

BESLISSING OP BEZWAAR**349521-564300**

Bij fax van 25 oktober 2019 hebben Zwiërs huisartsenpraktijk en Huisartsenpraktijk Robbers (bezwaarden) bezwaar gemaakt tegen de prestatie- en tariefbeschikking huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg 2020 van 16 september 2019 met kenmerk TB/REG-20622-02. Bij faxen van 26 en 30 november 2019 hebben bezwaarden een aanvulling op het bezwaarschrift ingediend. Naar aanleiding van dit bezwaar zijn bezwaarden op 12 december 2019 gehoord.

De directeur Strategie van de Nederlandse Zorgautoriteit (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

Bezwaarden signaleren verschillende onwenselijke ontwikkelingen in de huisartsenzorg. Deze ontwikkelingen kunnen, aldus bezwaarden, met een aanpassing van de bekostiging tegengegaan worden. Bezwaarden vragen daarbij niet om een verhoging van alle tarieven, maar om een herverdeling van het geld, zodat het op die plek terecht komt waar de (zwaardere) zorgvragen spelen.

Bezwaarden brengen –samengevat– vijf signaleringen onder de aandacht van de NZa.

1. Werkdruk en wachtlijsten

Bezwaarden voeren aan dat door de wachtlijsten in de ggz, jeugdzorg en sociale ondersteuning bij gemeenten de druk op de huisartsen toeneemt. De patiënten blijven, aldus bezwaarden, door de wachtlijsten langer in behandeling bij de huisarts en stromen soms geheel niet door naar de tweede lijn. De poh ggz is daarnaast niet opgeleid voor moeilijkere ggz-problematiek. De huisartsen krijgen een poh ggz module opslag. Anders dan voorheen moeten de kosten voor de behandeling van chronische patiënten en kwetsbare ouderen niet worden betaald door middel van een opslag over alle ingeschreven patiënten. Maar moet er worden betaald per patiënt. Ook de innovatie (extra) zorg wordt door de zorgverzekeraars vergoed als opslag over de hele praktijk. Dit doet, aldus bezwaarden, geen recht aan de zorgzwaarte per huisarts.

2. Continuïteit van de zorg

Bezwaarden voeren aan dat patiënten te veel verschillende huisartsen zien waardoor de continuïteit van de zorg onvoldoende wordt gewaarborgd. Huisartsen moeten (financieel) in staat worden gesteld en bereid zijn om continuïteit van zorg te leveren. Dit is volgens bezwaarden met name voor kwetsbare ouderen van belang. Hiervoor moet de huisarts als vaste behandelaar voldoende aanwezig zijn. Daarvoor moeten, aldus bezwaarden, de regels worden aangepast.

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

3. Vestiging en waarnemers

Bezwaarden geven aan dat er een tekort dreigt aan huisartsen die bereid zijn zich te vestigen. Ook onder waarnemers constateren bezwaarden aarzelingen om zich te vestigen. De waarnemerstarieven zijn hoog en blijven stijgen. Hierdoor ontstaat er, aldus bezwaarden, een verschil tussen de inkomsten die waarnemers ontvangen en de inkomsten die gevestigde huisartsen ontvangen.

4. Zorgconsumentisme

Bezwaarden zien dat zowel patiënten als zorgaanbieders binnen korte tijd een grote inzet van de huisarts verwachten voor minder complexe zorgvragen. De prioriteit zou bij de echte patiënt moeten liggen. In dit kader noemen bezwaarden ook de praktijkaccreditatie-eis om huisartsen binnen twee minuten de telefoon op te laten nemen.

5. 'Cherry picking' door zorgaanbieders

Er zijn, aldus bezwaarden, zorgaanbieders die zich alleen inzetten voor simpele zorgvragen en complexe problematiek buiten de deur houden. Dit vinden bezwaarden een onwenselijke ontwikkeling omdat hierdoor huisartsen onevenredig belast worden door de complexe patiënten. Ook zijn er huisartsen die aan 'cherry picking' doen, door zich bijvoorbeeld te richten op studenten of expats. Op dit gedrag moeten sancties staan, aldus bezwaarden.

Samengevat verzoeken bezwaarden de NZa het bestreden besluit te wijzigen door:

- Het inschrijftarief voor patiënten tussen de tien en vijftig jaar met drie euro per maand te verlagen en dit geld in te zetten voor een goede en blijvende praktijkondersteuning voor kwetsbare ouderen.
- De consulttarieven met 10% te verhogen en de visitetarieven met 50%.
- Als voorwaarde in de tarievenlijst op te nemen dat modules en innovaties per patiënt en niet over alle ingeschrevenen uitbetaald worden.
- Een redelijk Wlz-thuistarief te introduceren.
- In het kader van substitutie de zorg verleend door een huisarts na opname in het ziekenhuis uit de diagnosebehandelingcombinatie (dbc) van het ziekenhuis te vergoeden.
- Langere praktijkondersteuner huisarts geestelijke gezondheidszorg (poh ggz)-consulten mogelijk te maken door een verlaging van de basis en innovatieve poh ggz en invoering van een verrichtingen tarief C3G en V3G van drie keer het standaardtarief naar analogie.
- De volledige vergoeding van huisartsenposten stop te zetten en huisartsen en waarnemers een gelijk uurtarief betalen (dat tijdens ANW-uren hoger is en tijdens feestdagen nog hoger).

Bezwaarden dragen daarnaast enkele oplossingen buiten de tariefsfeer aan, zoals:

- Bij nieuwe regels specifiek letten op de gevolgen voor de kleinschalig werkende praktijkhouders;
- Regels invoeren die de vrijblijvendheid ten aanzien van het vak beperkt uit te oefenen tegengaan;
- Streven naar praktijkverkleining, waarbij de praktijken een vergelijkbare populatie hebben qua zorgzwaarte;
- 'Cherry picking' in de tweede lijn aanpakken.

BEOORDELING BEZWAAR

In het bezwaar komen de volgende onderwerpen aan de orde:

1. Werkdruk en wachtlijsten
2. Continuïteit van de zorg
3. Vestiging en waarnemers
4. Zorgconsumentisme
5. Cherry picking door zorgaanbieders
6. Overige tariefverzoeken

Hieronder zal de NZa op deze onderwerpen ingaan. Daarbij zullen de wijzigingen in het bestreden besluit die bezwaarden verzoeken aan de orde komen. De oplossingen die bezwaarden hebben aangedragen die buiten de tariefsfeer vallen, bespreekt de NZa hieronder niet. Dit zijn namelijk geen bezwaargronden tegen het bestreden besluit, maar ideeën van bezwaarden met het oog op toekomstig beleid voor de huisartsenzorg. De NZa zal bezwaarden later dit jaar uitnodigen om de ideeën over de bekostiging van de huisartsenzorg nader te bespreken.

Ad 1. Werkdruk en wachtlijsten

Standpunt bezwaarden

Door onder meer de toenemende werkzaamheden vanuit de ouderenzorg, de psychiatrische zorg en de zorg voor chronisch zieken zijn, aldus bezwaarden, de tarieven voor deze patiënten niet langer toereikend. Bezwaarden stellen onder meer voor:

- de inschrijftarieven voor tien- tot vijftigjarigen te verlagen en dit bedrag in te zetten voor de behandeling van de voornoemde patiëntengroepen.
- als voorwaarde in de tarievenlijst op te nemen dat modules en innovaties per patiënt en niet over alle ingeschreven uitbetaald worden.
- de consulttarieven met 10% te verhogen en de visitetarieven met 50%.
- langere poh ggz-consulten mogelijk te maken door aanvullende prestaties te creëren.

Achtergrond

Jaarlijks stelt de NZa de huisartsentarieven 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

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

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.

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

De NZa hanteert als beginsel dat tarieven periodiek herijkt worden. 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. Ook reguleringszekerheid en de dynamiek van kostenontwikkeling in de betreffende sector spelen in deze afweging een rol. Dit betekent niet dat in de tussentijd 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).

Reactie op bezwaargrond

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, inclusief gewijzigde prestaties, 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.

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.

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).

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 achterstandsproblematiek van 920.000 inwoners naar 1,5 miljoen inwoners uitgebreid. Hiermee zijn per 2019 voor meer praktijken met een relatief zware populatie aanvullende middelen beschikbaar gekomen.⁷

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 de 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 bezwaarden 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.

Ten aanzien van de opmerkingen van bezwaarden over de prestaties consult en visite, merkt de NZa verder nog op dat een huisarts (of poh ggz) 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 minuten⁸). 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.

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

⁸ De opbouw van consulten is (globaal) als volgt:

- 1) korter dan 5 minuten,
- 2) vanaf 5 minuten en korter dan 20 minuten en
- 3) 20 minuten en langer.

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 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.

Bezwaarden hebben geen cijfers overgelegd waaruit blijkt dat de tarieven die de NZa voor de consulten en visites (rekening houdend met de inkomsten verkregen uit de inschrijftarieven) niet kostendekkend zijn. Op grond van wat is aangedragen door bezwaarden, kan de NZa daarom niet de conclusie trekken dat de consult- en visitetarieven voor bezwaarden (of voor de inzet van de poh ggz) ontoereikend zijn en dat dit ook voor alle andere huisartspraktijken geldt. De NZa komt dan ook niet aan het verzoek van bezwaarden tegemoet om de tarieven van deze prestaties te verhogen.

Voor zover bezwaarden tevens betogen dat er een verschuiving van de middelen moet plaatsvinden (een verschuiving van het lichtere werk naar het meer zwaardere werk) merkt de NZa op dat een dergelijke verschuiving van invloed is op de gehele bekostigingssystematiek van de huisartsenzorg. Dit betoog raakt, mede in het licht van de vorige alinea, niet het bestreden besluit.

Ad 2. Continuïteit van de zorg

Standpunt bezwaarden

Bezwaarden voeren – kort weergegeven – aan dat voor de continuïteit van zorg de huisarts als vaste behandelaar voldoende aanwezig moet zijn. Daarvoor moeten, aldus bezwaarden, onder meer op financieel vlak de regels worden aangepast.

Achtergrond

Huisartsen mogen inschrijvingstarieven in rekening brengen mits ze de beschikbaarheid van de zorg gewaarborgd hebben. In alinea 1.1 van het bestreden besluit staat hierover: '*De prestatie inschrijving beschrijft beschikbaarheid van het integrale pakket aan huisartsgeneeskundige zorg, 24 uur per dag en 7 dagen per week, voor de bij de zorgaanbieder op naam ingeschreven verzekerden.*'. Zoals bezwaarden zelf ook in het bezwaarschrift opmerken is het niet verplicht dat deze zorg altijd door dezelfde huisarts geleverd wordt. Dit zou een onmogelijke taak voor de huisarts zijn.

Reactie op bezwaargrond

Op het moment zijn er geen richtlijnen of kwaliteitsstandaarden voor de huisartsenzorg die voorschrijven hoeveel uren in de week de huisarts zelf beschikbaar moet zijn voor patiënten. De huisartsen kunnen in onderling overleg hier desgewenst wel afspraken over maken. Ook kunnen huisartsen het Zorginstituut Nederland vragen een dergelijke afspraak als kwaliteitsstandaard op te nemen in het openbare register, als gezamenlijke norm voor goede zorg. Op dat moment zal de NZa met een dergelijke regel rekening houden in de prestaties en tarieven. Het is dus niet aan de NZa om een dergelijke regel voor te schrijven.

Ad 3. Vestiging en waarnemers*Standpunt bezwaarden*

Bezwaarden voeren – kort weergegeven – aan dat huisartsen gestimuleerd moeten worden om zich te vestigen. Bezwaarden zien hiervoor oplossingen binnen de tariefstructuur. Bezwaarden stellen voor de volledige vergoeding van huisartsenposten stop te zetten en huisartsen en waarnemers een gelijk uurtarief te betalen.

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." 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.⁹ In juni 2019 heeft het ministerie van VWS de Tweede Kamer verder geïnformeerd over onder meer acties die op de korte termijn worden ondernomen.¹⁰ In geen van deze stukken wordt een algehele ophoging van de tarieven of wijziging van de prestatie- en tariefstructuur als oplossing voorgesteld.

Reactie op bezwaargrond

Uit het hierboven genoemde onderzoek blijkt dat de opvolgingsproblemen van huisartsen 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 bezwaarden eens dat de opvolgingsproblematiek opgelost moet worden binnen de tariefsfeer. De problematiek komt namelijk niet landelijk voor (en de tarieven gelden wel landelijk).

⁹ Kamerbrief van 23 april 2019, 1518215-189600-CZ.

¹⁰ Kamerbrief van 24 juni 2019, 1541573-191952-CZ.

De NZa wijst bezwaarden er daarnaast op dat de NZa in de beslissing op bezwaar gericht tegen de tarieven voor het jaar 2018 een vergelijkbaar verzoek van bezwaarden heeft afgewezen.¹¹ Bij uitspraak van 9 juli 2019 heeft het College van Beroep voor het bedrijfsleven vervolgens het beroep van bezwaarden gericht tegen dit besluit ongegrond verklaard.¹²

Ad 4. Zorgconsumentisme

Standpunt bezwaarden

Bezwaarden zien dat zowel patiënten als zorgaanbieders binnen korte tijd een grote inzet van de huisarts verwachten voor minder complexe zorgvragen. De prioriteit zou bij de echte patiënt moeten liggen. In dit kader noemen bezwaarden ook een praktijkaccreditatie-eis om huisartsen binnen twee minuten de telefoon op te laten nemen voor niet spoedeisende gevallen.

Achtergrond

De huisarts is een zorgaanbieder waar patiënten laagdrempelig terecht kunnen met hun zorgklachten. Om die reden is de huisartsenzorg ook vrijgesteld van het eigen risico. Het is niet verboden voor patiënten om zich tot hun huisarts te wenden met minder complexe zorgvragen die na verloop der tijd zelf overgaan.

Reactie op bezwaargrond

De NZa heeft in de regelgeving rekening gehouden met de werkdruk die dergelijke vragen voor huisartsen op kan leveren. Om die reden heeft de NZa 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. Bezwaarden hebben niet onderbouwd welke aanpassing zij in het bestreden besluit van de NZa wensen teneinde de huisarts verder te ondersteunen. De NZa kan bezwaarden er daarom niet in volgen dat in het bestreden besluit onvoldoende rekening wordt gehouden met (wat bezwaarden omschrijven als) zorgconsumentisme.

Ten aanzien van de twee-minuten-eis waar bezwaarden naar verwijzen merkt de NZa op dat deze eis niet in het bestreden besluit van de NZa is opgenomen. Bezwaarden kunnen deze eis dan ook niet bij de NZa aanvechten.

¹¹ Beslissing op bezwaar van 28 maart 2018 met het kenmerk 255012-424094 253736-424095 253657-424096.

¹² Uitspraak van het College van Beroep voor het bedrijfsleven van 9 juli 2019, ECLI:NL:CBB:2019:279.

Ad 5. 'Cherry picking' door zorgaanbieders

Standpunt bezwaarden

Er zijn, aldus bezwaarden, zorgaanbieders die zich alleen inzetten voor simpele zorgvragen en complexe problematiek buiten de deur houden. Dit vinden bezwaarden een onwenselijke ontwikkeling omdat hierdoor huisartsen onevenredig belast worden.

Achtergrond

Zorgverzekeraars hebben op grond van artikel 11 van de Zorgverzekeringswet een zorgplicht jegens hun verzekerden. Op grond hiervan moeten zorgverzekeraars de zorg en diensten waaraan de verzekerde behoefte heeft en die naar inhoud en omvang in overeenstemming zijn met de wettelijke zorgaanspraken, (laten) leveren en/of vergoeden. In de Beleidsregel toezichtkader zorgplicht zorgverzekeraars heeft de NZa hier verder het volgende over opgenomen:

'8. Verplichtingen bij gecontracteerde zorg

8.1 De zorgverzekeraar moet zorg op een redelijke afstand van de woonplaats van de verzekerde aanbieden.

8.2 De zorgverzekeraar moet zorg tijdig (laten) leveren aan zijn verzekerden.

8.3 De zorgverzekeraar moet proactief de beschikbaarheid van voldoende zorg voor zijn verzekerden organiseren.'

Reactie op bezwaargrond

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. Het bezwaar is reeds om die reden op dit punt ongegrond.

Ten overvloede merkt de NZa op dat het zorgaanbieders vrij staat, mits dit niet in strijd is met geldende kwaliteitskaders en richtlijnen, een deel (van de in de sector geldende) zorgprestaties te leveren. In sommige situaties kan het zelfs wenselijk zijn dat zorgaanbieders zich specialiseren in bepaalde zorgprestaties. Bijvoorbeeld als verdergaande expertise op een deelgebied de kwaliteit van de zorg ten goede komt. De NZa acht het vooral van belang dat verzekerden binnen een redelijke termijn op een redelijke afstand zorg kunnen krijgen. De zorgverzekeraars moeten, zoals hierboven weergegeven, op grond van hun zorgplicht proactief de beschikbaarheid van voldoende zorg voor hun verzekerden organiseren. Dit betekent onder meer dat de zorgverzekeraars voldoende zorg moeten inkopen. Dit geldt voor zowel minder complexe als complexe zorg. Het is niet de bedoeling dat verzekerden die zijn aangewezen op tweedelijns zorg in behandeling blijven bij de huisarts omdat er geen tweedelijns zorgaanbieder (binnen een acceptabele wachttijd) beschikbaar is. Dit kan een teken zijn dat een zorgverzekeraar niet aan de zorgplicht voldoet. De NZa kan formeel handhavend optreden of anderszins ingrijpen als blijkt dat de zorgplicht wordt geschonden.

Voor zover bezwaarden wijzen op huisartsen die aan 'cherry picking' doen, verwijst de NZa verder naar de alinea op pagina zes van dit besluit waar de NZa toelicht welke stappen worden ondernomen om de zorgzwaarte van de patiënt meer centraal te zetten in de bekostiging. Zoals op de hoorzitting met bezwaarden is besproken zal de NZa bezwaarden uitnodigen om voor de toekomstige bekostiging hierover verder van gedachten te wisselen.

Ad 6. Overige tariefverzoeken

Standpunt bezwaarden

Bezwaarden verzoeken de NZa ten slotte in het bestreden besluit:

- een redelijk Wlz-thuistarief te introduceren en;
- in het kader van substitutie de zorg verleend door een huisarts na opname in het ziekenhuis uit de dbc van het ziekenhuis te laten vergoeden.

Reactie NZa t.a.v. Wlz-thuistarief

Als patiënten in een Wlz-instelling verblijven en door of namens de instelling een Wlz-behandeling ontvangen, dan krijgen zij de huisartsenzorg namens die Wlz-instelling vanuit de Wlz. Er zijn twee situaties mogelijk voor patiënten die huisartsenzorg vanuit de Zvw behoeven, en die daarnaast ook Wlz-zorg¹³ krijgen:

- Patiënten die in een Wlz-instelling verblijven, maar geen Wlz-behandeling ontvangen door of namens de Wlz-instelling, krijgen de huisartsenzorg vanuit de Zvw,
- Patiënten die thuis verblijven en ook geïndiceerd zijn voor de specifieke Wlz-zorg, krijgen de huisartsenzorg vanuit de Zvw.¹⁴

In het bestreden besluit heeft de NZa hiervoor aanvullend de prestaties Huisartsenzorg eerstelijnsverblijf en Intensieve zorg opgenomen. Huisartsenzorg eerstelijns verblijf betreft het verlenen van huisartsgeneeskundige zorg aan patiënten die verblijven in een setting voor eerstelijnsverblijf. Intensieve zorg betreft het verlenen van intensieve zorg aan terminale patiënten of patiënten waarvoor het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ) een zorgprofiel heeft toegewezen uit de in de voetnoot¹⁵ opgenomen reeks verpleging en verzorging. Voor de verleende zorg die buiten deze prestatieomschrijving valt kunnen huisartsen de prestatie 'visite' in rekening brengen.

¹³ Het gaat dan om Wlz-zorg op grond van het genoemde zorgprofiel in artikel 3.1.1 van het Besluit langdurige zorg juncto artikel 2.1 Regeling langdurige zorg juncto bijlage A bij deze regeling.

¹⁴ Zie voor de alle vereisten artikel 1.6 van de beschikking TB/REG-20622-02,

¹⁵ • VV Beschermd wonen met intensieve dementiezorg;
 • VV Beschermd wonen met intensieve verzorging en verpleging;
 • VV Beschermd wonen met zeer intensieve zorg, vanwege specifieke aandoeningen, met de nadruk op begeleiding;
 • VV Beschermd wonen met zeer intensieve zorg, vanwege specifieke aandoeningen, met de nadruk op verzorging/verpleging;
 • VV Herstelgerichte behandeling met verpleging en verzorging;
 • VV Beschermd verblijf met intensieve palliatief-terminale zorg.

Bezwaarden hebben niet onderbouwd waarom het bestreden besluit op dit punt tekort schiet. Bezwaarden hebben bijvoorbeeld geen cijfers overgelegd waaruit blijkt dat de tarieven voor deze zorg niet kostendekkend zouden zijn. Op grond van wat is aangedragen door bezwaarden kan de NZa daarom niet de conclusie trekken dat de tarieven ontoereikend zijn en dat dit ook voor alle huisartspraktijken geldt. De NZa komt dan ook niet aan het verzoek van bezwaarden tegemoet om in de tarieven 2020 een aanvullende prestatie vast te stellen, dan wel de tarieven van voornoemde prestaties te verhogen.

Reactie NZa t.a.v. substitutie van zorg

Taakherschikking en substitutie is een belangrijk onderdeel voor het behalen van de doelstellingen van 'juiste zorg op de juiste plek'. 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:

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

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. De NZa komt op dit punt daarom niet aan het bezwaar tegemoet.

De NZa merkt daarnaast op dat het bezwaar op dit punt gericht lijkt te zijn op de prestaties en tarieven die gelden voor de medisch specialistische zorg en niet op de prestaties en tarieven voor de huisartsenzorg. Het is niet mogelijk om bezwaargronden aan te dragen tegen een ander besluit dan het besluit waar het bezwaar op is gericht.

CONCLUSIE

Gezien het voorgaande verklaart de NZa het bezwaar ongegrond.

Hoogachtend,
Nederlandse Zorgautoriteit

drs. J.M.T. Hautvast
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.