbeleid houdt regionale huisartsenaanbod in balans', met daarin een weblink naar de Aanbevelingen op het besloten gedeelte van de website van de LHV.¹²¹

118. De website van de LHV en de nieuwsbrief aan haar leden behoren tot de exclusieve communicatiemiddelen en –mogelijkheden van de LHV aan haar leden.¹²² [vertrouwelijk] heeft verklaard dat Bestuursbesluiten of besluiten van de Ledenvergadering via de nieuwsbrief aan de leden worden gecommuniceerd.¹²³ Gelet op het voorgaande, dient een dergelijke communicatie als communicatie van (het Bestuur van) de LHV te worden beschouwd.

(ii) Dwingende en heldere bewoordingen van de Aanbevelingen

119. De bewoordingen van de Aanbevelingen van de LHV zijn helder en dwingend van aard, hetgeen onder meer blijkt uit het gebruik van gebiedende woorden zoals 'moeten' en 'dienen'. Uit de Aanbevelingen kunnen de volgende voorbeelden worden gegeven:

" Om ervoor te zorgen dat huisartsen de regie in handen houden en zorgverzekeraars niet andere partijen contracteren voor het leveren van huisartsgeneeskundige zorg,

¹²⁰ Zie dossierstukken 688_1/98 en 6888_1/309, uitdraai besloten gedeelte van de website van de LHV.

¹²¹ Dossierstuk 6888_1/195, document met MD5 value: 210018B292D3DF64B1DEEDBA6B52DE32.

¹²² Zie verklaring van [vertrouwelijk], dossierstuk 6888_1/327.

¹²³ dossierstuk 6888_1/107, verklaring d.d. 13 oktober 2010 van [vertrouwelijk], p. 2.

moeten huisartsen zelf zorgen voor een evenwichtig huisartsenaanbod. De hagro (of breder samenwerkingsverband) dient daarom periodiek, aan de hand van de patiëntenaantallen per praktijk en het inwoneraantal in hun verzorgingsgebied, te bekijken of het aanbod (nog) in evenwicht is. (...)

Indien blijkt dat er (op korte termijn) sprake is van onderbezetting dan wel overcapaciteit, dienen de huisartsen de benodigde stappen te ondernemen. (...)

Wanneer blijkt dat een praktijk overgenomen moet worden of zich een dient huisarts te vestigen, moet een sollicitatieprocedure worden gestart. Eerste stap in een open sollicitatieprocedure is het benoemen van een sollicitatiecommissie. In deze sollicitatiecommissie moeten in ieder geval de huisartsen uit het betreffende verzorgingsgebied vertegenwoordigd zijn (...).”¹²⁴ [onderstrepingen NMa]

(iii) Opvolging

120. Zoals de Raad heeft vastgesteld in randnummer 83 van dit besluit, zijn de Aanbevelingen ten minste door enkele huisartsenkringen/hagro's opgevolgd. Zo heeft de LHV-Kring Amsterdam een richtlijn opgesteld omtrent de vestiging van huisartsen, waarin de Aanbevelingen van de LHV zijn overgenomen. Ook binnen de LHV-Kring Noord Holland Midden, is een 'Richtlijn Vestiging Huisartsen' opgesteld waarin de Aanbevelingen van de LHV zijn overgenomen. Voorts zijn de Aanbevelingen als 'beleid van de LHV' aangehaald binnen de huisartsengroep van de regio Hardinxveld-Giessendam in het kader van de (mogelijke) – door de huisartsengroep ongewenst geachte - 'wilde' vestiging van een tweetal huisartsen.

(iv) de Aanbevelingen zijn niet ingetrokken door het Bestuur of het Bureau van de LHV

121. Het Bestuur noch het Bureau van de LHV heeft (de communicatie van) de Aanbevelingen aan de leden ingetrokken door zich - ten overstaan van de leden van de LHV - van de (inhoud van de) Aanbevelingen te distantiëren.
122. Gelet op al het voorgaande is de Raad van oordeel dat gebleken is dat (het Bestuur van) de LHV de wil heeft gehad om het gedrag van haar leden te coördineren met betrekking tot het door de leden te voeren vestigingsbeleid. De communicatie van de Aanbevelingen aan de leden van de LHV, gezien in de hiervoor vermelde context, vormt de getrouwe weergave van deze wil. Aldus is sprake van een besluit van de LHV in de zin van artikel 6, eerste lid, Mw.

¹²⁴ Zie dossierstukken 688_1/98 en 6888_1/309, uitdraai besloten gedeelte van de website van de LHV.

Zienswijze LHV

123. Naar het oordeel van de LHV is er geen sprake van een besluit van een ondernemersvereniging. De LHV stelt zich op het standpunt dat zij geen wil te kennen heeft gegeven om het gedrag van haar leden omtrent vestiging te coördineren aangezien de 'notitie vestiging' niet als een statutair voorziene en naar behoren tot stand gekomen wilsuiting van de LHV aan haar leden kan worden beschouwd. Dit zou tevens gelden voor de nieuwsbrief waarin aan de 'notitie vestiging' ruchtbaarheid werd gegeven. Voorts is van belang dat de paraaf van [vertrouwelijk] op de oplegnotitie ten behoeve van de Bestuursvergadering ontbreekt. Tot slot is van belang dat volgens de LHV de notitie vestiging door [vertrouwelijk] op de website van de LHV is geplaatst.

Beoordeling Raad

124. Zoals boven aangegeven, strekt het begrip 'besluit van een ondernemersvereniging' zich niet alleen uit tot formele besluiten van deze vereniging, maar ook tot andere beslissingen die de wil van de ondernemersvereniging tot het coördineren van haar leden tot uiting brengen. Hiervan is, zoals hiervoor weergegeven, in de onderhavige zaak sprake. De Raad acht niet van belang of de Aanbevelingen volgens de 'intern vastgestelde communicatieprocedure' van de LHV aan de leden is gecommuniceerd. Of de Aanbevelingen zijn goedgekeurd door de Ledenraad, alsmede of een paraaf door [vertrouwelijk] op de oplegnotitie ten behoeve van de Bestuursvergadering is geplaatst, is voor de onderhavige beoordeling mitsdien niet van belang.
125. Evenmin is van belang of de Aanbevelingen door een hiertoe onbevoegde medewerker van de LHV op de website zijn geplaatst. Dienaangaande wijst de Raad er op dat ook het feit dat de LHV de betreffende medewerker (naar eigen zeggen) heeft ontslagen per 31 december 2008, geen aanleiding is geweest om de communicatie aan de leden in te trekken, althans hierop terug te komen. Ook hieruit blijkt naar het oordeel van de Raad dat deze communicatie een weergave was van de getrouwe wil van de LHV om het gedrag van haar leden op het punt van het (te voeren) vestigingsbeleid te coördineren.

Tussenconclusie

126. De Raad concludeert, gelet op het voorgaande, dat in de onderhavige zaak sprake is van een besluit van een ondernemersvereniging, de LHV, in de zin van artikel 6, eerste lid, Mw.

4.2.3 Mededingingsbeperkende strekking

Juridisch kader

127. Het verbod van artikel 6, eerste lid, Mw is van toepassing op besluiten van ondernemersverenigingen die ertoe strekken of ten gevolge hebben dat de mededinging op de Nederlandse markt of een deel daarvan wordt verhinderd, beperkt of vervalst. Artikel 6, eerste lid, Mw sluit zoveel mogelijk aan bij artikel 101, eerste lid, VWEU. Dit geldt ook voor de in artikel 101, eerste lid, sub a tot en met e, VWEU gegeven voorbeelden van verboden concurrentiebeperkende gedragingen.¹²⁵ Voor de onderhavige zaak is in het bijzonder het voorbeeld sub b van belang: "het beperken of controleren van de productie, de afzet, de technische ontwikkeling of de investeringen". De criteria die in de rechtspraak van het Hof zijn vastgelegd voor de beoordeling of een gedraging ertoe strekt of tot gevolg heeft dat de mededinging wordt verhinderd, beperkt of vervalst, gelden ongeacht of het gaat om besluiten, overeenkomsten of onderling afgestemde feitelijke gedragingen.¹²⁶
128. Van een mededingingsbeperkende strekking is reeds sprake wanneer het besluit negatieve gevolgen voor de mededinging kan hebben. Met andere woorden, het volstaat dat het concreet, gelet op de juridische en economische context ervan, geschikt is om te leiden tot verhindering, beperking of vervalsing van de mededinging.¹²⁷ Niet is vereist dat het besluit de belangen van concurrenten of consumenten schaadt; de mededingingsregels dienen volgens vaste rechtspraak ertoe om de structuur van de markt en daarmee de mededinging als zodanig veilig te stellen.¹²⁸ De vraag of en in welke mate een dergelijk gevolg daadwerkelijk intreedt, kan slechts relevant zijn voor de berekening van het bedrag van de boete.¹²⁹
129. Of sprake is van een mededingingsbeperkende strekking dient te worden beoordeeld aan de hand van de omstandigheden van het concrete geval. Om vast te stellen of een besluit onder het verbod van artikel 101, eerste lid, VWEU valt, moet worden gelet op de bewoordingen en de objectieve doelstellingen ervan. Zelfs indien zou worden

¹²⁵ De voorbeelden zijn niet overgenomen in art. 6, eerste lid, Mw, maar zijn blijkens het gestelde in de parlementaire geschiedenis van de Mededingingswet naar analogie van toepassing. Zie Kamerstukken II, 1995-1996, 24 707, nr. 3, p. 61.

¹²⁶ HvJ EG 4 juni 2009, zaak C-8/08, *T-Mobile e.a.*, Jur. 2009, p. I-4529, pt. 24.

¹²⁷ CBB 12 augustus 2010, zaak AWB 06/657, 06/660 en 06/661, *T-Mobile Netherlands B.V. e.a.*, pt. 7.3.2.

¹²⁸ HvJ EG 6 oktober 2009, gevoegde zaken C-501/06 e.a., *GlaxoSmithKline Services e.a.*, Jur. 2009, p. I-9291, pt. 63.

¹²⁹ HvJ EG 4 juni 2009, zaak C-8/08, *T-Mobile e.a.*, Jur. 2009, p. I-4529, pt. 31.

aangetoond dat een ondernemersvereniging zou hebben gehandeld zonder het subjectieve oogmerk de mededinging te beperken, kan nog steeds sprake zijn van een besluit dat naar zijn aard de mededinging beperkt. Evenals een overeenkomst, kan een besluit immers ook dan als beperkend worden aangemerkt wanneer zij niet alleen tot doel heeft de mededinging te beperken, maar ook andere, legitieme doelstellingen nastreeft¹³⁰

130. Als eenmaal is vastgesteld dat het besluit ertoe strekt de mededinging te beperken, verhinderen of vervalsen, behoeven voor de toepassing van artikel 101, eerste lid, VWEU en bijgevolg artikel 6, eerste lid, Mw de concrete gevolgen van een overeenkomst en/of onderling afgestemde feitelijke gedraging niet nader te worden onderzocht¹³¹ Besluiten van ondernemersverenigingen vallen zelfs dan onder artikel 101, eerste lid, VWEU en artikel 6, eerste lid, Mw wanneer mededingingsbeperkende gevolgen op de markt ontbreken.¹³²

Beoordeling Raad

131. De Aanbevelingen behelzen in stellige bewoordingen het advies aan de reeds gevestigde huisartsen in de regio, om te bepalen of er ruimte is voor toetreding van nieuwe huisartsen, gelet op de aantallen en de soort patiënten in het betreffende gebied, afgezet tegen het aantal reeds werkzame huisartsen en de normpraktijk grootte. Aldus dient het aanbod "in balans" te worden gehouden. De Aanbevelingen bevatten voorts het advies om, indien een vacature wordt opengesteld, een sollicitatiecommissie te vormen die de nieuwe huisarts selecteert op basis van zelf op te stellen criteria. In de commissie zijn de huisartsen uit het betreffende verzorgingsgebied, en in het geval van een groepspraktijk "ook directe collegae", vertegenwoordigd.
132. Op grond hiervan is feitelijk sprake van de herinvoering van een regulering van het aanbod door beroepsgenoten op basis van een zelfbepaald behoeftecriterium, waarvan de directeur-generaal van de NMa in 2001 reeds vaststelde dat deze een

¹³⁰ HvJ EG, 20 november 2008, zaak C-209/07, *Beef Industry Development Society*, Jur. 2008, p. I-8637, pt. 21 en HvJ EG 4 juni 2009, zaak C-8/08, *T-Mobile Netherlands B.V. e.a.*, Jur. 2009, p. I-4529, pt. 27.

¹³¹ Zie o.m. HvJ EG, 21 september 2006, zaak C-105/04 P, *Nederlandse Federatieve Vereniging voor de Groothandel op Elektrotechnisch Gebied/Commissie*, Jur. 2006, p. I-8725, pt. 125, HvJ EG, 13 juli 1966, zaak 56/64 en 58/64, *Consten-Grundig*, Jur. 1978, p. 131, pt. 7 en HvJ EG 6 oktober 2009, gevoegde zaken C-501/06 e.a., *GlaxoSmithKline Services e.a.*, Jur. 2009, p. I-9291, pt. 55.

¹³² HvJ EG, 8 juli 1999, zaak C-49/92 P, *Anic Partecipazioni*, Jur. 1999, p. I-4125, pt. 122.

beperking – naar doel en gevolg – vormt van de mededinging.¹³³ Dat de regeling ditmaal niet bindend is voorgeschreven, doet naar het oordeel van de Raad niet af aan de mededingingsbeperkende strekking ervan.

133. Vrije toetreding – behoudens minimum kwaliteitseisen – wordt in het algemeen essentieel geacht voor een goede werkend concurrentieproces. Dat besluiten van ondernemersverenigingen die betrekking hebben op kwantitatieve beperkingen van het aanbod ertoe strekken de mededinging te beperken, blijkt onomstotelijk uit verschillende andere zaken van zowel de Europese Commissie als de NMa.¹³⁴
134. In de gegeven context, zoals beschreven in hoofdstuk 2, zullen huisartsen die zich nieuw willen vestigen zich veelal genoopt zien om zich aan het onderhavige vestigingsbeleid te onderwerpen, daar zij tegelijkertijd zijn aangewezen op samenwerking met de reeds in de omgeving gevestigde huisartsen, in het bijzonder voor het regelen van hun waarneming.
135. Zonder waarnemingsregeling is het ten eerste moeilijker om een contract met een zorgverzekeraar te krijgen. De huisarts zal dan waarnemers moeten inhuren, hetgeen commercieel onaantrekkelijk is. Bovendien ondervindt een dergelijke huisarts in dat geval een nadeel in die zin dat gedifferentieerde populatiegebonden vergoedingen, aanvullende modules en verrichtingen niet gedeclareerd kunnen worden. Deze extra verrichtingen vertegenwoordigen doorgaans tien procent van de omzet van een huisartsenpraktijk. Hierdoor zal de betreffende huisarts in elk geval in financieel opzicht 'op een achterstand staan'. Zonder contract van de zorgverzekeraar is het moeilijker om een praktijkondersteuner aan te trekken, wat negatieve gevolgen heeft voor de diversiteit aan zorg die aan patiënten kan worden verleend en voor de beschikbaarheid en bereikbaarheid van de huisarts. Tot 1 januari 2009 was bovendien het treffen van een onderlinge waarnemingsregeling vereist voor herregistratie volgens de regels van het CHVG.

¹³³ Besluit d-g NMa van 11 april 2001 in zaak 537, randnummers 90-95 en besluit op bezwaar van 11 december 2001 in zaak 2513, randnummers 65-73.

¹³⁴ HvJ EG 20 november 2008, zaak C-209/07, *Beef Industry Development Society*, pt. 31 e.v. Zaak 374/Stichting Saneringsfonds Varkensslachterijen, besluit van de d-g NMa van 23 maart 1999, randnummer 61 en besluit op bezwaar van 24 maart 2000, randnummer 113 en Rechtbank Rotterdam 4 december 2001 (MEDED 00/933-SIMO en MEDED 00/955-SIMO); zaak 379/KNMvD, besluit van de d-g NMa van 27 augustus 1998, randnummers 29-34 en 69; besluit op bezwaar van 15 oktober 1999, randnummers 53-56; zaken 1131, 1151, 1250/Vestigingsbeleid eerstelijns psychologen, besluiten van de d-g NMa van 1 maart 2000, randnummers 24-27.

136. De LHV heeft erop gewezen dat in de Aanbevelingen uitdrukkelijk een rol is weggelegd voor de preferente zorgverzekeraar. Op papier is dit het geval. Uit de in hoofdstuk 2 beschreven context blijkt echter niet dat de rol van de zorgverzekeraars feitelijk van dien aard is dat daardoor aan de gevestigde huisartsen de regie met betrekking tot vestiging zou worden ontnomen, of dat hen in de praktijk actief tegenspel wordt geboden. Gebleken is immers dat huisartsen in de praktijk een beslissende stem hebben in de selectie van een nieuwe kandidaat en dat zij in ieder geval in beduidend hogere mate dan verzekeraars invloed uitoefenen op de mogelijkheden van een succesvolle toetreding van een huisarts tot een nieuw gebied. Hiernaast is van belang dat zorgverzekeraars weliswaar ook zelf een huisartsenpost kunnen openen, maar dat deze investering uit commercieel opzicht niet snel aantrekkelijk zal zijn: aan een dergelijke vestiging dienen - in verband met het ontbreken van een 24 uren-waarnemingsregeling met andere gevestigde huisartsen - immers meerdere huisartsen verbonden te zijn, terwijl de nieuwe vestiging in de beginperiode relatief weinig patiënten zal hebben.
137. De Raad acht voorts van belang dat ook de patiënten zelf onvoldoende 'tegendruk' uitoefenen, aangezien zij – wat verzekeraars ook in aanmerking nemen – in hoge mate loyaal blijven aan de zittende huisartsen.¹³⁵
138. De termen "evenwicht" en "balans" in de Aanbevelingen zouden erop kunnen duiden dat is beoogd de vestiging van huisartsen te bevorderen, indien sprake zou zijn van een tekort aan huisartsen in enige regio. Nog daargelaten dat de LHV niet heeft onderbouwd dat hiervan in betekende mate sprake zou zijn, acht de Raad de uitwerking die aan de genoemde begrippen in de Aanbevelingen is gegeven, niet geschikt, noch noodzakelijk om een oplossing voor een schaarste aan huisartsen te bieden, als deze zich voordoet. In ieder geval bevatten zij daarvoor geen passende instrumenten, terwijl de sollicitatieprocedure nog steeds belemmerend op de toetreding werkt. De Raad komt hierop terug bij de bespreking van de uitzondering van artikel 6, derde lid, Mw (randnummers 153 en 154).
139. Wat de bedoelde sollicitatieprocedure betreft, merkt de Raad op dat de Aanbevelingen kunnen verhinderen of bemoeilijken dat tegen de wil van de zittende huisartsen 'nieuwe initiatieven' van de grond komen, waarmee een nieuwe huisarts zich van de gevestigde kan onderscheiden, zoals het invoeren van avondspreekuren of het anderszins inspelen op (nieuwe) behoeften van patiënten. Bij gebreke aan objectieve selectiecriteria kunnen toetredende huisartsen aan de bestaande

¹³⁵ Visiedocument NMa, *Individueel en collectief onderhandelen tussen vrijgevestigde extramurale zorgaanbieders en zorgverzekeraars*, december 2009, p. 49.

conventies gebonden worden, wat uiteindelijk ten koste kan gaan van de keuzemogelijkheden van zowel de zorgverzekeraar als de patiënt. De Raad vindt voor dit oordeel steun bij enkele lokale incidenten die in het dossier zijn opgenomen, waaruit bijvoorbeeld blijkt dat de vestiging van een nieuwe huisarts die zich specifiek op campusstudenten wilde richten in Rotterdam op verzet stuitte.¹³⁶

140. Ten slotte wijst de Raad op de brede werkingssfeer van de Aanbevelingen, die zich niet beperken tot zelfstandige huisartsen, maar zich tevens uitstrekken tot huisartsen in loondienst. Illustratief is de volgende passage uit het gedeelte over de periodieke evaluatie van de marktsituatie: *“Als blijkt dat het overschot van permanente aard is, moet de hagro bekijken hoe het overschot opgelost kan worden. Hierbij kan gedacht worden aan het verminderen van het aantal waarnemers of huisartsen in loondienst.”*

Geen inherente beperking

141. Ingevolge jurisprudentie van het Hof van Justitie met betrekking tot beroepsregels valt niet elk besluit van een ondernemersvereniging dat mededingingsbeperkend is automatisch onder het kartelverbod. Bij toepassing op een concreet geval moet namelijk rekening worden gehouden met de algehele context waarbinnen het betrokken besluit van de ondernemersvereniging is genomen of zijn werking ontplooit, en meer in het bijzonder ook met de doelstellingen daarvan, welke verband houden met de noodzaak om regels vast te stellen – kort gezegd – ter waarborging van de kernwaarden van het beroep. Vervolgens moet worden overwogen of de (mogelijke) beperkende gevolgen voor de mededinging inherent zijn aan deze nagestreefde doelstellingen¹³⁷
142. Daargelaten dat de LHV niet heeft betoogd, althans niet heeft onderbouwd, dat de Aanbevelingen een behoorlijke c.q. verantwoorde beroepsbeoefening beogen te borgen, vermag de Raad niet in te zien hoe de daarin neergelegde restricties op vrije vestiging van huisartsen aan een hogere standaard van de beroepsuitoefening bijdragen, laat staan dat zij daarvoor als noodzakelijk gezien zouden kunnen worden. Hierbij is van belang dat de kwaliteit van de huisartsenzorg reeds door diverse (wettelijke) regelingen alsmede tuchtrechtelijk wordt gewaarborgd. Voorts merkt de Raad op dat hij afspraken die enkel betrekking hebben op verbetering van de kwaliteit van de medische zorg en die zich beperken tot het noodzakelijke nimmer als

¹³⁶ Document 6888_1/383, bijlage 2.

¹³⁷ HvJ EG 19 februari 2002, zaak C-309/99, *Wouters*, Jur. 2002, p. I-1653, pt. 97. In casu ging het om “[regels] inzake organisatie, bekwaamheid, deontologie, toezicht en aansprakelijkheid, die aan de eindgebruikers van juridische diensten de nodige garantie van integriteit en ervaring bieden en een goede rechtsbedeling verzekeren”.

mededingingsbeperkend heeft gekwalificeerd.¹³⁸ Dit laatste geldt ook voor afspraken die voorzien in waarneming als zodanig, zonder bijkomende voorwaarden.¹³⁹

Tussenconclusie

143. Gelet op het voorgaande is de Raad van oordeel dat de Aanbevelingen objectief de strekking hebben de mededinging op de markt voor huisartsenzorg te verhinderen, te beperken dan wel te vervalsen in de zin van artikel 6, eerste lid, Mw. Dit blijkt allereerst uit het omschreven doel en de algemene opzet, alsook uit de wijze waarop in de Aanbevelingen de regulering van het aanbod van nieuwe huisartsen concreet is uitgewerkt. De Aanbevelingen zijn kennelijk ontworpen om toetreding en commerciële initiatieven aan banden te leggen die de reeds gevestigde huisartsen niet in hun belang achten. De Raad ziet dit oordeel bevestigd wanneer hij acht slaat op de werking van de Aanbevelingen in de gegeven feitelijke context, aangezien is gebleken dat toetredende huisartsen sterk afhankelijk zijn van het treffen van een waarnemingsregeling met de reeds in het betreffende gebied gevestigde huisartsen en dat binnen de gegeven verhoudingen de zorgverzekeraars en patiënten weinig tot geen tegenspel (kunnen) bieden.

4.2.4 Merkbaarheid

144. Als, voor zover in deze zaak van belang, is vastgesteld dat een besluit van een ondernemersvereniging ertoe strekt de mededinging te beperken, zou het besluit nog aan de verbodsbepaling van artikel 6, eerste lid, Mw kunnen ontkomen als het de mededinging slechts in insignificante mate kan beperken. Hiervoor is in de onderhavige zaak met name van belang of de leden van de LHV niet een zodanig zwakke positie op de markt voor huisartsenzorg in Nederland hebben dat de gedraging van de LHV de mededinging op deze markt slechts in (zeer) geringe mate kan beperken.
145. De Raad stelt allereerst vast dat circa 95 procent van de huisartsen in Nederland lid is van de LHV.¹⁴⁰ Dat betekent dat slechts een klein deel van de huisartsen niet valt

¹³⁸ Vgl. het besluit op bezwaar van 11 december 2001 in zaak 2513, randnummer 61.

¹³⁹ Zo was in de ontheffingsaanvraag sprake van een bijkomend non-concurrentiebeding.

¹⁴⁰ De website van de LHV vermeldt: "95% van alle praktiserende huisartsen is lid van de LHV". Uit een opgave van de LHV 'Ledenbestand uit Jaarrekening' volgt het aantal werkzame leden van de LHV door de categorieën *Totaal praktiserend, gewone leden dienstverband en Free-lance huisartsen* bij elkaar op te tellen. Per 2009 levert dit

onder de 'werkingsfeer' van de Aanbevelingen van de LHV. Hiermee zijn er zeer weinig mogelijkheden voor huisartsen om, wanneer zij als huisarts willen starten in een bepaalde regio en hierbij belemmeringen ervaren als gevolg van de toepassing van de Aanbevelingen van de LHV, de samenwerking met huisartsen te zoeken die geen lid zijn van de LHV.

146. Gelet op dit zeer hoge marktaandeel van de leden van de LHV, kan geen sprake zijn van voldoende 'tegendruk' door de overige aanbieders van huisartsenzorg of door lage toetredingsdrempels voor potentiële huisartsen waardoor voormeld (potentieel) effect in voldoende mate zou kunnen worden 'genuanceerd'. Ook is niet gebleken van mogelijke (compenserende) afnemersmacht. Gelet op hetgeen hiervoor in paragraaf 2.7 is beschreven, beschikken huisartsen veeleer over een relatief sterke positie in relatie tot zorgverzekeraars. Voor patiënten geldt dat zij niet gemakkelijk overstappen.¹⁴¹

Tussenconclusie

147. Uit het voorgaande volgt dat de Aanbevelingen naar het oordeel van de Raad de mededinging niet slechts in insignificante mate hebben kunnen beperken.

4.3 Artikel 6 lid 3 Mw

148. In artikel 6 lid 3 Mw is een wettelijke uitzondering op het kartelverbod van artikel 6, eerste lid Mw opgenomen. Op grond van artikel 6, vierde lid, Mw dient een ondernemersvereniging die zich op deze wettelijke uitzondering beroept te bewijzen dat aan de vereisten van dat lid is voldaan. De LHV heeft zich in haar schriftelijke en mondeling zienswijze op het rapport uitdrukkelijk niet op deze uitzondering beroepen. Wel bevatten de Aanbevelingen zelf een verwijzing naar het begrip doelmatigheid. Daarom zal de Raad hierna kort bezien of het besluit van de LHV, in de vorm van de Aanbevelingen, voldoet aan de voorwaarden in artikel 6, derde lid, Mw.
149. Ingevolge artikel 6, derde lid, Mw geldt het verbod van artikel 6, eerste lid Mw, voor zover in deze zaak van belang, niet voor besluiten die bijdragen tot verbetering van de productie of van de distributie of tot bevordering van de technische of economische vooruitgang, mits een billijk aandeel in de daaruit voortvloeiende voordelen de

8651 werkzame LHV leden op. Volgens het NIVEL zijn er per 2009 8789 werkzame huisartsen in Nederland. Hieruit volgt dat ongeveer 98% van de huisartsen lid is van de LHV.

¹⁴¹ Visiedocument NMa, *Individueel en collectief onderhandelen tussen vrijgevestigde extramurale zorgaanbieders en zorgverzekeraars*, december 2009, p. 49.

gebruikers ten goede komt, en zonder nochtans aan de betrokken ondernemingen beperkingen op te leggen die voor het bereiken van deze doelstellingen niet onmisbaar zijn, of de mogelijkheid te geven voor een wezenlijk deel van de betrokken goederen en diensten de mededinging uit te schakelen. Uit de tekst van deze uitzonderingsbepaling volgt dat de hierin opgenomen voorwaarden cumulatief zijn.

150. Een besluit dat als strekking heeft om de mededinging te beperken komt doorgaans niet in aanmerking voor een beroep op de uitzonderingsregeling neergelegd in artikel 6, derde lid, Mw, nu het in het algemeen niet voldoet aan de eerste twee voorwaarden van artikel 6, derde lid, Mw.¹⁴²
151. De Raad wijst er allereerst op dat niet gebleken is dat het besluit van de LHV (de Aanbevelingen) leidt tot efficiëntieverbeteringen in de huisartsenzorg. Het feit dat de huisartsen liever zelf kiezen met wie zij samenwerken kan bovendien niet worden aangemerkt als een objectief voordeel, zoals bedoeld in artikel 6, derde lid, Mw.
152. In de Aanbeveling wordt gesteld: "Bovendien kan een toename van het aanbod, leiden tot een afname van de doelmatigheid van de huisartsenzorg." Ter hoorzitting heeft de LHV toegelicht dat in overschotsituaties, huisartsen overbodige verrichtingen zouden kunnen plegen teneinde hun inkomen op peil te houden. Daaraan voegde zij toe dat dit niet de reden was voor het voeren van een vestigingsbeleid en dat de Nederlandse huisartsen zorgvuldig met de beschikbare middelen omspringen¹⁴³ De Raad tekent hierbij aan dat de Aanbevelingen zich niet beperken tot overschotsituaties en ook niet aangrijpen bij het eventuele probleem van overdeclarereren.
153. De LHV heeft anderzijds aangegeven dat het document Vestiging zou kunnen worden begrepen in de context van de aanpak van de zogenaamde 'witte vlekken'-problematiek. 'Witte vlekken' zijn de plaatsen binnen Nederland waar juist een tekort bestaat aan huisartsen.

¹⁴² Mededeling van de Commissie "Richtsnoeren betreffende de toepassing van artikel 81, lid 3 van het Verdrag", PB 2004, C 101/97, pt. 46. Recentelijk heeft de Commissie het belang van deze Mededeling bevestigd, door in pt. 53 van haar Mededeling "Richtsnoeren inzake de toepasselijkheid van artikel 101 van het Verdrag betreffende de werking van de Europese Unie op horizontale samenwerkingsovereenkomsten", PB 2011, C 11/1, voor een nadere toelichting over de toepassing van de criteria van artikel 101, lid 3, VWEU, uitdrukkelijk te verwijzen naar deze "Richtsnoeren betreffende de toepassing van artikel 81, lid 3 van het Verdrag". Zie ook NMa Richtsnoeren samenwerking ondernemingen 2008, randnummer 43.

¹⁴³ Verslag van de hoorzitting van 6 september 2011, nr. 6888_1/395, p. 7-8.

154. De Raad is niet gebleken dat in Nederland 'witte vlekken' bestaan. Op dit punt wijst de Raad er op dat, zoals weergegeven in paragraaf 2.2 van dit besluit, de regionale verschillen in de 'huisartsendichtheid' (afgeleid uit het gemiddeld aantal patiënten per huisarts) volgens het NIVEL niet groot zijn. Hiernaast valt niet in te zien dat de Aanbevelingen noodzakelijk zouden kunnen zijn om eventuele (regionale) tekorten aan huisartsen op te vullen. Hierbij is van belang dat de Aanbevelingen geen maatregelen bevatten die huisartsen stimuleren om zich te vestigen op plekken waar een tekort aan huisartsen bestaat. De LHV heeft ook niet kunnen aangeven op welke wijze de kwantitatieve toetsing en de sollicitatie- en selectieprocedure als voorzien in de Aanbevelingen van de LHV kunnen bijdragen aan het opheffen van een eventueel bestaand lokaal tekort.
155. Nu niet is gebleken dat de Aanbevelingen van de LHV objectieve economische voordelen opleveren in de zin van artikel 6, derde lid, Mw, laat staan dat zij daartoe noodzakelijk zijn, kunnen dergelijke voordelen ook niet ten goede van de gebruikers komen en komt de Raad niet toe aan een toetsing aan het laatste vereiste van artikel 6, derde lid, Mw.
156. De Raad acht, gelet op het voorgaande, de uitzonderingsbepaling van artikel 6, derde lid, Mw niet van toepassing in de onderhavige zaak.

Eindconclusie

157. Uit het voorgaande volgt dat naar het oordeel van de Raad sprake is van een besluit van een ondernemersvereniging, de LHV, dat in strijd is met artikel 6, eerste lid, Mw en hiervan niet is uitgezonderd op grond van artikel 6, derde lid, Mw.

4.4 Duur van de overtreding

158. Uit hetgeen hiervoor is hoofdstuk 3 is weergegeven, volgt (voor zover hier van belang) dat de LHV op 27 mei 2008 de Aanbevelingen op het besloten gedeelte van haar website heeft geplaatst. Op 30 mei 2008 heeft de LHV haar leden middels een nieuwsbrief op de hoogte heeft gesteld van (de inhoud van) haar Aanbevelingen. In deze nieuwsbrief was een 'weblink' opgenomen naar het gedeelte van de website van de LHV waarop de Aanbevelingen waren geplaatst. De Raad stelt, gelet op het voorgaande, vast dat de onderhavige overtreding is aangevangen op 30 mei 2008.
159. Zoals hiervoor in paragraaf 3.6 weergegeven, heeft de Raad vastgesteld dat de Aanbevelingen (in ieder geval) op 8 februari 2011 nog op het besloten deel van de

website van de LHV stonden en tot dat moment konden worden geraadpleegd door de leden van de LHV.

160. De Raad stelt vast dat niet gebleken is dat (het Bestuur van) de LHV op enig moment aan haar leden heeft medegedeeld dat zij de Aanbevelingen heeft ingetrokken. De leiding van de LHV heeft zich tot dusverre niet openlijk tegenover leden van de LHV van (de inhoud van) de Aanbevelingen gedistantieerd, dan wel anderszins de werking van de Aanbevelingen beëindigd (bijvoorbeeld door er uitdrukkelijk op te wijzen dat zij niet langer de nakoming van de Aanbevelingen nastreeft).
161. Uit het voorgaande volgt naar het oordeel van de Raad dat de onderhavige overtreding voortduurt tot de datum van het onderhavige besluit.

5 Overtreder

162. Ingevolge artikel 5:1, derde lid Awb kunnen overtredingen worden begaan door natuurlijke personen en rechtspersonen. Tevens wordt in deze bepaling artikel 51, tweede en derde lid, van het Wetboek van Strafrecht (Sr) van overeenkomstige toepassing verklaard. Krachtens artikel 51, tweede lid, Sr kunnen de in de wet voorziene straffen en maatregelen, indien zij daarvoor in aanmerking komen, worden uitgesproken tegen hen die tot het feit opdracht hebben gegeven, alsmede tegen hen die feitelijke leiding hebben gegeven aan de verboden gedraging. Op grond van artikel 5:52 onder a Awb dient het besluit tot oplegging van een bestuurlijke boete de naam van de overtreder te vermelden.
163. In het onderhavige besluit wordt de ondernemersvereniging de LHV, (tevens) een rechtspersoon in de zin van artikel 2:3 van het Burgerlijk Wetboek¹⁴⁴, als overtreder (die de onderhavige overtreding van artikel 6, eerste lid, Mw heeft begaan) aangemerkt.
164. De Raad merkt **[vertrouwelijk]** in het onderhavige besluit, anders dan het rapport van 13 april 2011, niet als overtreder aan.

¹⁴⁴ Zie dossierstuk 6888_1/308, de Statuten van de LHV zoals vastgesteld op 9 juni 2005 en de Statuten van de LHV zoals vastgesteld op 29 november 2010.

165. De Raad merkt vooraleerst op dat het feit dat een natuurlijk persoon deel uitmaakt van een bestuur dat volgens de statuten als collectief (bij meerderheid) beslist, naar zijn oordeel niet in de weg staat aan een individuele kwalificatie als feitelijk leidinggever in de zin van artikel 51, tweede lid, Sr. De Raad ziet ten aanzien van de zojuist genoemde vier personen in dit geval evenwel af van kwalificatie als feitelijk leidinggever, enerzijds omdat hun positie binnen de organisatie en hun individuele rol bij het tot stand komen en voortduren van de overtreding minder onderscheidend is dan die van [vertrouwelijk], en anderzijds omdat hij gelet op de achtergrond en de aard van de inbreuk en de doelmatigheid van de handhaving geen aanleiding ziet om op te treden tegen nog andere natuurlijk personen dan [vertrouwelijk]. Deze laatsten namen een zodanige positie in dat van hen redelijkerwijs verwacht had mogen worden dat zij het initiatief hadden genomen en hadden ingegrepen om een overtreding van de Mededingingswet te voorkomen, c.q. te beëindigen.

6 Sanctie

166. Gelet op hetgeen de Raad hierboven in hoofdstuk 5 heeft vastgesteld, zal de Raad hierna de sancties bepalen die aan de LHV worden opgelegd. Ten aanzien van [vertrouwelijk] zal dit in separate besluiten gebeuren.

6.1 Bestuurlijke boete

Juridisch kader

167. Ingevolge artikel 56, eerste lid Mw heeft de Raad bij de vaststelling van een overtreding van artikel 6, eerste lid Mw de bevoegdheid een boete op te leggen. Met betrekking tot de hoogte van een boete heeft de Raad op grond van artikel 4:81 Awb beleidsregels vastgesteld. Deze zijn op 1 juli 2007 opgenomen in de 'Boetecode van de Nederlandse Mededingingsautoriteit'.¹⁴⁵ Gedurende de overtreding zijn de beleidsregels gewijzigd. Deze wijziging heeft zijn beslag gekregen in de 'Beleidsregels van de Minister van Economische Zaken voor het opleggen van bestuurlijke boetes door de NMa 2009' (hierna: de Boetebeleidsregels).¹⁴⁶ De Boetebeleidsregels zijn van toepassing vanaf 1 oktober 2009, voor zover het gaat om feiten die zich na de

¹⁴⁵ Op 1 juli 2007 is de Boetecode in werking getreden (Stcrt. 29 juni 2007, nr. 123), naderhand gewijzigd bij besluit van 9 oktober 2007 (Stcrt. 10 oktober 2007, nr. 196), in verband met de Wet van 28 juni 2007, houdende wijziging van de Mededingingswet als gevolg van de evaluatie van die wet (Stb. 2007, 284).

¹⁴⁶ Beleidsregels van de Minister van Economische Zaken voor het opleggen van bestuurlijke boetes door de NMa 2009, Staatscourant 2009, nr. 14079, 22 september 2009.

inwerkingtreding van de Boetebeleidsregels hebben voorgedaan.¹⁴⁷ Ten aanzien van de LHV is sprake van een overtreding die zijn aanvang heeft genomen voor 1 oktober 2009, maar die voortduurt na deze datum. Op deze voortgezette overtreding zijn derhalve de Boetebeleidsregels van toepassing.

168. In het hiernavolgende wordt de boete voor de LHV bepaald en gemotiveerd aan de hand van de Boetebeleidsregels.

Betrokken omzet en boetegrondslag

169. Het startpunt bij de boetetoemeting is de bepaling van de boetegrondslag. Ingevolge artikel 5 van de Boetebeleidsregels hanteert de Raad een boetegrondslag van tien procent van de betrokken omzet van de overtreder. Ingevolge artikel 1, onder b, van de Boetebeleidsregels wordt als betrokken omzet aangemerkt: "de opbrengst die door een overtreder tijdens de totale duur van een overtreding is behaald met levering van goederen en diensten waarop die overtreding betrekking heeft, onder aftrek van kortingen en dergelijke, alsmede van over de omzet geheven belastingen".
170. Uit artikel 4 lid 6 van de Boetebeleidsregels volgt dat indien de overtreding door een ondernemersvereniging is begaan, de betrokken omzet van de daarvan deel uitmakende ondernemingen in aanmerking kan worden genomen. De boetegrondslag ten aanzien van de beboeting van een ondernemersvereniging voor overtreding van de Mededingingswet is in de praktijk dan ook doorgaans geënt op de omzet van de ondernemingen die door de vereniging worden vertegenwoordigd.
171. Een overeenkomstig deze systematiek vastgestelde betrokken omzet zou in de onderhavige zaak echter leiden tot een evident onbillijke uitkomst voor de hoogte van de boete voor de LHV, gelet op het feit dat de leden van de LHV, de huisartsen, tezamen een omzet van bijna EUR 2 miljard per jaar vertegenwoordigen. Dit zou resulteren in een onevenredig hoge boetegrondslag van EUR 200 miljoen. Dit geeft aanleiding tot het hanteren van een andere boetegrondslag, waarbij het uitgangspunt van preventieve werking en het vereiste van proportionaliteit in aanmerking worden genomen.¹⁴⁸
172. De Raad acht voorts de eigen (contributie)inkomsten van de vereniging ongeschikt als boetegrondslag, daar deze op geen enkele wijze gerelateerd zijn aan de activiteiten van de huisartsen waarop de Aanbevelingen van de LHV betrekking hadden.

¹⁴⁷ Zie de Toelichting bij de Boetebeleidsregels, p. 18-19.

¹⁴⁸ Zie ook besluit van de NMa van 26 april 2004, zaak 3309, *NIP*, randnummers 75-76.

173. De Raad stelt derhalve als uitgangspunt een bedrag vast, op basis van één jaar, dat hij passend acht gezien de orde van grootte van bij randnummer 171 genoemde totale jaaromzet van de leden-huisartsen, te weten EUR 750.000.
174. Voor het bepalen van de boetegrondslag dient vervolgens de duur van de overtreding verdisconteerd te worden. Uitgaande van een duur van de overtreding van LHV van drie jaar en zeven maanden, bedraagt de boetegrondslag EUR 2.685.000.
175. Voor het overige zal de Raad de systematiek van de Boetebeleidsregels onverkort volgen.

Ernst van de overtreding

176. De ernst van de overtreding wordt bepaald door de zwaarte van de overtreding te bezien in samenhang met de economische context waarin deze heeft plaatsgevonden.
177. De Raad wijst er allereerst op dat de Boetebeleidsregels in artikel 6, lid 3 zeer zware, zware en minder zware overtredingen onderscheiden. Naargelang de ernst van de overtreding wordt de vermenigvuldigingsfactor vastgesteld op een waarde van ten hoogste 5. Bij het bepalen van de hoogte van de in de onderhavige zaak in aanmerking te nemen ernstfactor neemt de Raad het navolgende in acht.
178. Bij de beoordeling van de economische context waarin de overtreding heeft plaatsgevonden, kent de Raad ingevolge artikel 6, lid 2 van de Boetebeleidsregels onder meer betekenis toe aan de aard van de betrokken producten of diensten, de omvang van de markt, de grootte van de betrokken overtreder alsmede het marktaandeel, de structuur van de markt en de geldende regelgeving. De Raad kent tevens gewicht toe aan de (potentiële) schade die als gevolg van de overtreding wordt toegebracht aan concurrenten, afnemers en consumenten.
179. Zoals vastgesteld in paragraaf 1.2 is de LHV een organisatie waarvan de leden gezamenlijk een zeer hoog aandeel hebben op de markt voor huisartsenzorg. Zoals vastgesteld in paragraaf 4.2.3, zijn de Aanbevelingen concreet geschikt om de toetreding van huisartsen tot de markt voor huisartsenzorg te bemoeilijken. Het belemmeren van toetreding vormt vergaande ingreep in het concurrentieproces; de bestaande marktverhoudingen worden ermee bevroren. De Raad neemt tevens in aanmerking dat geen sprake is van een dwingende maatregel en dat de markt niet geheel wordt afgesloten. In de gegeven context en met name gezien de regulering van

maximumtarieven laat de capaciteitsbeperking zich niet direct vertalen in hogere tarieven.

180. De Raad kwalificeert, al het voorgaande in aanmerking nemende, de overtreding als zwaar en acht een ernstfactor (binnen de bandbreedte van 0–5) gepast van 2,5. Als deze vermenigvuldigingsfactor wordt toegepast op de boetegrondslag, resulteert dat in een basisboete van EUR 6.712.500.

Boeteverhogende en boeteverlagende omstandigheden

181. Zoals in artikel 12 van de Boetebeleidsregels is vermeld, kan de Raad bij de vaststelling van de boete, in voorkomend geval, boeteverhogende of -verlagende omstandigheden in aanmerking nemen. De Raad bepaalt in redelijkheid de mate waarin de betrokken omstandigheden leiden tot een verhoging of verlaging van de basisboete.
182. De Raad ziet in de onderhavige zaak geen aanleiding tot verlaging van de basisboete van de LHV.
183. De Raad neemt in aanmerking dat de LHV in 1998 een aanvraag voor een ontheffing heeft ingediend, onder meer met betrekking tot het destijds door haar gehanteerde vestigingsbeleid. Op grond van dit – voor de leden van de LHV bindende – beleid, dat in veel opzichten vergelijkbaar was met de onderhavige Aanbevelingen, werd eveneens de toetreding van huisartsen aan banden gelegd. Deze aanvraag is door de directeur-generaal van de NMa afgewezen¹⁴⁹ De LHV was derhalve goed op de hoogte van de grenzen die de Mededingingswet stelt, althans het mocht in redelijkheid van haar verwacht worden dat zij zich hiervan terdege rekenschap had gegeven. De Raad ziet hierin aanleiding om de basisboete van de LHV te verhogen met 10%, oftewel EUR 671.250.
184. De Raad neemt voorts in aanmerking dat de LHV heeft toegezegd de betaling van de boete die wordt opgelegd aan de feitelijk leidinggevers voor haar rekening te zullen nemen.¹⁵⁰ Naar het oordeel van de Raad druist een dergelijke toezegging in tegen de ratio van de wetgeving waarin aan de Raad de bevoegdheid tot beboeting van feitelijk

¹⁴⁹ Zie besluit d-g NMa zaak 537 van 11 april 2001, en besluit op bezwaar van de d-g NMa zaak 2513 van 21 december 2001.

¹⁵⁰ De LHV-Ledenraad van 12 april 2011 besloot een eventuele persoonlijke beboeting van bestuurders in de bij de NMa lopende zaak over te nemen, Document 6888_1/380.

leidinggevers is toegekend en holt deze de beoogde afschrikwekkende werking uit.¹⁵¹ De Raad ziet hierin aanleiding om de basisboete van de LHV te verhogen met 5%, oftewel EUR 335.625.

185. Na verhoging van de basisboete in overeenstemming met het bovenstaande bedraagt de op te leggen boete EUR 7.719.375. De Raad acht de hoogte van deze boete uit een oogpunt van speciale en generale preventie afdoende en gelet op de inkomens- en vermogenpositie van de vereniging proportioneel. Hieruit volgt dat de Raad de boete vaststelt op EUR 7.719.375.

Zienswijze LHV

186. De LHV betoogt dat de NMa niet de bevoegdheid heeft om in deze zaak recidive als boeteverhogende omstandigheid in aanmerking te nemen. Het in aanmerking nemen van zaak 537 zou in strijd zijn met het evenredigheidsbeginsel. Dit beginsel zou vereisen dat de tijd tussen de betrokken inbreuk en een eerdere niet-nakoming van de mededingingsregels in aanmerking wordt genomen om te beoordelen in hoeverre een onderneming geneigd is die regels te overtreden. Voorts zou hieruit voortvloeien dat niet zonder enige beperking in de tijd een beschikking waarbij een onderneming eerder is beboet, een volgende maal in aanmerking kan worden genomen. Een periode van meer dan tien jaar tussen de eerdere niet-nakoming en de betrokken inbreuk leidt ertoe dat de eerdere beschikking van de NMa in zaak 537 niet in aanmerking kan worden genomen. Daarbij acht de LHV van belang dat de feiten die aan zaak 537 ten grondslag liggen krachtens artikel 100 (oud) van de Mededingingswet ter ontheffing bij de NMa zijn aangemeld. Deze ontheffing is afgewezen, maar niet beboet, aangezien de wet daarin niet voorzag. Derhalve zou het in strijd zijn met de rechtszekerheid als deze feiten alsnog worden beboet.

Beoordeling Raad

187. De Raad wijst er allereerst op dat hij beleidsvrijheid heeft ten aanzien van de omstandigheden die aangemerkt kunnen worden als boeteverhogende omstandigheden. De in artikel 13 van de Boetebeleidsregels vermelde boeteverhogende omstandigheden zijn niet limitatief. Alhoewel de Raad in zaak 537 geen overtreding van de LHV heeft vastgesteld, wijst de Raad er op dat de LHV, nadat haar aanvraag voor een ontheffing van het destijds gehanteerde vestigingsbeleid was afgewezen, haar leden heeft geadviseerd om een hiermee in hoge mate vergelijkbaar vestigingsbeleid te hanteren. Zoals hiervoor weergegeven, acht de Raad het opportuun dit als boeteverhogende omstandigheid in de onderhavige zaak aan te merken. Niet

¹⁵¹ Zie artikel 5:1, derde lid, Awb jo. artikel 51, tweede en derde lid, Sr.

valt in te zien dat de Raad hiertoe niet bevoegd zou zijn gelet op de periode tussen de afwijzing van de betreffende aanvraag en de datum van het onderhavige besluit. Voorts valt niet in te zien dat de Raad hiermee in strijd met het evenredigheidsbeginsel handelt. De Raad volgt deze zienswijze dan ook niet.

Wettelijk maximum

188. Ingevolge artikel 57, eerste lid, Mw bedraagt de boete voor een ondernemersvereniging voor een overtreding van artikel 6, eerste lid, Mw ten hoogste EUR 450.000 of, indien dat meer is, 10% van de gezamenlijke omzet van de ondernemingen die van de ondernemersvereniging deel uitmaken, in het boekjaar voorafgaande aan de beschikking.
189. Gelet op de door de LHV overgelegde omzetgegevens van haar leden, stelt de Raad vast dat voormelde boete het in deze zaak in aanmerking te nemen wettelijke maximum niet overschrijdt.

Conclusie

190. De boete voor de LHV wordt, conform artikel 19 van de Boetebeleidsregels, afgerond op een veelvoud van EUR 1.000. De Raad stelt aldus de boete voor de LHV vast op EUR 7.719.000.

6.2 Last onder dwangsom

Juridisch kader

191. De Raad is van oordeel dat in de onderhavige zaak naast een punitieve sanctie ook een herstelsanctie in de zin van Titel 5.3 Awb op zijn plaats is. Ingevolge artikel 56, eerste lid, Mw heeft de Raad de bevoegdheid een last onder dwangsom op te leggen teneinde een vastgestelde overtreding ongedaan te maken of verdere overtreding te voorkomen.
192. Op de hoorzitting van 6 september 2011 en – op verzoek van de LHV – bij brief van 8 september 2011 is de LHV gelegenheid gegeven te reageren op de mogelijkheid van het opleggen van een last onder dwangsom indien de Raad een (voortdurende)

overtreding zou vaststellen, onder het geven van een korte omschrijving daarvan. Bij brief van 21 september 2011 heeft de LHV hierop gereageerd.¹⁵²

Overwegingen ten aanzien van de last

193. In paragraaf 4.4 concludeerde de Raad dat de overtreding nog voortduurt, tot op de dag van het onderhavige besluit. De last heeft derhalve de strekking de Aanbevelingen te doen intrekken op een voor alle leden van de LHV en de regionale kringen duidelijk kenbare wijze. Tevens dient de last ertoe de negatieve gevolgen van de gedane Aanbevelingen zoveel mogelijk ongedaan te maken.
194. Aangezien de Aanbevelingen inmiddels tot staande praktijk kunnen zijn geworden, waarop huisartsen zich zijn gaan richten, en deze situatie doorbroken moet worden teneinde de mededinging op de markt te herstellen, is de Raad van oordeel dat de LHV meer dient te doen dan het op precies dezelfde wijze publiceren van de mededeling als destijds de Aanbevelingen.
195. De Aanbevelingen kunnen worden ingetrokken door actie van de LHV in de vorm van een schriftelijke mededeling aan de leden die tevens wordt gepubliceerd op de website en in een speciale editie van de nieuwsbrief van de LHV.
196. Om bij de leden geen twijfel te laten bestaan over de aard van de mededeling die de LHV dient te doen, en met name om te voorkomen dat de indruk wordt gewekt dat er slechts sprake is van een eenvoudige rectificatie van een onjuist bericht, dient de LHV duidelijk afstand te nemen van de inhoud van de Aanbevelingen.

Overwegingen ten aanzien van de aan de last te verbinden overige voorschriften

197. Aan de uitvoering van de last verbindt de Raad overeenkomstig artikel 58, eerste lid, Mw, voorschriften teneinde de Raad in staat te stellen zich te vergewissen van de nakoming van alle daaruit voortvloeiende verplichtingen.
198. Niet alleen dient de Raad onverwijld in kennis te worden gesteld van de handelingen die de LHV ter uitvoering van de last heeft verricht, onder het overleggen van afschriften van alle daarop betrekking hebbende communicatie, ook acht de Raad het nodig dat de LHV de NMa gedurende een periode van 16 januari tot en met 15

¹⁵² Verslag van de hoorzitting van 6 september 2011, dossierstuk 6888_1/394, brief van de NMa aan LHV van 8 september 2011, dossierstuk 6888_1/385 en de schriftelijke beantwoording door LHV van 21 september 2011 (kenmerk ES/sr/20110799), dossierstuk 6888_1/388.

februari 2012 desgevraagd toegang verschaft tot het voor leden bestemde, besloten gedeelte van haar website.

Overwegingen ten aanzien van de begunstigingstermijn en de dwangsom

199. Voor de handelingen die de Raad de LHV opdraagt te verrichten, acht de Raad een begunstigingstermijn van zes weken voldoende.
200. De dwangsom die aan een last wordt gekoppeld, dient in redelijke verhouding te staan tot het geschonden belang en de beoogde werking van de oplegging daarvan. Bij de vaststelling van de hoogte van de dwangsom is in aanmerking genomen dat de dwangsom een daadwerkelijke prikkel dient te zijn tot naleving van de last. De dwangsom is gerelateerd aan toekomstige gedragingen, niet aan gedragingen in het verleden. De hoogte van de dwangsom wordt niet bepaald door een verwijt dat de geadresseerde al dan niet wordt gemaakt, maar door de beoogde werking als prikkel tot naleving. Het bedrag moet in een passende relatie staan tot de financiële middelen waarover de LHV kan beschikken.
201. Met het oog op een en ander acht de Raad een dwangsom van EUR 1000,- per dag aangewezen indien de LHV in gebreke zou blijven geheel aan de opgelegde verplichtingen en voorschriften te voldoen, met een maximum totaal te verbeuren som van EUR 650.000.

Precisering van de op te leggen verplichtingen

202. De LHV dient al haar leden schriftelijk, in niet voor meerdere uitleg vatbare bewoordingen en onder verwijzing naar dit besluit mee te delen dat zij de Aanbevelingen, alsmede de inleidende overwegingen bij de Aanbevelingen met betrekking tot vestiging van huisartsen, zoals op 27 mei 2008 gepubliceerd op het besloten gedeelte van de website van de vereniging, intrekt. De LHV dient, eveneens schriftelijk, dezelfde mededeling te doen aan alle regionale kringen van de LHV.
203. De bij randnummer 202 bedoelde mededeling dient te verwijzen naar de desbetreffende Nieuwsbrief van 30 mei 2008 (LHV-weeknieuws nummer 2008.18), het onderwerp 'Vestigingsbeleid houdt regionale huisartsenaanbod in balans' en de daaronder geplaatste link naar de website.
204. Uit de mededeling moet ondubbelzinnig blijken dat de LHV afstand neemt van de inhoud van de Aanbevelingen.

Openbaar

205. De mededeling dient tevens in haar geheel te worden opgenomen in een speciale editie van de Nieuwsbrief ("LHV-weeknieuws") en zowel op het openbaar toegankelijke als op het besloten gedeelte van de website te worden geplaatst. Indien de gehele mededeling vanwege technische beperkingen niet op de Home Page van de website opgenomen kan worden, dient aldaar in ieder geval duidelijk melding te worden gemaakt van de mededeling met een directe doorklikmogelijkheid. De LHV dient te zorgen voor een goed leesbare opmaak van de mededeling.
206. De LHV dient voor zover dit niet reeds heeft plaatsgevonden, de Aanbevelingen van de website te verwijderen, althans ontoegankelijk te maken.
207. De LHV dient onverwijld een afschrift van de aan de leden en regionale kringen verzonden schriftelijke mededeling, vergezeld van een verzendlijst, over te leggen aan de Raad.
208. De LHV dient de Raad onmiddellijk na publicatie in staat te stellen de berichtgeving in de Nieuwsbrief en op de website te verifiëren. Daartoe verschaft de LHV de Raad gedurende een periode van 16 januari tot en met 15 februari 2012 desgevraagd toegang tot het besloten deel van de website.
209. Uiterlijk 15 februari 2012 dient de LHV aan alle hierboven omschreven verplichtingen en voorschriften te hebben voldaan.

7 Besluit

De Raad van Bestuur van de Nederlandse Mededingingsautoriteit:

- I. Legt aan de Landelijke Huisartsen Vereniging, gevestigd te Utrecht, een boete op van EUR 7.719.000.
- II. Legt aan de Landelijke Huisartsen Vereniging, gevestigd te Utrecht de volgende last op:
 - a. De LHV deelt al haar leden schriftelijk, in niet voor meerdere uitleg vatbare bewoordingen en onder verwijzing naar dit besluit mee dat zij de Aanbevelingen, alsmede de inleidende overwegingen bij de Aanbevelingen met betrekking tot vestiging van huisartsen, zoals op 27 mei 2008 gepubliceerd op het besloten gedeelte van de website van de vereniging, intrekt.
 - b. De LHV doet, eveneens schriftelijk, dezelfde mededeling aan alle regionale kringen van de LHV.
 - c. In de sub a bedoelde mededeling verwijst de LHV naar de desbetreffende Nieuwsbrief van 30 mei 2008 (LHV-weeknieuws nummer 2008.18), het onderwerp 'Vestigingsbeleid houdt regionale huisartsenaanbod in balans' en de daaronder geplaatste link naar de website.
 - d. Uit de mededeling blijkt ondubbelzinnig dat de LHV afstand neemt van de inhoud van de Aanbevelingen.
 - e. De LHV neemt de mededeling in haar geheel op in een speciale editie van de Nieuwsbrief ("LHV-weeknieuws") en zowel op het openbaar toegankelijke als op het besloten gedeelte van de website. Indien de gehele mededeling vanwege technische beperkingen niet op de Home Page van de website opgenomen kan worden, maakt de LHV aldaar in ieder geval duidelijk melding van de mededeling met een directe doorklikmogelijkheid. De LHV zorgt voor een goed leesbare opmaak van de mededeling.
 - f. De LHV verwijdert, voor zover dit niet reeds heeft plaatsgevonden, de Aanbevelingen van haar website, althans maakt deze ontoegankelijk voor bezoekers van de website.

- g. De LHV legt onverwijld een afschrift van de aan de leden en regionale kringen verzonden schriftelijke mededeling, vergezeld van een verzendlijst, over aan de Raad.
- h. De LHV stelt de Raad onmiddellijk na publicatie in staat de berichtgeving in de Nieuwsbrief en op de website te verifiëren. Daartoe verschaft de LHV de Raad gedurende een periode van 16 januari tot en met 15 februari 2012 desgevraagd toegang tot het besloten deel van haar website.
- i. De LHV voldoet uiterlijk 15 februari 2012 aan alle sub a tot en met f omschreven verplichtingen en alle sub g en h omschreven voorschriften.
- j. De LHV verbeurt een dwangsom van EUR 1.000,- per dag voor iedere volgende dag dat de LHV niet of onvolledig aan de sub a tot en met h genoemde last inclusief voorschriften voldoet.
- k. Het bedrag waarboven de LHV geen dwangsom meer verbeurt, bedraagt EUR 650.000,-.

Datum: 30 december 2011

De Raad van Bestuur van de Nederlandse Mededingingsautoriteit,
namens deze,

w.g.

Henk Don

Lid van de Raad van Bestuur

Tegen dit besluit kan degene, wiens belang rechtstreeks bij dit besluit is betrokken, binnen zes weken na de dag van bekendmaking van dit besluit [2 januari 2012] een gemotiveerd bezwaarschrift indienen bij de Raad van Bestuur van de Nederlandse Mededingingsautoriteit, Juridische Dienst, Postbus 16326, 2500 BH Den Haag.

In dit bezwaarschrift kan een belanghebbende op basis van artikel 7:1a, eerste lid, van de Algemene wet bestuursrecht, de Raad van Bestuur van de Nederlandse Mededingingsautoriteit verzoeken in te stemmen met rechtstreeks beroep bij de administratieve rechter.