

BESLISSING OP BEZWAAR**113183-170195**

Bij brief van 13 januari 2015, bij de NZa binnengekomen op 16 januari 2015, is door Zwijs en Robbers huisartsen (bezwaarden) bezwaar gemaakt tegen de beschikking met kenmerk TB/CU-7112-01 van 11 december 2014. Naar aanleiding van dit bezwaar zijn belanghebbenden op 24 maart 2015 gehoord.

In haar vergadering van 9 juni 2015 heeft de NZa het hierboven vermelde besluit in heroverweging genomen. De NZa heeft besloten om niet tegemoet te komen aan het bezwaar. Hieronder volgt de motivering daarvan.

DE AANGEVOERDE BEZWAREN

Het bezwaar richt zich tegen de op 18 december 2014 verzonden Beschikking TB/CU-7112-01, inzake het Macrobeheersinstrument huisartsenzorg 2015. In dit besluit heeft de NZa de macro omzetgrens en de individuele omzetgrens vastgesteld.

Bezwaarden menen dat het besluit voorbij gaat aan het belang van de basis huisartsenzorg en de positie van kleinschalig werkende huisartsen. Volgens de bezwaarden kan als gevolg van de door de NZa gekozen berekeningswijze van de individuele omzetgrens een toename van experimentele of substitutie zorg in segment 3 tot een omzetsdaling in de basis huisartsenzorg van segment 1 leiden. Bezwaarden geven aan dat deze basis huisartsenzorg noodzakelijk zorg is, waarvan niet wegens budgettaire redenen kan worden afgezien. Daarbij achten bezwaarden het onbegrijpelijk waarom de substitutie of experimentele zorg van de ene huisarts zou moeten leiden tot korten in de basiszorg bij een andere huisarts.

Bezwaarden verzoeken de NZa daarom bij voorkeur het gehele segment 1 buiten de berekeningswijze te laten, dan wel de volgende formule toe te passen:

*Ind. omzetgrens 2015 segment 1 = ind. omzet (2015) segment 1 * (macro omzet (2015) segment 1 -/- overschrijding (201) segment 1 : macro omzet (2015) segment 1 + Ind. omzetgrens 2015) segment 3 en overig = ind. omzet (2015) segment 3 en overig * (macro omzet (201) segment 3 en overig -/- overschrijding (2015) segment 3 en overig) : macro omzet (2015) segment 3 en overig*

Deze formule zou toegepast moeten worden bij eventuele overschrijdingen in de situatie waarin de Minister van VWS aan de NZa mededeelt dat sprake is van een overschrijding van de macro omzetgrens, c.q. het landelijk MBI-omzetplafond, over het jaar 2015.

Tijdens de hoorzitting is door bezwaarden naar voren gebracht, dat deze rekenregels in het kader van het macrobeheersinstrument huisartsenzorg 2015 onderdeel uitmaken van een aantal andere ontwikkelingen in de huisartsenzorg, die evenmin recht doen aan de positie van kleinschalig werkende huisartsen.

Gewezen wordt onder meer op de tarieven 2015, de vrije artskeuze op grond van artikel 13 van de Zorgverzekeringswet, het daaraan ontleende hinderpaalcriterium, het in dat verband eveneens uitgebrachte advies van de Raad van State, en het door de huisartsen opgestelde Manifest van de Bezorgde Huisarts (Het Roer Moet Om).

OORDEEL NZa

Alvorens in te gaan op de specifieke bezwaren zal eerst een weergave worden gegeven van de achtergrond en totstandkoming van de relevante beleidsregels.

ACHTERGROND EN BELEID

Macrobeheersinstrument: algemeen

Bij brief van 15 juli 2011 (kenmerk: TK 2010-2011, 29 248, nr. 216) heeft de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) de Kamer geïnformeerd over de voorgenomen uitwerking van onder meer het macrobeheersinstrument. Toegelicht wordt dat de overstap van budgetbekostiging naar prestatiebekostiging van curatieve instellingen een belangrijk instrument is om zorgaanbieders de ruimte te geven en te prikkelen om de zorgverlening en de logistieke processen bij die zorgaanbieders zo goed mogelijk in te richten. Daarmee kan prestatiebekostiging gecombineerd met het versterken van de prikkels bij verzekeraars bijdragen aan het verhogen van de kwaliteit en financiële houdbaarheid van de curatieve zorg.

Het macrobeheersinstrument is voor de minister van VWS een wezenlijk onderdeel van het beleid om de prestatiebekostiging verantwoord in te voeren. Het voornemen is het macrobeheersinstrument generiek toe te passen. In de brief wordt ook de werking van het mbi uitgelegd. Voorafgaand aan elk jaar wordt een macrokader vastgesteld voor de zorg geleverd door instellingen van medisch specialistische zorg. Na afloop van het jaar wordt de uitgavenrealisatie bepaald. De realisatie van de uitgaven en het macrokader worden dan met elkaar vergeleken. Als hieruit een overschrijding blijkt zullen partijen, zoals in het hoofdlijnenakkoord is afgesproken, hierover in overleg treden. Daarbij zal worden gekeken naar de aard en omvang van de overschrijding. Het hoofdlijnenakkoord geeft vervolgens aan dat de minister van VWS het macrobeheersinstrument zal inzetten indien dat overleg geen tijdige en volledige overeenstemming oplevert. In dat geval zal het te redresseren bedrag van de overschrijding generiek worden verdeeld over de instellingen, wat betekent dat elke instelling eenzelfde kortingspercentage krijgt opgelegd.

Bij brief van 3 november 2011 inzake het Bestuurlijk hoofdlijnenakkoord en macrobeheersinstrument (kenmerk: CZ-U-3085021) wordt een aantal door de vaste kamercommissie gestelde vragen beantwoord. Daarbij wordt ingegaan op het bestuurlijk hoofdlijnenakkoord en op het macrobeheersingsinstrument. Het kabinet dient uit hoofde van zijn eindverantwoordelijkheid voor de collectieve uitgaven over instrumenten te beschikken om beheersing van die uitgaven te kunnen waarborgen. De Minister ziet het macrobeheersinstrument, gezien deze eindverantwoordelijkheid, als een noodzakelijk instrument.

Daarbij merkt de Minister het macrobeheersinstrument wel aan als een ultimum remedium. Niet alleen heeft de Minister maatregelen genomen om vooraf overschrijdingen te voorkomen, daarnaast heeft de Minister in het bestuurlijk hoofdlijnenakkoord afspraken met partijen vastgelegd over het beschikbare macrokader in relatie tot de maatregelen die hiervoor nodig zijn. Partijen hebben zich ook vóóraf aan dit macrokader gecommitteerd en aan het nemen van de maatregelen die nodig zijn om binnen de beschikbare ruimte te blijven. Afgesproken is dat de partijen over de vormgeving van het macrobeheersinstrument in overleg gaan en dat daarbij de mogelijkheid van gedifferentieerd korten wordt onderzocht in relatie tot de oorzaken van de overschrijding.

Macrobeheersinstrument: huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg

Op 16 juli 2013 zijn de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) met de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV), De Landelijke Organisatie voor Ketenzorg (LOK, de Landelijke Vereniging Georganiseerde eerste lijn (LVG), de Vereniging Huisartsenposten Nederland (VHN) en ZN gekomen tot een Onderhandelaarsresultaat eerste lijn 2014 tot en met 2017.

In dit akkoord heeft de Minister aangekondigd om ten behoeve van de macrobudgettaire beheersbaarheid ook te zullen gaan onderzoeken of het introduceren van een gedifferentieerd macrobeheersinstrument in de eerste lijn tot de mogelijkheden behoort. Daarbij is door de Minister aangegeven dat de inzet van het instrument een ultimum remedium zal zijn. Tevens zijn waarborgen met betrekking tot de (gewenste) substitutie van zorg uit de tweede lijn naar de eerste lijn ingebouwd. Daarbij is aangegeven dat de Minister zich zal inspannen om – indien uit monitoring blijkt dat de oorzaak van de overschrijdingen is gelegen in de gewenste substitutie van zorg uit de tweede lijn naar de eerste lijn inclusief substitutie op het vlak van de actuele zorg – geen korting toe te passen, waarbij geldt dat indien sprake is van gecontracteerde gewenste substitutie deze te allen tijde buiten de werking van het MBI zal vallen. Voorts is overeengekomen dat de Minister, alvorens een besluit te nemen over het eventueel inzetten van een macrobeheersinstrument, in gesprek zal treden met de brancheverenigingen in de zorg: de LHV, LVG/LOK/VHN (thans: InEén) en ZN aan de hand van de uitkomsten van het monitoringsinstrument.

De minister van VWS heeft de NZa op 14 juli 2014 een aanwijzing gestuurd (kenmerk: 642423-123512-MC) met daarin de opdracht om de regelgeving rondom macrobeheersing uit te voeren. Hoe de NZa het macrobeheersinstrument uitvoert, wordt vastgelegd in beleidsregels, nadere regels en beschikkingen. Aangegeven wordt dat de minister van VWS per brief de macrogrenzen voor huisartsenzorg en multidisciplinaire zal verstrekken. In de toelichting op de Aanwijzing (onderdeel Macrobeheersbaarheid) wordt al wel aangegeven ten laste van welke dekkaders de uitgaven aan zorgactiviteiten in de drie segmenten komen: het kader huisartsenzorg en het kader multidisciplinaire zorg. De zorg in segment 1 komt ten laste van het kader huisartsenzorg, de zorg in segment 2 komt ten laste van het kader multidisciplinaire zorg. De activiteiten in segment 3 komen deels ten laste van het kader huisartsenzorg en deels van het kader multidisciplinaire zorg, vanwege de samenhang met de zorgactiviteiten in de segmenten 1 en 2.

In beleidsregel BR/CU-7119 is een toelichting gegeven op de zorg in de verschillende segmenten. Over het segment 'Resultaatbeloning en zorgvernieuwing' (segment 3) is het volgende opgenomen:

Het derde segment richt zich op het belonen van uitkomsten en het stimuleren van vernieuwing. In dit segment wordt ruimte aan zorgverzekeraars en zorgaanbieders geboden om (belonings)afspraken te maken over de resultaten van de inzet in huisartsenzorg of multidisciplinaire zorg. Daarnaast biedt segment 3 de ruimte aan zorgverzekeraars en zorgaanbieders om praktijkgebonden afspraken te maken rondom huisartsenzorg of multidisciplinaire zorg, bijvoorbeeld over het leveren van zorg die niet onder de andere segmenten valt.

Voorts wordt aangegeven dat de minister van VWS in de uitwerking van het akkoord eerste lijn is overeengekomen met partijen dat, indien een overschrijding op het kader huisartsenzorg veroorzaakt wordt door een toename van prestaties in segment 1, deze kan worden geredresseerd via een tariefmaatregel en/of een generiek mbi. Wordt deze overschrijding echter veroorzaakt in segment 3, dan kan deze via een generiek mbi worden geredresseerd. Er volgt dan geen korting op de tarieven van de basis huisartsenzorg in segment 1. Indien een overschrijding zich voordoet op het kader multidisciplinaire zorg, dan kan deze geredresseerd worden met een generiek mbi.

Ten slotte biedt de minister van VWS de NZa de bevoegdheid om inning achterwege te laten bij die aanbieders die een zeer klein marktaandeel hebben en bij wie het opleggen van de mbi-heffing hogere incassokosten met zich mee zou brengen dan het te vorderen bedrag. Ter vaststelling van de individuele omzet verstrekken de zorgverzekeraars de NZa en opgave, op basis waarvan de zorgautoriteit de procentuele aandelen van de omzet van die zorgaanbieder in de totale omzet kan vaststellen.

Bij circulaire van 17 december 2014 met kenmerk CI/14/66c informeert de NZa het veld over de toepassing van het macrobeheersinstrument in de huisartsenzorg en de multidisciplinaire zorg. Aangegeven wordt dat het inzetten van macrobeheersinstrument een ultimatum remedium is. Aan het besluit gaat een proces vooraf waarin convenantpartijen een eventuele overschrijding onderzoeken op de precieze oorzaken en de beleidsmatige wenselijkheid ervan. Dit kan leiden tot het accepteren van de eventuele overschrijding zonder verdere maatregelen, maar kan er ook toe leiden dat de overschrijding geheel of ten dele wordt teruggehaald.

Aangekondigd wordt dat de minister van VWS de NZa eind december 2014 per brief over het beschikbare budgettaire kader huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg voor 2015 zal informeren. Op basis hiervan wordt de tariefopbrengst van zorgaanbieders van huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg voorafgaand aan het jaar 2015 aan een maximum gebonden. Deze grens is geformuleerd als een algemene rekenregel; er wordt dus geen bedrag per aanbieder vastgesteld.

Na afloop van 2015 beoordeelt de minister van VWS of sprake is van een overschrijding van het budgettaire kader en beslist zij – na overleg met veldpartijen over de oorzaken en wenselijkheid daarvan - of het macrobeheersinstrument wordt ingezet. Zo dit het geval is, wordt tevens de omvang van het te verhalen bedrag bepaald.

Indien wordt besloten tot het inzetten van het macrobeheersinstrument, dienen zorgaanbieders hun aandeel in de overschrijding terug te storten in Zorgverzekeringsfonds. Dit aandeel wordt behaald aan de hand van het aandeel van de omzet van de individuele zorgaanbieder in het totaal van de omzet van alle zorgaanbieders.

Bij kaderbrief van 9 december 2014 (kenmerk: 69458-13016-CZ) heeft de minister van VWS de NZa als toegezegd bericht welke vormen van zorg onder welk dekkader vallen en op basis van welke bedragen per dekkader de macrogrenzen voor zowel de huisartsenzorg als de multidisciplinaire zorg zijn bepaald. Bepaald is dat er een bedrag van € 2.671,2 miljoen beschikbaar is voor het dekkader huisartsenzorg en een bedrag van € 430,4 miljoen voor het dekkader multidisciplinaire zorg.

De minister van VWS bevestigt in de brief dat de zorg in segment 1 ten laste van het kader huisartsenzorg en de zorg in segment 2 ten laste van het kader multidisciplinaire zorg komt. De activiteiten in segment 3 komen deels ten laste van het kader huisartsenzorg en deels van het kader multidisciplinaire zorg, vanwege de samenhang met de zorgactiviteiten in de segmenten 1 en 2. In een bijlage wordt vervolgens exact vermeld welke prestaties uit de beleidsregel huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg 2015 en de beleidsregel huisartsendienstenstructuur onder welk dekkader vallen en daarmee onder welk macrobeheersinstrument (mbi's).

De regels met betrekking tot het macrobeheersinstrument huisartsenzorg 2015 zijn voorts neergelegd in de Beleidsregel BR/CU-7121 (Macrobeheersinstrument huisartsenzorg 2015) en de Nadere Regel NR/CU-729 (Macrobeheersinstrument huisartsenzorg 2015). Voor het macrobeheersinstrument multidisciplinaire zorg 2015 heeft de NZa vergelijkbare regels opgesteld (BR/CU-7120 en NR/CU-728). Deze zijn ingegaan per 1 januari 2015.

In de Beleidsregel is de wijze waarop de NZa het macrobeheersinstrument met betrekking tot 2015 uitvoert vastgelegd. Deze uitvoering kent twee fasen.

Ten eerste de (hiervoor reeds genoemde) officiële bekendmaking in 2014 dat er voor 2015 sprake zal zijn van een macrobeheersinstrument en er eventueel sprake kan zijn van een terugbetaling achteraf. Door de NZa wordt voorafgaand aan het kalenderjaar in een beschikking ambtshalve een collectieve en individuele bovengrens vastgesteld.

Ten tweede wordt nogmaals toegelicht dat na 2015 de daadwerkelijke procedure plaatsvindt. De minister van VWS bericht de NZa na afloop van 2015 met een realisatiebrief of de collectieve bovengrens van 2015 is overschreden en, zo ja, welk totaalbedrag door de zorgaanbieders gezamenlijk in het Zorgverzekeringsfonds moet worden gestort. De NZa maakt die overschrijding vervolgens op last van de Minister ongedaan met gebruikmaking van het macrobeheersinstrument. Hiertoe stelt de NZa voor elke zorgaanbieder vast welk deel van het doelbedrag aan haar wordt toegerekend.

De individuele grens is gelijk aan het procentuele aandeel van de gerealiseerde omzet van die zorgaanbieder in de totale omzet van 2015 van alle zorgaanbieders gezamenlijk, vermenigvuldigd met de macrogrens. Het bedrag van de individuele grens wordt afgetrokken van de door de individuele aanbieder gerealiseerde omzet.

Op grond van onderdeel 5.8 kan de NZa inning achterwege laten, indien de kosten van de afdracht en inning van het af te dragen bedrag hoger zijn dan de baten.

In de Nadere Regel NR/CU-729 wordt uitvoering gegeven aan het macrobeheersinstrument. In het document worden de volgende voorwaarden, voorschriften en beperkingen gesteld:

- administratievoorschriften;
- voorschriften met betrekking tot regelmatige gegevensverstrekking, en
- voorschriften met betrekking tot afdracht in verband met overschrijding van een grens als bedoeld in artikel 50, tweede lid, onder c, van de Wmg.

Bij beschikking TB/CU-7112-01 van 11 december 2014, verzonden op 18 december 2014, is de eerste fase afgerond. In de beschikking is de macro omzetgrens vastgesteld op € 2.671,2 miljoen (prijspeil 2014). Daarnaast is per zorgaanbieder een individuele omzetgrens bepaald, op basis van een aantal rekenregels. Indien de minister van VWS na 2015 aan de NZa zal meedelen dat géén sprake is van overschrijding van de macro omzetgrens, c.q. het landelijk MBI-omzetplafond, over het jaar 2015, wordt de volgende rekenregel gehanteerd:

Individuele omzetgrens (2015) = individuele omzet (2015)

Indien de minister van VWS na 2015 aan de NZa zal meedelen dat sprake is van een overschrijding van de macro omzetgrens, c.q. het landelijk MBI-omzetplafond, over het jaar 2015, wordt de volgende rekenregel gehanteerd:

*Ind. omzetgrens (2015) = ind. omzet (2015) * macro omzet (2015) -/- overschrijding (2015): macro omzet (2015) .*

De onderhavige bezwaarprocedure stelt zich te richten tegen de wijze van vaststellen van deze individuele omzetgrens en de toedeling van de uitgaven aan zorgactiviteiten in segment 3 aan het kader huisartsenzorg.

oordeel NZa

De bezwaren van belanghebbenden zijn gericht tegen de keuze welke vormen van zorg in verband met het mbi-plafond aan welk dekkader worden toegerekend. Deze keuze is door de minister van VWS (hierna ook: Minister) gemaakt in de (toelichting op de) aanwijzing bekostiging huisartsenzorg en is bevestigd in de door de minister van VWS op 9 december 2014 aan de NZa toegezonden kaderbrief.

De bezwaren van belanghebbenden richten zich in die zin in de eerste plaats tegen (de rechtmatigheid van) de aanwijzing van de Minister en de daarin aangekondigde kaderbrief. Ten aanzien hiervan merkt de NZa het volgende op.

Rechtmatigheid aanwijzing

Vooropgesteld wordt dat het tot de taak en verantwoordelijkheid van de Minister behoort de financiële kaders van de kosten in de gezondheidszorg te bepalen en keuzes te maken teneinde de kosten van de gezondheidszorg te beteugelen. Kostenbeheersing in de gezondheidszorg is een publieke, in de wetgeving verankerde taak. In de beleidsmatige keuze van de daartoe in te zetten middelen en de (deel)sectoren waarop de te nemen maatregelen ingrijpen, is de Minister in hoge mate vrij. De Minister is bij die keuze bovendien onderworpen aan politieke controle en de door de Minister vastgestelde (financiële en beleidsmatige) kaders vormen in beginsel voor de NZa een gegeven. Aldus dient van de zijde van de NZa grote terughoudendheid te worden betracht bij de beoordeling van de rechtmatigheid daarvan en dient de NZa, binnen de grenzen van deze rechtmatigheid, uitvoering te geven aan de aanwijzingen van de Minister door het vaststellen van beleidsregels en tariefbeschikkingen.

Voor zover de rechtmatigheid van de aanwijzing in twijfel wordt getrokken, is dit naar het oordeel van de NZa ten onrechte. In de eerste plaats omdat de vaststelling van de beschikbare kaders en plafonds is voorbehouden aan de Minister en in de tweede plaats omdat (binnen deze kaders) rekening is gehouden met de (financiële) gevolgen van het beleid.

In de eerste plaats is door de minister van VWS benadrukt dat de inzet van het instrument een ultimatum remedium zal zijn. In dat verband heeft de minister van VWS niet alleen alle relevante stakeholders zorgvuldig betrokken bij de besluitvorming inzake de toepassing van het macrobeheersinstrument betrokken, ook heeft zij de toepassing van het macrobeheersinstrument van de nodige (financiële) waarborgen en uitgangspunten voorzien.

Afgesproken is voorts dat de Minister, alvorens een besluit te nemen over het eventueel inzetten van een macrobeheersinstrument, in gesprek zal treden met de brancheverenigingen in de zorg: de LHV, LVG/LOK/VHN (thans: InEén) en ZN aan de hand van de uitkomsten van het monitoringsinstrument. In die zin biedt de aanwijzing de Minister ruimte bepaalde wenselijke ontwikkelingen alsnog goed te keuren. Bij dit proces zijn de huisartsen en zorggroepen en de LHV, IVG/LOK/VHN en ZN als gezegd nauw betrokken.

Naast het overleg aan de hand van de uitkomsten van het monitoringsinstrument, is overeengekomen dat de Minister zich zal inspannen om geen korting toe te passen, indien de oorzaak van de overschrijdingen is gelegen in de gewenste substitutie van zorg uit de tweede lijn naar de eerste lijn (inclusief substitutie op het vlak van de actuele zorg).

Voorts biedt de minister van VWS de NZa de bevoegdheid om inning achterwege te laten bij die aanbieders die een zeer klein marktaandeel hebben en bij wie het opleggen van de mbi-heffing hogere incassokosten met zich mee zou brengen dan het te vorderen bedrag.

Ten slotte heeft de Minister de door haar gekozen toedeling van uitgaven aan zorgactiviteiten in de drie segmenten aan de relevante deekaders huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg nadrukkelijk nader geduid. Indien een overschrijding van het kader huisartsenzorg veroorzaakt wordt door een toename van prestaties in segment 1, kan deze worden geredresseerd via een tariefmaatregel en/of een generiek mbi. Wordt deze overschrijding echter veroorzaakt in segment 3, dan kan deze (enkel) via een generiek mbi worden geredresseerd. Deze kan niet leiden tot een korting op de tarieven van de basis huisartsenzorg in segment 1.

In zoverre is de NZa niet gebleken van enige onrechtmatigheid met betrekking tot de aanwijzing.

Rechtmatigheid beleid en beschikking

Ter uitvoering van deze aanwijzing heeft de NZa de bestreden beschikking en relevante beleidsregels vastgesteld. De NZa constateert heroverwegend dat evenmin sprake is van onrechtmatigheid met betrekking tot de bestreden beschikking en/of, in dat verband, de relevante beleidsregels.

In de beleidsregel (BR/CU-7121) zijn voornoemde randvoorwaarden en waarborgen voor het inzetten van het macrobeheersinstrument rechtstreeks en ongewijzigd overgenomen. Onder meer wordt ingegaan op het ultimatum-remedium karakter van het instrument en het onderzoek met de convenantspartijen naar de precieze oorzaken en beleidsmatige wenselijkheid van de overschrijding (waarbij wenselijke ontwikkelingen als substitutie worden meegewogen). Daarnaast is het macrobeheersinstrument thans vormgegeven volgens een generiek model, waarbij een eventuele terugbetalings-verplichting geldt voor alle zorgaanbieders, ongeacht hun aandeel in de totale macro-overschrijding. Ten slotte kan op grond van onderdeel 5.8 van Beleidsregel BR/CU-7121 de NZa inning achterwege laten, indien de kosten van de afdracht en inning van het af te dragen bedrag hoger zijn dan de baten. In zoverre heeft de NZa de door de Minister gegeven opdracht één op één vertaald in haar beleid.

In de bestreden beschikking (TB/CU-7112-01) heeft de NZa het beleid vervolgens rechtstreeks vertaald in individuele en collectieve omzetgrenzen. De NZa heeft deze omzetgrenzen zodanig vastgesteld, dat zij passend zijn binnen de door de minister gestelde (beleids)kaders en rekening houden met de wijze van toerekening van de zorgkosten aan de deekaders zoals door de Minister voorzien. Het vaststellen van de omzetgrenzen heeft gelet hierop op rechtmatige wijze plaatsgevonden.

Afbreuk aan kleinschaligheid huisartsen

Voor zoverre bezwaarden feitelijk wenst aan te geven dat de toerekening van de overschrijding in segment 3 leidt tot een omzetsdaling in segment 1 en daarmee tot een verdere uitholling van de positie van de kleinschalig werkende huisarts, merkt de NZa het volgende op.

Deze stelling wordt niet gedeeld door de NZa. Het derde segment richt zich op het belonen van uitkomsten en het stimuleren van vernieuwing. In segment 3 wordt ruimte aan zorgverzekeraars en zorgaanbieders geboden om (belonings)afspraken te maken over de resultaten van de inzet in huisartsenzorg. Hierbij wordt door de overheid geen onderscheid gemaakt naar kleinschalig of anderszins opererende huisartsen. Hiermee bestaat de mogelijkheid voor zorgverzekeraars om onderscheid te maken tussen zorgaanbieders; goede basiszorg kan aanvullend beloond worden. De zorgverzekeraar is verantwoordelijk voor de invulling van het inkoopbeleid. Het is hierbij niet op voorhand voor de hand liggend dat kleinschalig werkende huisartsen die hoogwaardige basishuisartsenzorg leveren of vernieuwend zijn, geen aanspraak maken op een vergoeding in segment 3. De NZa deelt dus niet het oordeel dat van segment 3 een uithollende werking uitgaat op de kleinschalig werkende huisarts.

Daarnaast is het macrobeheersinstrument thans vormgegeven volgens een generiek model, waarbij een eventuele terugbetalings-verplichting geldt voor alle zorgaanbieders, ongeacht hun omvang of aandeel in de totale macro-overschrijding. Ook hieruit blijkt niet dat de kleinschalig werkende huisarts meer dan andere huisartsen wordt benadeeld.

Daarbij weegt de NZa bovendien mee, dat op voorhand niet kan worden aangegeven of, en zo ja waar zich de overschrijdingen van de macro omzetgrens zullen manifesteren, zodat ook niet kan worden gesteld dat de toepassing van het macrobeheersinstrument voor kleinschalig werkende huisartsen als bezwaarden nadelig uitpakt.

Voor zover bezwaarden aangeven dat de invulling door de Minister en de NZa van de rekenregels met betrekking tot het macrobeheersinstrument onderdeel uitmaakt van een groter geheel aan maatregelen die indruisen tegen het belang van de kleinschalig werkende huisarts, merkt de NZa het volgende op. Het besluit waartegen bezwaarden opkomen, betreft de Beschikking TB/CU-7112-01, inzake het macrobeheersinstrument huisartsenzorg 2015. De indeling van huisartsen in segmenten, de contracteerplicht en de hoogte van het consult- en inschrijftarief zijn neergelegd in de tariefbeschikking huisartsenzorg. Bezwaren hiertegen vallen buiten de reikwijdte van deze bezwaarprocedure, waarin de Beschikking TB/CU-7112-01 centraal staat. Het oordeel van de NZa beperkt zich daarom in beginsel tot een oordeel over de gevolgen voor de kleinschalig werkende huisarts van deze beschikking.

Wel wijst de NZa op de recente uitspraken met kenmerk AWB 12/913 AWB 13/629 (ECLI:NL:CBB:2015:139) waarin het CBb zich heeft uitgesproken over de positie van kleinschalige huisartsen in relatie tot de tariefbeschikkingen huisartsenzorg 2012 en 2013. Het CBb stelt vast dat in de tariefbeschikkingen geen onderscheid wordt gemaakt tussen grootschalige en kleinschalige huisartsenpraktijken. De daarin opgenomen tarieven gelden ongeacht de precieze grootte van een huisartsenpraktijk. Het is aan de individuele huisartsenpraktijk te beslissen om al dan niet gebruik te maken van de module POH-GGZ of andere modules. De reguliere tarieven bieden dekking voor de kosten van geestelijke gezondheidszorg die door een huisarts zelf wordt verleend.

De tarieven voor de POH-GGZ bieden dekking voor de kosten wanneer deze zorg door een praktijkondersteuner wordt verleend. De omstandigheid dat de tarieven voor een consult POH-GGZ enigszins hoger zijn dan het tarief voor een regulier consult en het moduletariaf POH-GGZ is verhoogd, acht het CBb niet onrechtmatig. Het CBb ziet geen aanknopingspunt voor het oordeel dat verweerster met de tariefbeschikkingen bepaalde huisartsenpraktijken heeft bevoordeeld. Ook een beroep op het Europees mededingingsrecht slaagt niet. Ten slotte hebben appellanten niet aannemelijk gemaakt dat deze beschikkingen voor bepaalde huisartsenpraktijken onevenredige gevolgen hebben. Ook het praktijkresultaat van een gemiddelde solo- of duopraktijk blijft boven het norminkomen. Dat bij de huisartsenpraktijk van appellanten minder patiënten dan gemiddeld zijn ingeschreven, doet hieraan niet af. Dit is een (ondernemers)keuze die voor rekening en risico van appellanten komt. De NZa heeft – gelet hierop – de tariefbeschikkingen huisartsenzorg 2012 en 2013 terecht gehandhaafd.

Bijzondere omstandigheden ex artikel 4:84 Awb zijn gesteld noch gebleken. Ook is niet gebleken dat onverkorte toepassing van het beleid leidt tot onevenredige gevolgen.

Ingevolge artikel 8:1 Algemene wet bestuursrecht (Awb) juncto 8:6 Awb juncto hoofdstuk 2, artikel 4 van Bijlage 2 Awb (Bevoegdheidsregeling bestuursrechtspraak) kan een belanghebbende binnen zes weken na de datum van verzending van dit besluit beroep instellen bij het College van Beroep voor het bedrijfsleven, Postbus 20021, 2500 EA 's-Gravenhage. Het beroep dient conform artikel 6:5 lid 1 Awb schriftelijk en ondertekend te worden ingediend en moet ten minste de volgende gegevens bevatten: naam en adres van de indiener, een omschrijving van het besluit waartegen het beroep zich richt en de gronden van het beroep. Indien beschikbaar dient een afschrift van het besluit te worden meegezonden.

Hoogachtend,
De Nederlandse Zorgautoriteit

dr. M.J. Kaljouw
Voorzitter Raad van Bestuur