

BESLISSING OP BEZWAAR**337070-531272**

Bij fax van 19 juli 2019 heeft de Huisartsenpraktijk Sluis te Sluis (bezwaarde) bezwaar gemaakt tegen de prestatie- en tariefbeschikking huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg 2020 van 25 juni 2019 met kenmerk TB/REG-20622-01. Bij brief van 19 september 2019 heeft bezwaarde een nadere toelichting op het bezwaar ingediend.

Op 16 september 2018 is de prestatie- en tariefbeschikking van 25 juni 2019 ingetrokken en vervangen door de prestatie- en tariefbeschikking huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg 2020 met kenmerk TB/REG-20622-02. Het bezwaar wordt op grond van artikel 6:19 van de Algemene wet bestuursrecht geacht mede betrekking te hebben op dit besluit.

Bezwaarde heeft afgezien van het recht om te worden gehoord.

De directeur Strategie van de Nederlandse Zorgautoriteit (de NZa) is bevoegd om namens de NZa te beslissen op het bezwaarschrift.¹ De NZa heeft besloten dat niet tegemoet kan worden gekomen aan het bezwaar en dat het oorspronkelijke besluit ongewijzigd in stand blijft. Het bezwaar wordt dan ook ongegrond verklaard. Hieronder wordt dit besluit toegelicht.

DE AANGEVOERDE BEZWAREN

Bezwaarde voert – kort weergegeven – aan dat de vastgestelde tarieven voor de huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg voor het jaar 2020 te laag zijn. Dit heeft, aldus bezwaarde, tot gevolg dat investeringen niet plaatsvinden, substitutie van de 2e naar de 1e lijn niet vlot en er opvolgingsproblemen zijn. Bezwaarde verzoekt om een financiële herwaardering van de basiszorg.

Bezwaarde wijst de NZa erop dat de bezuinigingen in de ouderenzorg, de afbouw van de verzorgingshuizen en de bezuinigingen in de ggz leiden tot een hogere werkdruk voor de huisarts. De tarieven die de huisarts praktijkeigenaren in rekening kunnen brengen zijn, aldus bezwaarde, te laag voor de toenemende hoeveelheid complexe ouderenzorg en psychiatrische zorg. Als voorbeeld noemt bezwaarde dat een visite van anderhalf uur in de ouderenzorg en een consult van een uur bij psychiatrische problematiek niet ongebruikelijk is. Hiervoor gelden tarieven van respectievelijk 18 euro en 25 euro. Bezwaarde geeft aan dat dergelijke visites steeds vaker voorkomen. Bezwaarde vraagt de NZa het inkomen van huisartsen gelijk te stellen aan medisch specialisten binnen de tweede lijn.

Bezwaarde voert ten slotte aan dat bij de zorgverzekeraars geld op de plank blijft liggen en het de huisartsen niet is toegestaan om samen op landelijk of regionaal niveau met de zorgverzekeraars te onderhandelen. Bezwaarde vraagt de NZa de zorgverzekeraars te verplichten geld dat in een bepaald jaar overblijft het volgende jaar (extra) te besteden aan de huisartsenzorg óf de huisartsen de ruimte te geven op landelijk niveau met de zorgverzekeraars te onderhandelen. Er zou verder, aldus

¹ Op grond van het Besluit organisatie, mandaat, volmacht en machtiging NZa.

bezwaarde, sprake moeten zijn van minimumtarieven in plaats van maximumtarieven. Ook zou het verhogen van de tarieven met 50% een krachtig signaal afgeven.

BEOORDELING VAN HET BEZWAAR

In de aangevoerde bezwaargronden komen de volgende onderwerpen aan de orde:

- Tarieven en stijgende werkdruk
- Inkomen praktijkeigenaren
- Substitutie van de 2^{de} lijn naar de 1^e lijn
- Huisartsentekort en opvolging
- Onderhandelingen met en de inkoop door zorgverzekeraars
- Minimumtarieven

De NZa geeft hieronder op deze onderwerpen een reactie.

Tarieven en stijgende werkdruk

Standpunt bezwaarde

Door onder meer de toenemende werkzaamheden vanuit de ouderenzorg en psychiatrische zorg zijn, aldus bezwaarde, de tarieven niet langer toereikend. Deze werkdruk uit zich onder meer in vaker voorkomende langdurende consulten en visites.

Achtergrond

De huisartsentarieven stelt de NZa jaarlijks vast. Deze tarieven moeten gemiddeld kostendekkend zijn. Dit betekent dat de tarieven niet te laag mogen worden vastgesteld. Daarnaast zit er een kostenbeheersings-element in de tarieven. Dit betekent dat de tarieven ook niet te hoog kunnen worden vastgesteld.

De huisartsenzorg is ingedeeld in drie segmenten. In het eerste segment (de basiszorg) gelden voornamelijk maximumtarieven, in het tweede segment gelden voornamelijk vrije tarieven en in het derde segment gelden vrije tarieven.² De maximumtarieven zijn voor het laatst in 2017 herijkt op basis van werkelijke historische kosten. De NZa heeft toen de kosten, opbrengsten en productie over het jaar 2015 van geselecteerde huisartsenpraktijken onderzocht. Het resultaat van dit onderzoek vormt de onderbouwing van de maximumtarieven zoals deze met ingang van 2018 gelden.³ De tarieven zijn gebaseerd op een gewogen gemiddelde. Het is daarom mogelijk dat individuele huisartsenpraktijken voor een prestatie meer of minder kosten maken dan de kosten waarop het tarief is gebaseerd.

² Daarnaast bestaan er nog enkele prestaties die buiten de segmenten vallen.

³ Voor een aantal prestaties en kostensoorten bevatte het onderzoek geen gegevens die gebruikt konden worden. In deze gevallen is, conform artikel 4.3 van de Beleidsregel algemeen kader tariefprincipes curatieve zorg, de kostenopbouw van het tarief via een beschrijvende norm van de prestatie bepaald. Dit geldt onder meer voor de arbeidskosten voor de huisarts-eigenaar, de vergoeding voor gedeerd rendement op het eigen vermogen in de praktijkkosten, en de onderbouwing van tarieven voor de module poh-ggz.

De tariefherijking heeft (per 2018) geresulteerd in een structurele ophoging van de basistarieven van de huisartsen (verrichtingen + 0,95%, inschrijftarief + 0,64%).⁴ De in het bestreden besluit vastgestelde maximumtarieven 2020 zijn een indexatie van deze tarieven.⁵ Ten opzichte van 2019 zijn de basistarieven 2020 (inschrijving/consult en daarvan afgeleide prestaties) door de indexatie afgerond met 1,8% gestegen.⁶

Conclusie herijking tarieven en toenemende werkdruk

Afhankelijk van de ontwikkelingen in een sector streeft de NZa naar herijking van de tarieven elke vier of vijf jaar. Voor de huisartsenzorg vindt naar verwachting over twee of drie jaren een nieuw kostenonderzoek plaats. De NZa voert niet jaarlijks een nieuw kostenonderzoek uit. Dit zou een te grote administratieve belasting voor de huisartsen (en ook de NZa) inhouden. Dit betekent niet dat de tarieven geheel geen ontwikkeling doormaken. Door de jaarlijkse indexatie van de tarieven wordt rekening gehouden met kostenstijgingen. Ook vinden er tussentijdse aanpassingen of toevoegingen van prestaties (en tarieven) plaats (bijvoorbeeld de prestatie SCEN).

De NZa is bekend met het signaal dat huisartsen geven over de stijgende werkdruk. Niet aannemelijk is dat de kostenstructuur en productie van de huisartsenpraktijken door de stijgende werkdruk geheel niet meer in lijn is met de metingen die in 2017 hebben plaatsgevonden. Een vroegtijdige volledige herijking van de tarieven acht de NZa daarom niet nodig. Dit volgt ook uit het Bestuurlijk Akkoord huisartsenzorg 2019-2022 dat door het ministerie van VWS en de brancheorganisaties is afgesproken. In dit akkoord staat dat de toegenomen werkdruk meerdere oorzaken kent en ook vanuit verschillende invalshoeken opgelost zal moeten worden. Er zijn verschillende afspraken in het akkoord opgenomen om meer tijd voor en met de patiënt te realiseren. Hieronder worden de twee overeengekomen afspraken toegelicht die op de tariefregulering zien en daarmee binnen het werkterrein van de NZa vallen.

De eerste afspraak is dat er extra aandacht is voor mensen met een gezondheidsachterstand waarbij sprake kan zijn van een cumulatie van medische en sociale problemen. De NZa heeft daarom in de tarieven 2019 de postcodelijst achterstandsproblematiek herijkt. Op basis van deze lijst ontvangen specifieke huisartsenpraktijken een opslag op de inschrijftarieven. Bij deze herijking is gekeken naar parameters die voor zorgaanbieders een hoger dan gemiddelde tijdsinvestering per patiënt in zich dragen en waarvoor de reguliere bekostigingssystematiek niet of niet geheel compenseert. Daarnaast is het afkappunt voor de regionale gebieden met achterstandproblematiek van 920.000 inwoners naar 1,5 miljoen inwoners uitgebreid. Hiermee zijn per 2019 voor meer praktijken met een relatief zware populatie aanvullende middelen

⁴ Circulaire 13 juli 2017 (CI/17/29c 251156/361411).

⁵ Zie voor meer informatie over de indexatie de Beleidsregel indexering (BR/REG-17103) en de Circulaire vaststelling regelgeving huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg (CI/19/08c).

⁶ Circulaire vaststelling regelgeving huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg (CI/19/08c).

beschikbaar gekomen.⁷ In de omgeving van bezwaarde is in 2019 de postcode 4524 DW aan deze lijst toegevoegd. Bezwaarde kan dus voor een deel van haar patiënten aanspraak maken op deze gelden.

De tweede afspraak is dat de NZa samen met de huisartsen en zorgverzekeraars verder werkt aan een bekostiging waarbij de zorgzwaarte van de patiënt een belangrijkere rol speelt. De introductie van de herziene postcodelijst voor achterstandsproblematiek in 2019 en herziene indeling van opslagen op basis van leeftijd in 2018 zijn stappen die hierin al genomen zijn. De komende periode zoeken wij in samenwerking met de relevante partijen naar verdere stappen die de zorgzwaarte van de patiënt meer centraal stelt in de bekostiging. We houden hierbij ruimte voor mogelijke regionale experimenten met alternatieve vormen van bekostiging op basis van patiëntkenmerken. De uitkomsten van deze experimenten kunnen vervolgens dienen als basis voor een andere benadering van vergoeding van achterstandsproblematiek, of mogelijk zorgzwaarte in het algemeen. De voorbereiding en uitwerking van een dergelijke overgang kost enige tijd en moet in goed overleg met het veld gebeuren. Hoewel de NZa het met bezwaarde eens is dat de bekostiging op punten verbeterd en/of vereenvoudigd kan worden, zien we geen aanleiding om dit met terugwerkende kracht in het al gepubliceerde beleid door te voeren.

Verder is de mogelijkheid van praktijkmanagement per 2018 expliciet opgenomen in de prestatie- en tariefbeschikking (onder de prestatie 'overige zorgvernieuwing'). Een praktijkmanager kan ingezet worden in een huisartsenpraktijk om een veelheid aan taken rondom administratie, afstemming met derden (zorgverleners, zorgverzekeraar, gemeente) en overige niet direct patiëntgebonden elementen van de praktijkvoering uit handen van de huisarts te nemen. De huisarts houdt zo meer tijd over voor zorg aan patiënten. Steeds meer zorgverzekeraars geven in hun contracten ruimte voor de inzet van een praktijkmanager.⁸

Conclusie tarieven langdurend consult en visite

Ten aanzien van de opmerkingen van bezwaarde over de prestaties consult en visite, merkt de NZa op dat een huisarts een hoger tarief in rekening kan brengen naarmate de visite of het consult meer tijd kost. De bekostiging van huisartsenzorg kent op dit vlak bewust al vele jaren een relatief eenvoudige benadering van tijdsbesteding in de vorm van kort of lang consult (meer of minder dan 20 minuten). In de tariefonderbouwing is daarbij rekening gehouden met het gegeven dat iedere huisartsenpraktijk in enige mate te maken krijgt met incidenteel langere consulten of visites. De werkelijk gemeten aantallen consulten en bijbehorende kosten zijn immers de basis voor de tarieven.

Daarnaast verkrijgt de huisarts inschrijftarieven. Deze tarieven ontvangt de huisarts voor elke ingeschreven patiënt, ongeacht of deze patiënt daadwerkelijk gebruik maakt van de huisartsenzorg. Het inschrijftarief is hoger voor verzekerden van 65 jaar en ouder en inwoners die wonen in

⁷ Zie ook de Circulaire Vaststelling beleidsregel huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg (CI/18/17c).

⁸ Zie Monitor; Contractafspraken huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg 2019 van juni 2019, pag. 21.

een opslagwijk (waar sprake is van de hierboven genoemde achterstandsproblematiek). Ook de inschrijftarieven dienen ter dekking van een gedeelte van de kosten die de huisartsen voor een individuele prestatie maakt. Het tarief van een enkele prestatie kan daarom nooit alleen op zichzelf bezien worden, maar moet altijd bekeken worden in de wetenschap dat via de inschrijftarieven een deel van de kosten gedekt zijn.

Bezwaarde heeft geen cijfers overgelegd waaruit blijkt dat het aantal consulten van meer dan 20 minuten ten opzichte van 2015 is toegenomen en dat deze consulten ook vaker meer dan één uur duren. Ook heeft bezwaarde geen cijfers aangedragen die aantonen dat het tarief voor langdurende consulten en visites (rekening houdend met de inkomsten verkregen uit de inschrijftarieven) niet kostendekkend zou zijn. Op grond van wat is aangedragen door bezwaarde, kan de NZa daarom niet de conclusie trekken dat de consult- en visitetarieven voor bezwaarde ontoereikend zijn en dat dit ook voor alle andere huisartspraktijken geldt. De NZa komt dan ook niet aan het verzoek van bezwaarde tegemoet om de tarieven van deze prestaties te verhogen.

Inkomen praktijk eigenaren

Standpunt bezwaarde

Bezwaarde voert samengevat aan dat het inkomen van praktijkhoudende huisartsen te laag is, en verzoekt de NZa deze gelijk te stellen met de medisch specialisten.

Achtergrond

In de tarieven is een component 'arbeidskosten praktijk eigenaren' opgenomen (in het veld bekend onder de term 'norminkomen'). De tarieven zijn zo berekend dat de eigenaar van een gemiddelde huisartsenpraktijk (met een gemiddelde productie en gemiddelde kosten) het norminkomen behaalt.⁹ De component moet dus niet worden verward met het daadwerkelijke inkomen van een huisarts. Het daadwerkelijke inkomen dat een praktijk eigenaar genereert is mede afhankelijk van de kostenstructuur van de betreffende huisartsenpraktijk, de geleverde productie en de opbrengsten uit niet-gereguleerde activiteiten.

Er bestaan verschillende methodieken om te komen tot normering van de arbeidskostencomponent. Mede op basis van advies van de KPMG heeft de NZa de arbeidskostencomponent vastgesteld door twee methodieken met elkaar te combineren: vergelijking met de publieke sector en vergelijking binnen de zorg. Het norminkomen van de huisartsen is met toepassing van deze methodiek berekend op € 143.556 (prijspeil 2020).¹⁰

⁹ De arbeidskostencomponent heeft enkel betrekking op de arbeidskosten van praktijk eigenaren. De kosten voor huisartsen in loondienst en ander personeel is in de tarieven meegenomen als onderdeel van de praktijkkostencomponent.

¹⁰ Zie voor een meer uitgebreide toelichting van de berekening van dit bedrag het Verantwoordingsdocument (bijlage 3 bij de Beleidsregel huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg 2020 (BR/REG-20133)).

Conclusie

De NZa kan op basis van het bezwaarschrift niet inschatten of bezwaarde het norminkomen ook daadwerkelijk verwerft en zo niet, wat daarvan de reden is. Zoals hierboven aangeven is het daadwerkelijke inkomen dat een praktijk eigenaar genereert mede afhankelijk van de kostenstructuur van de betreffende huisartsenpraktijk, de geleverde productie en de opbrengsten uit niet-gereguleerde activiteiten. Het norminkomen moet dan ook niet worden gezien als een minimum waar een praktijk eigenaar recht op heeft.

De NZa acht het norminkomen niet onredelijk. Dat medisch specialisten een hoger inkomen kunnen behalen is geen reden voor de NZa om in de tarieven voor de huisartsen met een ander norminkomen voor de huisartspraktijk eigenaren te rekenen. Beide sectoren zijn, hoewel zij op aspecten overeenkomen, niet volledig vergelijkbaar.

Substitutie van de 2^{de} lijn naar de 1^e lijn

Standpunt bezwaarde

Bezwaarde voert aan dat de lage tarieven ertoe leiden dat de substitutie van de 2^{de} naar de 1^e lijn niet vlot. Bezwaarde voert daarnaast aan dat de zorgverzekeraar in staat is onverwacht tarieven te verminderen of te schrappen. Bezwaarde geeft als voorbeeld gemaakte afspraken over het vervangen van een verstopte blaaskatheter, hetgeen goedkoper is als dit door de huisarts gebeurt in plaats van in het ziekenhuis. Hiervoor werd bezwaarde, onverwacht, niet langer aanvullend betaald door de zorgverzekeraar. Bezwaarde geeft aan hierdoor enkel een visite te kunnen declareren. Dit tarief is, aldus bezwaarde, niet toereikend omdat na de aftrek van de kosten voor het vervoer en de materiaalkosten te weinig overblijft.

Achtergrond

Taakherschikking en substitutie is een belangrijk onderdeel voor het behalen van de doelstellingen van "juiste zorg op de juiste plek". Het klopt dat de resultaten van taakherschikking en substitutie tot nu toe beperkt zijn. Het verplaatsen van zorg gaat te langzaam.¹¹

In het hoofdlijnenakkoord medische specialistische zorg 2019-2022 hebben partijen afgesproken om samen invulling te geven aan "juiste zorg op de juiste plek". Om deze ambitie te ondersteunen is voor de instellingen die concrete maatregelen nemen, voor 2019-2022 in totaal € 425 miljoen aan transformatiegelden beschikbaar. Voor de besteding van deze gelden hebben de partijen afspraken gemaakt over criteria die zorgverzekeraars gebruiken bij de financiering van de concrete maatregelen. In het Bestuurlijk akkoord huisartsenzorg 2019 t/m 2022 staat verder dat de minister:

"Om de ambities in dit akkoord te realiseren wordt structureel €50 miljoen extra aan het budgettair kader huisartsenzorg toegevoegd;"

¹¹ Voortgangsrapportage 'De juiste zorg op de juiste plek', brief NZa van 14 mei 2019 met het kenmerk 0330437/0509699.

Vanuit het macrokader is er dus geld aan de zorgverzekeraars beschikbaar gesteld om de substitutie te ondersteunen. Er is bewust voor gekozen zorgverzekeraars en zorgaanbieders alle ruimte te geven om in overleg tot afspraken over substitutie te komen. Deze afspraken kunnen namelijk regionaal zeer divers zijn. Het is daarom niet wenselijk om landelijk vastgestelde en gereguleerde prestaties vast te stellen voor elke substitutieafpraak die wordt gemaakt. Komen bepaalde afspraken landelijk op grote schaal voor, dan bestaat de mogelijkheid voor zorgverzekeraars en/of zorgaanbieders om de NZa te verzoeken de behandeling als aanvullende prestatie op te nemen in de prestatie- en tariefbeschikking van het daaropvolgende jaar.

Conclusie

Er zijn verschillende redenen waarom de substitutie langzaam op gang komt. Wij kunnen bezwaarde er niet in volgen dat dit het gevolg is van te laag vastgestelde maximumtarieven. Zoals hierboven weergegeven, is bewust de keuze gemaakt afspraken over substitutie aan de zorgverzekeraars en zorgaanbieders onderling te laten. De NZa heeft niet de bevoegdheid om contracten tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars aan te passen. Wel kan en heeft de NZa regels opgesteld over de communicatie rondom het contracteringsproces. Het is namelijk niet de bedoeling dat zorgaanbieders overvallen worden door wijzigingen in het inkoopbeleid van zorgverzekeraars. Om die reden heeft de NZa voorgeschreven dat zorgverzekeraars tijdig het contractaanbod moeten rondsturen, dat zij zorgaanbieders een redelijke termijn moeten geven om het contract te bestuderen en in die termijn beschikbaar moeten zijn voor vragen.¹² Als een zorgverzekeraar zich niet aan deze procedure houdt, kan de NZa handhavend optreden tegen de betreffende zorgverzekeraar.

De NZa merkt ten slotte over het specifiek aangedragen voorbeeld op dat de materiaalkosten voor het vervangen van een blaaskatheter niet uit het tarief van de visite gedekt hoeven te worden. Deze kosten kunnen aanvullend in rekening worden gebracht op basis van de werkelijke kosten (kostprijs).

Opvolging

Standpunt bezwaarde

Bezwaarde voert aan dat de lage tarieven leiden tot opvolgingsproblemen, dan wel dat het verhogen van de tarieven kan bijdragen aan een oplossing hiervoor.

Achtergrond

Het signaal dat het in bepaalde regio's voor huisartsen lastig is om een opvolger te vinden is voor het ministerie van VWS aanleiding geweest om, samen met de Landelijke Huisartsen Vereniging, door Nivel en Prismant onderzoek te laten doen naar dit onderwerp. In november 2018 hebben Nivel en Prismant de resultaten van hun onderzoek naar buiten gebracht met het rapport "balans in vraag aan aanbod huisartsenzorg."

¹² Regeling Transparantie zorginkoopproces Zvw, TH/NR-011.

Door het ministerie van VWS en de Landelijke Huisartsen Vereniging is vervolgens een plan van aanpak opgesteld om iets aan de opvolgingsproblematiek te doen. Het ministerie van VWS heeft in april 2019 dit plan van aanpak aan de Tweede Kamer gestuurd met daarin de acties die ondernomen zullen worden met effecten op de lange termijn.¹³ In juni 2019 heeft het ministerie van VWS de Tweede Kamer verder geïnformeerd over onder meer acties die op de korte termijn worden ondernomen.¹⁴ In geen van deze stukken wordt een algehele ophoging van de tarieven als oplossing voorgesteld.

Conclusie

Uit het hierboven genoemde onderzoek blijkt dat de oorzaken waarom huisartsen tegen opvolgingsproblemen aanlopen vaak een combinatie van meerdere factoren betreft. De landelijk geldende tarieven worden niet als reden gezien voor de problemen die spelen met de opvolging. De NZa is het dan ook niet met bezwaarde eens dat de opvolgingsproblematiek een signaal is dat de tarieven te laag zijn. Ook is het ophogen van de tarieven niet de juiste oplossing voor de door bezwaarde naar voren gebrachte problematiek. De problematiek komt namelijk niet landelijk voor (en de tarieven gelden wel landelijk). Daarnaast is een ophoging van de tarieven vanuit het oogpunt van kostenbeheersing niet wenselijk.

Onderhandelingen met en de inkoop door zorgverzekeraars

Standpunt bezwaarde

Bezwaarde merkt op niet landelijk of regionaal samen met andere huisartsen te mogen onderhandelen met de zorgverzekeraars. Bezwaarde verzoekt de NZa de zorgverzekeraars te verplichten geld dat in een bepaald jaar overblijft het volgende jaar (extra) te bestreden aan de huisartsenzorg.

Achtergrond

De Zwv, de Wmg, VWS en de NZa bepalen het kader waarbinnen de zorgverzekeraars met de zorgaanbieders afspraken kunnen maken. Dit kader betreft:

- de zorgplicht in artikel 11 Zwv (dat voorschrijft dat zorgverzekeraars voldoende zorg moeten inkopen)
- de bestuurlijke hoofdlijnakkoorden (waarin afspraken tussen het ministerie van VWS en de brancheorganisaties over onder meer de financieel beschikbare (macro) ruimte en de groei van een bepaalde sector is opgenomen) en
- de prestatie- en tariefregulering (die is neergelegd in de Wmg en in besluiten van de NZa waarin wordt voorgeschreven welke prestaties er bestaan en welke tarieven voor deze prestaties in rekening mogen worden gebracht).

De NZa kan op basis van de Wmg verder regels opstellen over de te hanteren procedure bij de inkoop.

¹³ Kamerbrief van 23 april 2019, 1518215-189600-CZ.

¹⁴ Kamerbrief van 24 juni 2019, 1541573-191952-CZ.

De Wmg legt de verantwoordelijkheid voor de wijze waarop de zorgplicht wordt ingevuld bewust bij de zorgverzekeraars. Het is aan de zorgverzekeraars om te bepalen hoeveel zij besteden in een bepaald jaar in een bepaalde sector.

Conclusie

De NZa stelt voorop dat deze bezwaargronden niet tegen het bestreden besluit gericht zijn, maar een verzoek aan de NZa bevatten om beleid vorm te geven.

Alleen als de zorgplicht in het geding komt is er een reden voor de NZa om een zorgverzekeraar aan te spreken op (de inhoud van) de inkoop. De NZa kan daarom niet aan dit verzoek tegemoet komen van bezwaarde om de zorgverzekeraars te dwingen meer, dan wel tegen hogere tarieven huisartsenzorg in te kopen.

Dat huisartsen niet collectief mogen onderhandelen met de zorgverzekeraars over de tarieven is geregeld in de Mededingingswet. Het is, zoals bezwaarde zelf ook in de aanvullende toelichting opmerkt, de Autoriteit Consument & Markt die toezicht op de Mededingingswet houdt. De NZa kan bezwaarde daarom geen toestemming verlenen om samen met andere huisartsen tariefonderhandelingen te voeren met de zorgverzekeraars.

Minimumtarieven

Standpunt bezwaarde

Bezwaarde draagt ten slotte als oplossing voor de geconstateerde problemen in de sector het idee aan om, in de plaats van maximumtarieven, minimumtarieven vast te stellen.

Achtergrond

Op grond van artikel 7 van de Wmg schrijft de minister van Volksgezondheid Welzijn en Sport via een aanwijzing aan de NZa voor welke vorm van tariefregulering op een bepaalde deelmarkt van toepassing moet zijn. Op 14 juli 2014¹⁵ en 11 juli 2017¹⁶ heeft de minister de NZa in aanwijzingen de opdracht gegeven om prestaties en tarieven voor de huisartsenzorg per 2015 (en aanvullend per 2018) vast te stellen. De minister heeft hierin voorgeschreven voor de huisartsenzorg een combinatie van vrije en maximumtarieven te hanteren. Op grond van deze aanwijzingen heeft de NZa het bestreden besluit (alsmede de tarieven van de voorgaande jaren) vastgesteld.

Conclusie

De NZa heeft niet de vrijheid om van de aanwijzingen van de minister af te wijken. Daarnaast hebben minimumtarieven als doel te voorkomen

¹⁵ Aanwijzing van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 14 juli 2014, kenmerk 642423-123512-MC.

¹⁶ Aanwijzing van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 11 juli 2017, kenmerk 1153348-165402-MC.

dat zorg ver onder de kostprijs wordt ingekocht. In de huisartsenzorg is hier geen sprake van. Vrijwel alle zorgverzekeraars volgen de maximumtarieven bij de zorginkoop.¹⁷ De NZa komt daarom niet tegemoet aan het verzoek van bezwaarde om minimumtarieven in de huisartsenzorg in te voeren.

CONCLUSIE

Gelet op het voorgaande verklaart de NZa het bezwaar ongegrond.

Hoogachtend,
Nederlandse Zorgautoriteit,

drs. J.M.T. Hautvast
plv. directeur Strategie

Als u het niet eens bent met dit besluit kunt u binnen zes weken na verzending van dit besluit beroep instellen bij het College van Beroep voor het bedrijfsleven.

*Adres: College van Beroep voor het bedrijfsleven
Postbus 20021
2500 EA 's-Gravenhage*

Het beroep moet volgens artikel 6:5, eerste lid, van de Algemene wet bestuursrecht schriftelijk en ondertekend worden ingediend en moet ten minste de volgende gegevens bevatten:

- *naam en adres van de indiener;*
- *de dagtekening;*
- *een omschrijving van het besluit waartegen het beroep zich richt;*
- *de gronden (onderbouwing) van het beroep.*

Indien beschikbaar moet een afschrift van dit besluit worden meegezonden.

¹⁷ Zie Monitor; Contractafspraken huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg 2019 van juni 2019, pag. 25.