

- Landelijke Huisartsen Vereniging
- Vereniging Praktijkhoudende Huisartsen
- Ineen
- Zorgverzekeraars Nederland

Newtonlaan 1-41
3584 BX Utrecht

Postbus 3017
3502 GA Utrecht

T 030 296 81 11
F 030 296 82 96
E info@nza.nl
I www.nza.nl

Behandeld door
Directie Regulering

Telefoonnummer
088 770 87 70

E-mailadres
info@nza.nl

Kenmerk
CI/16/54c
0225684/0309575

Onderwerp
Aanpassing beleidsregels "huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg"

Datum
21 december 2016

Geachte heer of mevrouw,

Naar aanleiding van de uitspraak van het College van Beroep voor het bedrijfsleven (CBb) d.d. 3 november 2016¹ voert de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) een aantal wijzigingen door in de beleidsregels en tariefbeschikkingen voor huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg. Het gaat zowel om de regels die gelden voor het jaar 2017 als om regels die met terugwerkende kracht gelden voor de jaren 2015 en 2016. In deze brief lichten wij deze wijzigingen en de aanleiding hiervoor toe.

Aanleiding

Op 1 december 2015 bepaalde het CBb dat de NZa de beleidsregels/tariefbeschikkingen voor huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg over 2015 moest aanpassen. De aanleiding was de in de regelgeving vastgelegde voorwaarde dat de huisarts over een contract met de zorgverzekeraar moet beschikken voordat hij een rekening kan sturen voor een aantal specifieke verrichtingen. De NZa paste na de uitspraak uit december 2015 de beleidsregels/beschikkingen aan, maar interpreteerde de uitspraak zo dat voor enkele prestaties het contractvereiste in stand kon en moest blijven. Op 3 november 2016 heeft het CBb uitspraak gedaan in het beroep tegen de opnieuw vastgestelde tariefbeschikkingen voor huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg 2015 en 2016.

Het CBb volgt de NZa hierbij in de redenering dat het contractvereiste niet per definitie in strijd is met de Zorgverzekeringswet. Het CBb kan zich vinden in de door de NZa gehanteerde indeling, waarbij er

1. prestaties zijn die specifieke zorghandelingen beschrijven die door de huisartsen zelf worden verricht en waarvan de patiënt

¹ ECLI:NL:CBB:2016:322

- mag verwachten dat de door hem gekozen huisarts die verricht, en er
2. prestaties zijn die geen specifieke zorghandelingen beschrijven maar aanvullende vergoedingsmogelijkheden (zoals resultaatsbeloning, innovaties).

Kenmerk
CI/16/54c
0225684/0309575

Pagina
2 van 6

Daarbij onderschrijft het CBb dat de NZa in algemene zin de juiste gevolgtrekking geeft aan de uitspraak van december 2015 door voor de eerste categorie het contractvereiste te laten vervallen en het contractvereiste uitsluitend nog te koppelen aan de declaratietitels in categorie twee.

Het CBb is echter ook van oordeel dat de NZa ten onrechte specifieke zorghandelingen aan de tweede categorie heeft toegeschreven. Dit geldt met name voor de prestaties die de vergoeding voor inzet van Praktijkondersteuning Geestelijke Gezondheidszorg (POH-GGZ) beschrijven. Vervolgens gaat de uitspraak in op de wijze waarop vergoedingen ten behoeve van het achterstandsfonds zijn geregeld, de wijze waarop de borging van ANW-zorg in de NZa-regels is geregeld en het contractvereiste binnen segment 2.

Module achterstandsfonds

Het contractvereiste voor declaratie van de module achterstandsfonds is door de NZa in stand gehouden na de uitspraak door het CBb van december 2015, omdat het hier naar mening van de NZa een declaratietitel in de eerder beschreven "categorie 2" betreft. Het CBb neemt hier voor deze prestatie niet zonder meer genoegen mee, en vraagt de NZa nader te motiveren waarom het contractvereiste in dit geval noodzakelijk is.

Met de betrokken branchepartijen is gekeken naar de mogelijk nadelige gevolgen van het vervallen van het contractvereiste. Geen van deze partijen heeft aangegeven dergelijke gevolgen te verwachten. Op dit moment ziet de NZa zelf ook geen strikte noodzaak voor het contractvereiste. De intentie van de module is altijd geweest dat zorgverzekeraars voor alle patiënten in achterstandswijken rechtstreeks een bijdrage storten in de regionale achterstandsfondsen. Vanuit deze achterstandsfondsen worden op projectbasis aanvullende middelen beschikbaar gesteld om te investeren in optimalisering van zorg in specifieke opslagwijken.

Het huidige contractvereiste voor de module vervalt met terugwerkende kracht tot 1 januari 2015. De NZa licht dit toe in een separaat gepubliceerde beslissing op bezwaar van 21 december 2016 (<https://www.nza.nl/publicaties/Besluiten/Beslissingenopbezwaar/>).

Ter verduidelijking wordt aan de prestatiebeschrijving voor 2015, 2016 en 2017 toegevoegd dat ook bij het ontbreken van een contract tussen een zorgverzekeraar en een individuele huisarts, de aan de module gekoppelde vergoeding dient ter afdracht aan het achterstandsfonds. In

de praktijk wijzigt de wijze waarop geldstromen bij het achterstandsfonds belanden daarmee niet.

Kenmerk
CI/16/54c
0225684/0309575

ANW-Zorg

Het borgen van ANW-zorg voor ingeschreven patiënten is een essentieel onderdeel van hetgeen een patiënt van een huisarts mag verwachten bij inschrijving. Deze borging wordt in alle contracten tussen zorgverzekeraars en huisartsen vastgelegd. Om de beschikbaarheid van ANW-zorg voor de ingeschreven patiënt te garanderen ook bij het ontbreken van dit contract, heeft de NZa in de uitwerking van de uitspraak van december 2015 vastgelegd dat het borgen van ANW-zorg door de huisarts een voorwaarde is voor declaratie van het inschrijftarief.

Pagina
3 van 6

Het CBb oordeelt in de uitspraak van 3 november 2016 dat de voorwaarde dat het inschrijftarief *in het geheel* niet gedeclareerd mag worden indien ANW-zorg niet is geborgd, te ver gaat. Het CBb is tegelijk wel van mening dat het borgen van ANW-zorg een essentieel onderdeel is van hetgeen een patiënt bij inschrijving bij een huisarts mag verwachten en daarmee ook onderdeel is van de prestatie "inschrijving".

Het CBb heeft op dit punt zelf in de zaak voorzien en de beschrijving van de prestatie "inschrijving" in de tariefbeschikking 2016 aangepast. De NZa neemt de uitspraak van het CBb in acht en neemt de door het CBb aangepaste prestatieomschrijving over in de beleidsregels en tariefbeschikkingen (2016 en) 2017. Ook hier geldt dat deze wijziging in de regelgeving in de praktijk geen invloed mag hebben. Ten overvloed merkt de NZa hierbij op dat richtlijnen van de beroepsgroep zelf duidelijk voorschrijven dat het borgen van ANW-zorg voor ingeschreven patiënten een verantwoordelijkheid is van de huisarts.

Segment 2

In de uitwerking van de uitspraak uit december 2015 heeft de NZa aangegeven dat er een onderzoek zal worden gestart om een alternatieve declaratietitel voor multidisciplinaire zorg voor een samenwerkingsverband zonder contract te creëren. Het gaat dan niet zozeer om een declaratietitel voor de zorglevering door de individuele zorgaanbieders, maar voor de organisatie en infrastructuur rondom multidisciplinaire zorglevering zoals beschreven in segment 2. Specifiek geldt dit voor vormen van zorglevering die inmiddels gemeengoed zijn geworden en een patiënt mag verwachten dat deze zorg ook multidisciplinair georganiseerd geleverd wordt.

De NZa heeft echter daarbij aangegeven dat de regelgeving binnen "segment 2" in de huidige opzet uitdrukkelijk is neergezet rondom het bestaan van een afspraak tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar. Het is niet mogelijk en niet wenselijk om het contractvereiste binnen segment 2 op te heffen, zonder gedegen onderzoek naar een alternatieve declaratietitel voor de organisatie van multidisciplinaire zorg bij uitblijven van dit contract.

Het CBb volgt hier de lijn van de NZa in de meest recente uitspraak. Daarbij stelt het CBb dat de NZa, mede gelet op het zorgvuldigheidsbeginsel (artikel 3:2 van de Algemene wet bestuursrecht (Awb)), terecht stelt dat hiervoor eerst door middel van een onderzoek inzicht moet worden verkregen in de onderliggende kostenstructuur en minimaal benodigde organisatie van multidisciplinaire zorg. De NZa is op dit moment bezig om een prestatietitel vorm te geven die deze minimaal benodigde organisatie rondom multidisciplinaire ketenzorg beschrijft. Hierbij baseren wij ons op veldrichtlijnen, zorgstandaarden en bestaande contracten tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars. De prestatietitel kan naar verwachting per 2018 in rekening worden gebracht door zorgaanbieders van multidisciplinaire zorg indien een contractuele relatie met een zorgverzekeraar achterwege blijft.

Kenmerk
CI/16/54c
0225684/0309575

Pagina
4 van 6

Voor de introductie van een maximumtarief voor deze prestatietitel is een aanwijzing van de minister noodzakelijk, aangezien multidisciplinaire zorg nu in zijn geheel uitdrukkelijk per aanwijzing is vrijgesteld van tariefregulering. Voor het vaststellen van een maximumtarief zal in het eerste kwartaal van 2017 dan ook een vorm van kostenonderzoek onder de huidige samenwerkingsverbanden plaats gaan vinden, om tot een toerekening van kosten aan de prestatie te kunnen komen.

De regelgeving voor 2017 blijft daarmee op dit punt ongewijzigd.

POH-GGZ

Het CBb heeft in de uitspraak van 3 november 2016 geoordeeld dat in 2015 en 2016 voor de declaratietitel POH-GGZ geen contractvereiste mag gelden. Argumentatie hierbij is dat POH-GGZ binnen de huisartsenpraktijk inmiddels breed wordt ingezet en de declaratietitel als separate prestatie in segment 1 is gepositioneerd.

Het CBb heeft op dit punt al in de uitwerking voorzien. Het contractvereiste is op grond van de uitspraak niet meer van toepassing voor 2015 en 2016. De betrokken branchepartijen gaven tijdens het technisch overleg van 16 november jl. aan hier voor 2015 en 2016 geen risico's te zien die aanpassing van de beleidsregel met terugwerkende kracht noodzakelijk maken, maar zagen wel aanleiding om voor 2017 wijzigingen door te voeren.

In 2016 is het maximumtarief voor de module POH-GGZ verdrievoudigd. De aanleiding hiervoor was niet zozeer dat het in 2015 gehanteerde maximumtarief gebaseerd op 12 uur POH-GGZ per 2.350 patiënten landelijk knelde, maar dat er signalen waren dat incidenteel de wens bestond bij zorgaanbieders en zorgverzekeraars om regionaal POH-GGZ breder in te zetten dan bekostigd kon worden uit het door de NZa vastgestelde maximumtarief. Deze aanvullende afspraken hadden via segment 3 kunnen lopen, maar om de uitgaven rondom POH-GGZ inzichtelijk te blijven houden is ervoor gekozen om deze ruimte binnen de module POH-GGZ te creëren. Hierbij gold de afspraak tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder uitdrukkelijk als uitgangspunt.

Op basis van de recente uitspraak van het CBb kan deze afspraak echter niet meer randvoorwaardelijk worden gesteld binnen de bekostigingsstructuur van POH-GGZ. Ook de gerealiseerde landelijk gemiddelde kosten kunnen in 2017 nog niet de basis zijn voor de (toekomstige) bekostiging van POH-GGZ. Deze werkelijk gerealiseerde kosten worden nu in kaart gebracht in het inmiddels gestarte kostenonderzoek onder huisartsenpraktijken.

Kenmerk
CI/16/54c
0225684/0309575

Pagina
5 van 6

Gegeven de uitkomst dat de afspraak tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder voor het declareren van de module POG-GGZ als uitgangspunt is vervallen, vindt de NZa het met het oog op de kostenbeheersing binnen de huisartsenzorg voor 2017 verdedigbaar om tijdelijk terug te keren naar de situatie zoals deze tot en met 2015 bestond.

Uit Vektisgegevens blijkt dat het grootste deel van de afspraken tot en met 2016 rondom POH-GGZ is gebaseerd op een inzet onder de grens van 12 uur POH-GGZ. Met deze achtergrond wordt de inzet boven deze 12 uur POH-GGZ als "aanvullend" beschouwd en dient deze te worden afgesproken via S3. Bestaande contracten kunnen hierbij door blijven lopen, maar "achter de schermen" zullen de kosten bij afspraken boven de 12 uur inzet herverdeeld moeten worden over S1 en S3.

Het in rekening te brengen moduletariaf is gebaseerd op de daadwerkelijke en voor de patiënt beschikbare inzet van POH-GGZ personeel. Het door LHV, NHG, PsyHAG en InEen ontwikkelde functie- en competentieprofiel voor de praktijkondersteuner GGZ is hierbij leidend. De werkelijke kosten voor direct aan de functie POH-GGZ envoor de patiënt beschikbare e-health en consultatie kunnen ook binnen het moduletariaf worden verrekend. Het moduletariaf POH-GGZ is daarbij gemaximeerd, waarbij het maximumtarief is gebaseerd op 12 uur inzet van POH-GGZ personeel per 2.350 patiënten. Binnen segment 3 kunnen vervolgens aanvullende afspraken worden gemaakt over aanvullende inzet POH-GGZ, e-health en/of consultatie. In de tariefbeschikking 2017 zijn rekenvoorbeelden opgenomen waarmee wordt verhelderd hoe het werkelijk in rekening te brengen moduletariaf tot stand komt.

De huisarts zonder contract zal vervolgens op verzoek van de patiënt, zorgverzekeraar en/of NZa moeten kunnen aantonen hoe het door hem in rekening gebrachte moduletariaf onderbouwd is.

Per 2018 zal de bekostiging rondom POH-GGZ wijzigen en gebaseerd worden op de in het nu lopende kostenonderzoek gemeten kosten, waarbij segment 3 openstaat voor aanvullende afspraken.

Tot slot

De aangepaste beleidsregels en tariefbeschikkingen voor huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg vindt u op de NZa-website (www.nza.nl) onder de volgende kenmerken:

Beleidsregel 2015: BR/REG-17170
Beleidsregel 2016: BR/REG-17171
Beleidsregel 2017: BR/REG-17172

Tariefbeschikking 2015 TB/CU-7089-04
Tariefbeschikking 2016 TB/CU-7123-05
Tariefbeschikking 2017 TB/REG-17621-03

Met vriendelijke groet,
Nederlandse Zorgautoriteit,

drs. J. Rijneveld
unitmanager Eerstelijnszorg

Kenmerk

CI/16/54c
0225684/0309575

Pagina

6 van 6