

BESLISSING OP BEZWAAR (herzien n.a.v. uitspraak CBb)**174057-240721**

Bij brief van 29 augustus 2014, is namens de Vereniging Praktijkhoudende Huisartsen (hierna: bezwaarde) pro forma bezwaar gemaakt tegen de tariefbeschikking met kenmerk TB/CU-7089-01 van 21 juli 2014. Op 13 oktober 2014 heeft de NZa een aanvullend bezwaarschrift ontvangen. Het bezwaar is met name gericht op de met ingang van 2015 geldende nieuwe bekostiging voor huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg.

Bij beslissing op bezwaar van 14 januari 2015 is het bezwaarschrift door de NZa ongegrond verklaard. Bezwaarde heeft tegen dit besluit beroep ingesteld bij het College van Beroep voor het bedrijfsleven (CBb). Het CBb heeft dit beroep op 1 december 2015 gedeeltelijk gegrond verklaard en geoordeeld dat de NZa uiterlijk 1 maart 2015 een nieuwe beslissing op bezwaar dient te nemen die in lijn is met de uitspraak van het CBb. Gelet op de inhoud van de uitspraak leidt dit voor 2015 tot een nieuwe Beleidsregel Huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg 2015 (BR/CU-7165). Op grond daarvan wordt tevens een nieuwe tariefbeschikking 2015 genomen. De gevolgen worden voorts doorgetrokken naar 2016, in die zin dat de Beleidsregel Huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg (BR/CU-7157) wordt vervangen door de Beleidsregel Huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg 2016 (BR/CU-7166). Als gevolg daarvan wordt ook de tariefbeschikking voor 2016 vervangen. Deze maken onderdeel uit van deze beslissing op bezwaar.

In zijn vergadering van 1 maart 2016 heeft de Raad van Bestuur van de NZa een herziene beslissing op bezwaar genomen. De NZa heeft besloten dat alsnog (deels) tegemoet wordt gekomen aan het bezwaar voor zover dit ziet op het contractvereiste. Voor het overige wordt het bezwaar ongegrond verklaard. Hieronder volgt de motivering daarvan.

DE AANGEVOERDE BEZWAREN

Voor een volledige weergave van de aangevoerde bezwaren verwijst de NZa naar de beslissing op bezwaar van 14 januari 2015 met kenmerk 95438/142042 (<https://www.nza.nl/publicaties/Besluiten/alle-besluiten>). De bezwaargronden dienen hier als herhaald en ingelast te worden beschouwd.

In hoofdzaak heeft het bezwaarschrift van de VPH betrekking op de volgende twee elementen:

1. De hoogte van de gereguleerde maximumtarieven en dan met name de **component arbeidskostenvergoeding** in de onderbouwing van die tarieven;
2. De **voorwaarde van een contract** met de zorgverzekeraar van de patiënt om bepaalde prestaties in rekening te mogen brengen.

Voor het onderdeel dat betrekking heeft op de hoogte van de arbeidskostencomponent in het tarief verklaart de NZa het bezwaar ongegrond. Voor het oordeel van de NZa ter zake van dit onderdeel van bezwaar verwijst de NZa mitsdien naar hetgeen zij reeds heeft overwogen in haar besluit op bezwaar van 14 januari 2015 met kenmerk 95438/142042. Het oordeel ten aanzien van dit bezwaaronderdeel dient hier als herhaald en ingelast te worden beschouwd. Voorts verwijst de NZa naar de uitspraak van het CBb van 1 december 2015, waarbij het CBb de NZa in het gelijk heeft gesteld.

In het bezwaarschrift is voorts het ondernemersrisico genoemd. De NZa verwijst ter zake van dit onderdeel volledigheidshalve naar en houdt vast aan hetgeen zij reeds heeft overwogen in haar besluit op bezwaar van 14 januari 2015 met kenmerk 95438/142042. Omdat dit onderdeel in beroep niet meer aan de orde is, is de zaak op dit punt afgedaan.

Deze herziene beslissing op bezwaar beperkt zich verder tot het tweede onderdeel van het bezwaar: het contractvereiste.

BEOORDELING VAN HET BEZWAAR

Met inachtneming van de uitspraak van het CBb van 1 december 2015 (waarin de beslissing op bezwaar van 14 januari 2015 is vernietigd) dient de NZa opnieuw een beslissing te nemen op uw bezwaren tegen de tariefbeschikking met kenmerk TB/CU-7089-01 d.d. 21 juli 2014 die betrekking heeft op de tarieven voor huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg 2015.

Uitspraak CBb met betrekking tot het contractvereiste

De NZa heeft voor een aantal prestaties bepaald dat deze alleen in rekening mogen worden gebracht indien voor die prestatie een overeenkomst is gesloten tussen de zorgaanbieder en de zorgverzekeraar (het contractvereiste).

Anders dan de NZa heeft aangevoerd, is het CBb van oordeel dat zorgaanbieders die géén overeenkomst met een zorgverzekeraar hebben gesloten, de prestaties waarvoor het contractvereiste geldt, niet tegen het tarief voor een regulier consult of visite in rekening mogen brengen indien zij die aan hun patiënten zouden leveren. Dit leidt het CBb af uit het bepaalde in artikel 35, eerste lid, onder d, en 38, tweede lid, Wmg. Dit heeft tot gevolg dat indien een prestatie geleverd is waarvoor op basis van de tariefbeschikking een contractvereiste geldt, de huisarts zonder contract voor die prestatie geen tarief in rekening mag brengen. Het consult of de visite kan in rekening worden gebracht voor de prestatie consult of visite, maar niet voor een andere in de tariefbeschikking omschreven prestatie die tijdens het consult is geleverd en waarvan patiëntcontact deel uitmaakt.

De bovenstaande conclusie brengt het CBb op het standpunt dat prestaties die alleen in rekening mogen worden gebracht als de huisarts is gecontracteerd, niet geleverd kunnen worden aan de verzekerde patiënt indien de huisarts niet is gecontracteerd. Daarom kan bij de toetsing van het contractvereiste niet worden voorbijgegaan aan het bepaalde in artikel 11, eerste lid, Zvw in samenhang met artikel 13 Zvw.

Op grond van artikel 11, eerste lid van de Zvw heeft de verzekerde jegens de zorgverzekeraar recht op prestaties bestaande uit (de vergoeding van de kosten van) de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft.

Het CBb voegt hieraan toe dat het voor de beoordeling van het effect van het contractvereiste van belang is onder ogen te zien, dat de verzekerde in beginsel geacht wordt alle zorg zoals huisartsen die plegen te bieden, af te nemen van één door hem gekozen huisarts, bij wie hij vaak duurzaam staat ingeschreven.

Dat heeft in beginsel tot gevolg dat die huisarts alle prestaties waar de betrokken verzekerde behoefte aan heeft, zal dienen te verrichten.

Indien de huisarts voor sommige van die prestaties geen vergoeding kan krijgen, omdat hij geen contract met de verzekeraar gesloten heeft, kan hij de verzekerde immers niet enkel daarvoor naar een andere huisarts verwijzen, maar zal hij ze om niet moeten verstrekken of de relatie met deze verzekerde geheel moeten beëindigen.

Het CBb stelt vervolgens dat artikel 13 Zvw er primair toe strekt te bewerkstelligen dat de verzekerde er vanuit kan gaan dat de beloning van de voor het verrichten van de prestaties gekozen arts voor hem niet onbetaalbaar zal zijn. Maar om de zorg van de betreffende arts te verkrijgen is het dus evenzeer noodzakelijk dat die arts aanneemt dat hij daarvoor die beloning zal ontvangen. Dat betekent volgens het CBb dat de NZa, als zij een tariefbeschikking doelbewust zodanig vaststelt dat een zorgverzekeraar niet een redelijke vergoeding voor de prestaties van de door de verzekerde uitverkoren arts hoeft te betalen, de beoogde werking van de artikelen 11 en 13 Zvw frustreert en aldus in strijd daarmee handelt. De huisarts moet ook zonder contract in staat zijn om deze zorgprestaties te leveren en daar een redelijke vergoeding voor in rekening kunnen brengen. Het CBb vindt voor dit oordeel ook steun in het arrest van de Hoge Raad van 11 juli 2014, waarin wordt overwogen dat artikel 13 van de Zvw er uitdrukkelijk in voorziet, dat een verzekerde ondanks een contractvereiste extramurale zorg moet kunnen invoeren bij een niet-gecontracteerde aanbieder en voor de daarmee gemoeide kosten een vergoeding moet kunnen ontvangen die niet zodanig laag is dat daardoor een feitelijke hinderpaal ontstaat voor het invoeren van de zorg van die aanbieder.

Gelet op de bovenstaande overwegingen, verklaart het CBb het beroep van de VPH gegrond en oordeelt tevens dat het bestreden besluit zal worden vernietigd. Het CBb draagt de NZa op een nieuw besluit op bezwaar te nemen met inachtneming van deze uitspraak.

Totstandkoming herziene beslissing op bezwaar

De NZa heeft de herziene beslissing op besluit zo zorgvuldig mogelijk voorbereid. Hiertoe hebben op 7 januari 2016 en 3 februari 2016 twee technische overleggen met de betrokken branchepartijen (waaronder de VPH), alsmede een tweetal schriftelijke consultatierondes plaatsgevonden.

Tijdens het eerste technische overleg zijn de mogelijke interpretaties van de uitspraak van het CBb en de gevolgen hiervan voor het ter discussie gestelde huisartsenbestedingsmodel besproken. Op basis hiervan heeft de NZa een besprekingsstuk opgesteld, met daarin een voorgestelde oplossingslijn. Dit besprekingsstuk is aan de orde geweest tijdens het tweede overleg met het veld. Betrokken partijen zijn in de gelegenheid gesteld te reageren op het voorstel van de NZa. De technische uitwerking van dit voorstel heeft de NZa in een nieuwe beleidsregel neergelegd.

Deze nieuwe beleidsregel is, voorzien van een memorandum, op 10 februari 2016 voorgelegd aan de adviescommissie tijdens een schriftelijke consultatieronde. De bij het technisch overleg betrokken partijen is vervolgens op 23 februari 2016 nogmaals om reactie gevraagd op wijzigingen in het voorgenomen besluit, als gevolg van de reacties uit de schriftelijke ronde. De NZa heeft alle door de betrokken partijen ter zake gemaakte opmerkingen meegewogen bij de totstandkoming van de beslissing op bezwaar.

Uitgangspunten bij herziening beslissing op bezwaar

Voor de NZa is een aantal hoofdlijnen leidend geweest bij het besluitvormingsproces rondom de herziening van de beslissing op bezwaar:

- A. Een belangrijk element van de uitspraak is de stelling dat de verzekerde in beginsel geacht wordt alle zorg zoals huisartsen die plegen te bieden, af te nemen van één door hem gekozen huisarts, bij wie hij vaak duurzaam staat ingeschreven. Dat heeft volgens het CBb in beginsel tot gevolg dat die huisarts alle prestaties waar de betrokken verzekerde behoefte aan heeft zal dienen te verrichten. De conclusie die het CBb hier vervolgens aan verbindt is daarmee niet direct van toepassing op andere sectoren.
- B. De inzet van de NZa is om tegemoet te komen aan de uitspraak van de rechter met minimale impact op de reeds afgesloten contracten.
- C. Het huidige contractvereiste biedt de mogelijkheid tot regionale flexibiliteit in de vorm van vrije tarieven, zonder dat volledige vrije marktwerking in deze sector wordt geïntroduceerd. De NZa streeft naar een oplossing die beide elementen waar mogelijk in stand laat.
- D. De NZa wenst op de korte termijn tegemoet te komen aan de uitspraak van het CBb. De uitspraak dwingt de NZa om het beleid aan te passen midden in een lopend contractjaar. Een meer structurele oplossing voor de situatie die nu als gevolg van de uitspraak ontstaat moet na maart 2016 in het doorontwikkeltraject worden meegenomen.
- E. Beleidswijzigingen met een grotere impact op de bekostigingssystematiek voor huisartsen/zorggroepen *met contract* worden met nader onderzoek onderbouwd en later geïmplementeerd na consultatie van de veldpartijen.

In de concrete uitwerking van de CBb-uitspraak die in het vervolg van de notitie wordt voorgesteld, maakt de NZa onderscheid tussen twee categorieën van prestaties die voorzien zijn van een contractvereiste.

Categorie 1: Vergoedingen voor zorghandelingen door de huisarts

In de huidige beleidsregel en daaruit volgende tariefbeschikking zijn enkele declaratietitels opgenomen die specifieke *zorghandelingen* beschrijven en die voorzien zijn van het contractvereiste. Voor deze zorghandelingen zou door de huisarts geen vergoeding verkregen kunnen worden als hij geen contract met de zorgverzekeraar heeft gesloten, omdat hij deze om niet zou moeten verstrekken of de relatie met de verzekerde geheel zou moeten beëindigen.

Categorie 2: Andere vergoedingen

In de beleidsregel wordt het contractvereiste ook gekoppeld aan declaratietitels die geen specifieke zorghandeling beschrijven, maar aanvullende vergoedingsmogelijkheden. Dit zijn aanvullende vergoedingen die resultaat belonen, innovaties mogelijk maken of een efficiëntere inrichting van de praktijk door middel van taakdelegatie stimuleren. Ook bij uitblijven van de mogelijkheid om deze declaratietitels te declareren (door het ontbreken van een contract) kan de zorg waar de patiënt om vraagt door de huisarts worden geleverd en gedeclareerd. In deze gevallen kan het contractvereiste in stand blijven.

Per prestatie wordt door de NZa aangegeven of het contractvereiste vervalt, of er een alternatieve declaratietitel wordt gecreëerd of dat het contractvereiste in de huidige vorm blijft bestaan. Daar waar het contractvereiste vervalt kan dit knelpunten met zich meebrengen. Het contractvereiste stelde daar waar nodig zorgverzekeraars in staat om aanvullende eisen te stellen aan de declaratie van specifieke prestaties. Per prestatie wordt aangegeven of aanvullende voorwaarden vanuit de NZa noodzakelijk zijn om correcte en doelmatige inzet van de prestaties te waarborgen.

Besluit

Gelet op hetgeen het CBb in de uitspraak heeft overwogen, besluit de NZa dat voor de prestaties binnen voornoemde categorie 1 het contractvereiste moet vervallen, dan wel een aanvullende declaratiemogelijkheid moet worden gecreëerd bij het uitblijven van een contract. Gelet hierop en inachtnemende de uitspraak van het CBb, verklaart de NZa het bezwaar voor wat betreft het contractvereiste op die onderdelen dan ook gegrond.

Voor de prestaties/declaratietitels die binnen categorie 2 te scharen zijn, wordt besloten dat het contractvereiste in haar huidige vorm blijft bestaan. Voor deze prestaties/declaraties wordt het bezwaar ongegrond verklaard.

Voor het onderdeel dat betrekking heeft op de hoogte van de arbeidskostencomponent in het tarief verklaart de NZa het bezwaar als gezegd ongegrond. Dit sluit aan bij de uitspraak van het CBb, waaruit volgt dat de methode die de NZa gebruikt voor de berekening van een arbeidskostencomponent niet onredelijk is. Bovendien bevestigt het CBb de NZa in haar stelling dat de gemiddelde tijdsbesteding van een huisartseigenaar niet als excessief kan worden bestempeld, gelet op de zwaarte van de functie en het daarbij behorende norminkomen. De overwegingen uit de uitspraak van het CBb en het voornoemde besluit op bezwaar worden hier als herhaald en ingelast beschouwd.

Volledigheidshalve verwijst de NZa ter zake van het onderdeel ondernemersrisico naar hetgeen zij reeds heeft overwogen in haar besluit op bezwaar van 14 januari 2015 met kenmerk 95438/142042. Omdat hiertegen geen beroep is ingesteld is de zaak op dit punt afgehandeld.

Hieronder wordt dit besluit nader toegelicht.

1. Passantentarief

Het passantentarief (acute en incidentele zorg aan niet ingeschreven patiënten) kon voorheen alleen in rekening worden gebracht als hier een contract aan ten grondslag ligt. Het contractvereiste werd met name opgenomen om *vooraf* te borgen dat goede afspraken worden gemaakt over de inzet van het passantentarief.

Gelet op de uitspraak van het CBb mag deze afspraak echter niet als vereiste gelden voor declaratie van de prestatie. Het betreft hier een prestatie die een specifieke zorghandeling beschrijft waarvan een patiënt van een huisarts mag verwachten dat deze wordt geleverd. De NZa besluit dat het contractvereiste voor het passantentarief met terugwerkende kracht tot 1 januari 2015 komt te vervallen. De NZa verklaart het bezwaar met betrekking tot het contractvereiste in relatie tot het passantentarief dan ook gegrond. Voor wat betreft het passantentarief acht de NZa aanvullende voorwaarden of aanpassingen in de prestatiestructuur niet noodzakelijk. Voor de prestaties zijn maximumtarieven vastgesteld die kostendekkend zijn en daarmee een redelijke vergoeding vormen voor de verleende zorg.

2. Oud M&I-verrichtingen

De oud M&I-verrichtingen zijn vijf verrichtingen (in 2016 zeven) binnen segment 1 die overgeheveld zijn vanuit de oude M&I-lijst die tot en met 2014 vigeerde. De prestaties zijn overgeheveld vanuit het vrije segment naar het tariefgereguleerde segment 1, omdat het hier prestaties betreft waarvan het inmiddels gebruikelijk is geworden dat een huisarts dit aanbiedt. Het contractvereiste voor deze prestaties is bij de overheveling naar segment 1 in stand gebleven, aangezien de tariefonderbouwing niet anders is dan het gemiddelde tarief dat vóór 2015 per prestatie door zorgverzekeraar en aanbieder overeengekomen werd. Naar aanleiding van de uitspraak van het CBb, besluit de NZa dat het contractvereiste voor de betreffende M&I-verrichtingen met terugwerkende kracht per 1 januari 2015 komt te vervallen. Het betreft hier een prestatie die een specifieke zorghandeling beschrijft waarvan een patiënt van een huisarts mag verwachten dat deze wordt geleverd. De NZa verklaart het bezwaar van de VPH met betrekking tot het contractvereiste in relatie tot deze oud M&I-verrichtingen dan ook gegrond.

Met het verdwijnen van het contractvereiste acht de NZa het noodzakelijk dat de prestatieomschrijvingen worden aangescherpt. Deze aanscherping vond tot nu toe plaats via het contract tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder. Het contractvereiste maakte het voor de NZa mogelijk om relatief 'open' prestatiebeschrijvingen te hanteren, aangezien zorgverzekeraars en aanbieders de prestaties contractueel

verder invulling konden geven. Daar waar mogelijk en nodig neemt de NZa aanvullende bepalingen over die zorgverzekeraars via het contract stellen aan declaratie van de specifieke verrichtingen: Het betreft dan bepalingen die de *inhoud* (dus niet volume) van de zorglevering nader beschrijven. Hierbij wordt aangehaakt bij bestaande richtlijnen die door de beroepsgroep zelf zijn opgesteld. De richtlijnen geven daarmee nadere inhoudelijke invulling aan de prestatie, waar deze voorheen per contract verder werd ingevuld.

Het overnemen van deze aanvullende bepalingen zorgt ervoor dat een huisarts zonder contract zorginhoudelijk aan gelijke eisen moet voldoen om de specifieke verrichting te kunnen declareren als de huisarts met contract. Deze bepalingen zijn in de nieuwe Beleidsregels huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg, kenmerk BR/CU-7165 (2015) en BR/CU-7166 (2016), opgenomen.

3. POH-GGZ

De *functie* POH GGZ wordt momenteel bekostigd op basis van een declaratie per consult en een aanvullende declaratie van een module per ingeschreven patiënt. Deze module kent een relatief hoog maximumtarief, waarbij de zorgverzekeraars en zorgaanbieders vervolgens op maat (afhankelijk van de werkelijke inzet van POH-GGZ personeel in de praktijk en de praktijkgrootte) komen tot een afspraak. Deze bekostiging is ingericht om maatwerk per praktijk mogelijk te maken. Dit sluit aan bij en faciliteert de ontwikkeling waarin de inzet van de POH-GGZ-functionaris zich op dit moment bevindt. Het contractvereiste speelt in dit maatwerk een belangrijke rol. De afspraak tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder is de norm.

De prestaties die de NZa heeft vastgesteld voor de functie POH-GGZ (zowel de module als het consulttarief) stellen zorgaanbieders en zorgverzekeraars in staat om met aanvullende middelen te investeren in taakdelegatie binnen de huisartsenpraktijk. De functie POH-GGZ betreft zorginhoudelijke ondersteuning van de huisartsenzorg aan alle patiënten met klachten van (mogelijk) psychische, psychosociale of psychosomatische aard. De vergoeding voor POH-GGZ is niet de vergoeding voor de huisartsenzorg aan patiënten met de specifieke zorgvraag, maar is de vergoeding voor aanvullende kosten die een huisarts maakt als hij gespecialiseerd personeel inzet om een deel van zijn taken over te nemen.

Een patiënt heeft geen aanspraak op een POH-GGZ functionaris. Een patiënt heeft 'recht' op goede triage en eerste behandeling van psychische, psychiatrische of psychosociale klachten onder verantwoordelijkheid van zijn huisarts. De huisarts heeft niet de plicht deze taken over te dragen aan een POH-GGZ functionaris. Ook zonder de inzet van een POH-GGZ-functionaris is de huisarts in staat goede triage en eerste behandeling te leveren van de klachten van de patiënt. Deze zorg kan de huisarts ook zonder contract via zijn reguliere inschrijftarief en consult declareren.

De declaratietitels voor POH-GGZ hebben daarmee niet het karakter van een vergoeding voor een specifieke zorghandeling. De declaratietitels zijn ingericht als vergoedingen die investeringen door zorgverzekeraars mogelijk maken in de eerste lijn, waarmee innovatie en taakdelegatie wordt gestimuleerd. Zowel het consult als de module kennen een separate prestatiecode om de inkomsten die de inzet van het ondersteunend personeel genereert goed inzichtelijk te maken. Positionering van deze declaratietitels binnen segment 3 in combinatie met declaratie van 'reguliere' consulten was evengoed een optie geweest, maar met verminderde transparantie van de met inzet van POH-GGZ gemoeide kosten als gevolg.

Een huisarts zonder contract is in staat om de zorg te leveren die een POH-GGZ functionaris levert en heeft hier op basis van de reguliere bekostigingssystematiek ook al vele jaren een declaratietitel voor, te weten het inschrijftarief en het consult of de visite. Het feit dat de NZa separate bekostigingstitels in het leven heeft geroepen die zorgverzekeraars in staat stellen om aanvullend te investeren in huisartsenzorg, hindert de huisarts zonder contract in dit geval niet om tegen een redelijk tarief zorg te leveren.

Deze lijn volgend, besluit de NZa het huidige contractvereiste voor de prestaties POH-GGZ vooralsnog in de huidige vorm in stand te laten. De NZa verklaart het bezwaar van de VPH met betrekking tot het contractvereiste in relatie tot POH-GGZ dan ook ongegrond. Wel voegt de NZa een toelichting bij het consult toe die duidelijk maakt dat het regulier consult of de visite in alle gevallen in rekening gebracht mag worden bij patiëntcontact, tenzij dit patiëntcontact al onderdeel is van een andere in rekening gebrachte prestatie.

Dit alles laat onverlet dat, gelet op de sterke toename van de inzet van POH-GGZ in de afgelopen jaren, in de doorontwikkeling van de bekostiging van huisartsenzorg gezien zal worden hoe POH-GGZ een meer structurele invulling krijgt in de bekostiging. POH-GGZ bevindt zich op dit moment op een kantelpunt waarbij de inzet POH-GGZ van 'innovatief' richting 'de norm' beweegt. De omslag in de bekostiging zal echter zoals gebruikelijk op basis van zorgvuldig onderzoek geschieden, waarbij alle partijen de mogelijkheid krijgen om zich voor te bereiden op nieuw beleid. De NZa is van oordeel dat het CBb de NZa niet dwingt ook deze beleidswijziging overhaast en met terugwerkende kracht te realiseren.

4. Module achterstandsfonds

De module achterstandsfonds is een declaratietitel die zorgverzekeraars in staat stelt om een gemaximeerd bedrag per ingeschreven patiënt in het zogeheten achterstandsfonds te storten. Vanuit dit fonds wordt geïnvesteerd in projecten die de zorgverlening in achterstandswijken verbeteren. De module dient niet als vergoeding van specifieke zorghandelingen door een individuele aanbieder. Dit is ook niet de intentie geweest van de introductie van de module.

Het voor de module achterstandsfonds gehanteerde contractvereiste belemmert de huisarts daarmee ook niet om de zorg te leveren waar de patiënt behoefte aan heeft, indien de huisarts besluit om geen contract aan te gaan met de zorgverzekeraar. De aanvullende vergoeding die de huisarts ontvangt voor patiënten die woonachtig zijn in achterstandswijken ('opslagwijken') ter compensatie van aanvullende zorgzwaarte voor de specifieke populatie kan wel zonder contract in rekening worden gebracht. De NZa besluit daarom het huidige contractvereiste bij de module achterstandsfonds in de huidige vorm in stand te houden. De NZa verklaart het bezwaar van de VPH met betrekking tot het contractvereiste in relatie tot de module achterstandsfonds dan ook ongegrond.

5. ANW (buiten HDS)

De prestatie die de te declareren zorg in de ANW-uren beschrijft zonder dat de huisarts deelneemt in een huisartsendienstenstructuur, kent in de huidige beleidsregel het contractvereiste. De prestaties beschrijven specifieke *zorghandelingen*.

Gelet op de uitspraak van het CBb mag deze afspraak echter niet als vereiste gelden voor declaratie van de prestatie. Het betreft hier een prestatie die een specifieke zorghandeling beschrijft waarvan een patiënt van een huisarts mag verwachten dat deze wordt geleverd. De NZa besluit dat het contractvereiste voor het passantentarium met terugwerkende kracht tot 1 januari 2015 komt te vervallen, zodat ook huisartsen zonder contract in staat zijn om de prestatie te declareren tegen hetzelfde maximumtarief. De NZa verklaart het bezwaar van de VPH met betrekking tot het contractvereiste in relatie tot ANW dan ook gegrond.

Het contractvereiste is opgenomen vanuit de tot nu toe gebruikelijke praktijk dat goede afspraken worden gemaakt over de wijze waarop huisartsenzorg 24 uur per dag beschikbaar wordt gesteld voor ingeschreven patiënten. Zorgverzekeraars en zorgaanbieders regelen tot op heden contractueel de inspanning van de huisarts in de ANW-uren. Dit kan via een huisartsenpost dan wel individueel of in klein waarnemingsverband.

De uitspraak van het CBb heeft als gevolg dat het voor huisartsen aantrekkelijker wordt ten opzichte van de huidige situatie om zorg te leveren zonder dat hier een contract met de zorgverzekeraar aan ten grondslag ligt. In het traject voorafgaand aan dit besluit hebben zowel zorgverzekeraars als de vertegenwoordigers van de huisartsendienstenstructuren (Ineen) zorgen geuit over het scenario waarin huisartsen zonder contract besluiten om zich eenzijdig vrij te stellen van het leveren van ANW-zorg en deze taak aan een nabije huisartsenpost over te laten. Dit zou op korte termijn de continuïteit dan wel betaalbaarheid van ANW-zorg kunnen raken (aangezien de huisartsenpost mede afhankelijk is van de inzet van de praktijkhoudende huisartsen) met gevolgen voor de patiënt. Dit mag volgens de NZa niet de uitwerking zijn van de uitspraak van het CBb.

Om te voorkomen dat dit op korte termijn tot continuïteitsproblemen leidt in de organisatie van ANW-zorg neemt de NZa voor 2016 een aanvullende bepaling op binnen de beleidsregel, waarin expliciet wordt benadrukt dat de huisarts verantwoordelijk is voor de continuïteit van de zorg voor de bij hem ingeschreven patiënten, 24 uur per dag en 7 dagen per week. Deze bepaling wordt gekoppeld aan de declaratie van het inschrijftarief en sluit aan bij hetgeen nu per contract overeengekomen wordt. Het sluit tevens aan bij de normen die de zorgaanbieders zelf hebben opgesteld. ("aanbod geneeskundige zorg", LHV 2015. "standpunt kernwaarden huisartsenzorg", NHG 2011).

In de reacties op het voorgenomen besluit gaven zowel de Landelijke Huisartsenvereniging (LHV) als de VPH aan deze aanvullende bepaling overbodig te vinden, aangezien de beroepsnormen dan wel BIG-registratie dit al borgen. Zij vinden het niet aan de NZa maar aan IGZ dan wel de tuchtrechter om in te grijpen als de zorg niet goed wordt georganiseerd. De NZa is echter van mening dat het wel degelijk aan de NZa is om helder weer te geven welke verrichtingen een patiënt van zijn zorgverlener mag verwachten voor hetgeen hem in rekening wordt gebracht. Zeker nu de patiënt een groter risico loopt om in de situatie te komen dat de door hem gekozen huisarts niet gecontracteerd is door zijn zorgverzekeraar. Het borgen van 24-uurs beschikbaarheid van huisartsenzorg is één van de aspecten die een patiënt van de huisarts mag verwachten bij inschrijving in zijn praktijk. Niet alleen op het niveau van de BIG-norm die is gericht op het 'op peil houden' van de vaardigheden van de huisarts, maar ook op het niveau dat regionaal noodzakelijk is om de continuïteit van zorg voor de ingeschreven patiënt te borgen.

Gelet op het standpunt dat zowel VPH als LHV hebben ingenomen, zal het opnemen van de bepaling zelf in de praktijk niet tot problemen leiden aangezien deze aansluit bij hetgeen in de praktijk gebruikelijk is, maar het adresseert wel de zorgen die zowel zorgverzekeraars als Ineen hebben geuit en voorkomt iedere discussie hierover vooraf.

De NZa besluit om het huidige contractvereiste bij de declaratie van het ANW-tarief te laten vervallen, maar om daarbij voor 2016 de volgende voorwaarde te koppelen aan de declaratie van het inschrijftarief.

"Het inschrijftarief kan enkel in rekening worden gebracht indien de huisarts de continuïteit van de huisartsenzorg, 24 uur per dag en 7 dagen per week heeft gewaarborgd voor de bij hem ingeschreven patiënten".

6. Verloskunde

In de bestreden tariefbeschikking voor huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg worden tevens de prestaties vermeld die in rekening kunnen worden gebracht voor verloskundige zorg. De beschrijving van deze prestaties volgt niet uit de beleidsregel voor huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg, maar uit de beleidsregel voor verloskundige zorg.

Voor een aantal declaratietitels is de mogelijkheid voor een aanvullende vergoeding opgenomen, onder voorwaarde van een contract met de zorgverzekeraar. Het betreft de volgende declaratietitels:

- een toeslag op de reguliere tarieven voor geboortezorg, indien sprake is van aanvullende maatregelen of werkzaamheden vanuit de eerste lijn als gevolg van structureel verminderde beschikbaarheid of bereikbaarheid van de tweede lijn.
- een mogelijkheid tot aanvullende vergoeding bij natale en post-natale zorg bij bevalling in een 'geboortecentrum'.
- een module 'bevalling met lachgassedatie in een geboortecentrum'.
- een module 'integrale geboortezorg'. Deze module biedt aanvullende tarief ruimte ter verbetering van de kwaliteit van verloskundige zorg inclusief de bevordering van de samenwerking en professionalisering binnen de verloskundige keten.

Het contractvereiste voor deze groep verrichtingen is geen onderdeel geweest van de bezwaarprocedure. Deze is ook niet meegewogen in de uitspraak door het CBB. Om die reden vallen deze prestaties buiten de heroverweging in de onderhavige beslissing en ziet de NZa geen aanleiding voor het doen van aanpassingen in deze prestaties.

7. Resterende M&I-verrichtingen

De 21 M&I-verrichtingen die nu een vrij tarief kennen en waarvoor eveneens een contractvereiste geldt, zijn bij de overheveling in 2015 'buiten segmenten' gehouden. De prestaties zijn in het verleden in het leven geroepen om aanvullende afspraken tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder mogelijk te maken. Het feit dat al deze prestaties een vrij tarief kennen vloeit hieruit voort.

De NZa streeft als gezegd naar een beleidswijziging die de regionale flexibiliteit in stand houdt zonder dat volledige vrije marktwerking in deze sector wordt geïntroduceerd. Gelet hierop is het opheffen van het contractvereiste en het in stand laten van de vrije tarieven voor deze verrichtingen geen kortetermijnoptie. De NZa wil bovendien waar mogelijk de impact op de reeds bestaande contracten minimaliseren. Hiervoor dienen de vrije tarieven per verrichting behouden te worden.

Meer concreet onderscheidt de NZa hierbij drie groepen M&I-verrichtingen. Een groep die specifieke zorghandelingen beschrijft, een groep die aanvullende vergoedingen beschrijft en een separate groep prestaties die als voorloper voor de huidige ketenzorg voor chronische patiënten heeft gediend. De NZa bespreekt deze groepen hieronder separaat.

M&I: zorgprestaties

Het grootste deel van de M&I-verrichtingen beschrijft specifieke zorgprestaties die een patiënt van een huisarts kan vragen en die de huisarts op basis van de uitspraak van het CBB moet kunnen declareren. De prestaties worden ook nu door de meerderheid van de zorgverzekeraars ingekocht op basis van bevoegd- en bekwaamheid van de aanbieder. De NZa besluit om (naast de al bestaande prestaties die tegen vrij tarief contractueel overeengekomen kunnen worden) per verrichting een nieuwe prestatie binnen het gereguleerde segment te creëren.

Het betreft de volgende prestaties:

- Audiometrie
- Diagnostiek met behulp van Doppler
- Tympanometrie
- Longfunctiemeting (= spirometrie)
- ECG-diagnostiek (ECG maken, interpreteren en bespreken met patiënt)
- Spleetlamponderzoek
- Tele-echo, -röntgen, -hartmonitoring op de waddeneilanden
- Bloeddrukmeting gedurende 24-uur, hypertensiemeting
- Teledermatologie
- Cognitieve functietest (MMSE)
- Hartritmestoornissen
- MRSA-screening
- Palliatieve consultatie, visite
- Palliatieve consultatie, telefonisch
- Euthenasie
- Module Abdominale echografie

De verrichtingen in deze lijst worden voorzien van een maximumtarief. Dit maximumtarief is gebaseerd op het tarief per verrichting dat zorgverzekeraars in hun standaardcontracten over 2015 voorlegden. Het laagste tarief per verrichting dat in deze standaardcontracten wordt aangetroffen geldt als maximumtarief dat zonder contract in rekening mag worden gebracht. Deze tarieven worden vervolgens afgezet tegen de hoogte van het passantentarief en op gelijke wijze geïndexeerd richting 2016.

Op deze wijze kan de huisarts zonder contract een reële vergoeding ontvangen voor de specifieke prestaties. Tegelijkertijd wordt de situatie voorkomen dat het tarief dat een huisarts zonder contract in rekening mag brengen voor de specifieke verrichting hoger ligt dan het tarief dat zorgverzekeraars en zorgaanbieders in 2015 en 2016 op basis van contracten overeenkomen. De NZa overweegt hierbij dat de tarieven die voor deze verrichtingen in de afgelopen jaren in het vrije segment tot stand zijn gekomen niet enkel een vergoeding zijn voor aanvullende kosten, maar veelal ook een substitutieprikkel in zich dragen.

De NZa besluit daarom om de huidige prestatiestructuur tegen vrije tarieven met een contractvereiste voor wat betreft de M&I-zorgprestaties in stand te houden, maar daarnaast declaratietitels te creëren voor deze zorg voor huisartsen zonder contract. In zoverre komt de NZa materieel tegemoet aan bezwaarde. Het bezwaar van de VPH met betrekking tot het contractvereiste in relatie tot de resterende M&I-verrichtingen (de zorgprestaties) is in zoverre dan ook gegrond.

Nu deze verrichtingen ook zonder contract in rekening kunnen worden gebracht, ontstaat net als voor wat betreft de oud M&I-verrichtingen in segment 1 ook hier de noodzaak om de prestatiebeschrijving verder aan te scherpen. Deze aanvullende voorwaarden, die nu contractueel worden overeengekomen, landen in de prestatiebeschrijvingen.

Gelet hierop besluit de NZa het huidige contractvereiste te laten vervallen, maar daarnaast een aantal voorwaarden aan de declaratie van deze nieuwe tarieven te koppelen. Deze aanvullende voorwaarden zijn in de nieuwe Beleidsregels huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg, kenmerk BR/CU-7165 (2015) en BR/CU-7166 (2016), opgenomen.

M&I: aanvullende vergoedingen

Een tweetal M&I-verrichtingen voorzien in een aanvullende vergoeding van de huisarts voor inspanningen buiten de reguliere huisartsenzorg. Het betreft de volgende prestaties:

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"> - Gestructureerde huisartsenzorg in verzorgingshuis - Gestructureerde huisartsenzorg in de maatschappelijke opvang |
|---|

Uit de prestatieomschrijving zelf blijkt dat de prestatie niet is bestemd voor de huisartsenzorg zelf, maar voor het stimuleren van huisartsen die medische zorg in verzorgingshuizen dan wel maatschappelijke opvang leveren. Het contractvereiste belemmert hier niet dat de zorg waar de ingeschreven patiënt om vraagt door de huisarts kan worden geleverd en gedeclareerd.

Gelet hierop besluit de NZa het contractvereiste in de huidige vorm in stand te laten. De NZa verklaart het bezwaar van de VPH met betrekking tot het contractvereiste in relatie tot de aanvullende vergoedingen mitsdien ongegrond.

M&I: chronische zorg

In de lijst met M&I-verrichtingen resteren dan nog drie prestaties die aanvullende vergoedingen mogelijk maken voor zorgverlening chronische patiënten. Het betreft de volgende drie prestaties:

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"> - Diabetes – begeleiding per jaar - Diabetes – instellen op insuline - COPD – gestructureerde zorg per jaar |
|---|

Gezien de sterke koppeling met de wijze waarop de CBb-uitspraak gevolg heeft voor het contractvereiste binnen segment 2 –prestaties, behandelt de NZa deze in het navolgende onderdeel.

8. Segment 2

Het tweede segment richt zich op multidisciplinaire eerstelijnszorg, waarbij naast de huisartsenzorg ook andere disciplines betrokken zijn om een integrale behandeling te leveren. Dit segment heeft betrekking op zorgvragen en aandoeningen die voortkomen uit specifieke kenmerken van een (in omvang) substantieel deel van de populatie. Een ondersteuningsstructuur is wenselijk om deze programmatisch vormgegeven zorg te leveren. Dit segment bestaat per 1 januari 2015 uit drie onderdelen: Segment 2A (S2A), Segment 2B (S2B) en de module Geïntegreerde eerstelijns zorg (GEZ):

- S2A beschrijft ketenprestaties voor multidisciplinaire samenwerking bij chronische zorg in het kader van Diabetes Mellitus type 2 (DM2), Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD), Vasculair Risicomanagement (VRM) en Astma. Er zijn twee prestaties vastgesteld binnen S2A; één prestatie voor de ketenzorg DM2 en VRM en één prestatie voor ketenzorg COPD en Astma.
- S2B biedt ruimte voor partijen om programmatische zorg vorm te geven voor elementen van zorg die nog geen onderdeel uitmaken van de reguliere integrale bekostiging in S2A. Het gaat hierbij om nieuwe ketens (bijvoorbeeld depressie of programmatische zorg voor kwetsbare ouderen) of nieuwe elementen van zorg binnen de bestaande ketens (bijvoorbeeld farmaceutische zorg) waarbij landelijk overeenstemming is over de aanpak en onderliggende zorgstandaarden.

Veldpartijen kunnen de NZa een specifiek verzoek doen om dit segment te vullen met prestaties die aan bovenstaande voorwaarden voldoen. Segment S2B is op dit moment nog niet gevuld met prestaties.

- Via de GEZ-module worden de personele inzet, organisatie en infrastructuur bekostigd die nodig is voor multidisciplinaire samenwerking tussen zorgaanbieders in de eerste lijn. Die inzet, organisatie, infrastructuur en samenwerking richten zich op multidisciplinaire eerstelijnszorg en op resultaten daaruit op het vlak van kwaliteit, doelmatigheid, patiëntgerichtheid (service) en innovatie.

Binnen de prestatiebeschrijvingen is in de huidige opzet bewust veel ruimte gecreëerd om afspraken over de precieze inhoud van de zorgprestatie te maken. De invulling van de prestaties binnen segment 2, zowel wat betreft de ketenzorgprestaties als wat betreft de module geïntegreerde eerstelijnszorg (GEZ), kent dan ook een grote regionale diversiteit. Invulling van de prestaties is afhankelijk van de organisatie van de lokale aanbieders en het inkoopbeleid van de zorgverzekeraar. In- of exclusie van tweede lijnszorg, voetzorg, fysiotherapie of diëtik binnen de ketenzorgafspraken kan per regio verschillen en wordt in onderling overleg overeengekomen, evenals het tarief dat hierbij hoort. Aanvullend worden afspraken gemaakt over kwaliteit, uitvoering, verantwoording en financiering. Het is niet uitvoerbaar dat patiënten zelf die afspraken zouden maken met zorgaanbieders. Wel kunnen verzekeraars die rol oppakken. Afhankelijk van de afspraken worden prijsafspraken gemaakt, op basis waarvan een prestatie uit segment 2 wordt gedeclareerd.

Indien in dit segment het contractvereiste los wordt gelaten ontstaat volledig vrije marktwerking binnen segment 2 en deze dynamiek is niet wat de convenantpartijen voor ogen hadden bij de totstandkoming van het driesegmentenmodel.

De uitspraak van het CBb richt zich op zorg die een patiënt van zijn huisarts mag verwachten. De zorg die een patiënt hier van zijn huisarts mag verwachten is zijn aandeel in het noodzakelijke multidisciplinaire zorgpakket dat rondom de patiënt wordt georganiseerd. De daadwerkelijke zorglevering door de huisarts is ook zonder contract te declareren. Ieder patiëntcontact is afzonderlijk te declareren op basis van de reguliere consulten en visites. Zoals ook fysiotherapeuten, diëtisten en andere zorgaanbieders rondom de chronische patiënt de mogelijkheid hebben om hun aandeel in het zorgprogramma op basis van de individuele contactmomenten te kunnen declareren. Daarnaast kan ook zonder contract met een zorgverzekeraar een huisarts zich aansluiten bij een zorggroep dan wel gezondheidscentrum waar vanuit de multidisciplinaire zorglevering wordt gecoördineerd. Het aandeel van de huisarts in de multidisciplinaire zorglevering wordt vervolgens vergoed via het samenwerkingsverband op basis van de ketenzorgafspraken.

Het is maar zeer de vraag of het totaalpakket aan organisatie zoals dat op dit moment via de segment 2 prestaties wordt gefinancierd valt onder het zorgaanbod dat een ingeschreven patiënt van een individuele huisarts mag verwachten.

Zorgverzekeraars en zorggroepen of gezondheidscentra maken afspraken over kwaliteit, uitvoering, verantwoording en financiering. Daarnaast zijn er landelijke afspraken gemaakt die ondersteuning bieden aan lokaal, regionaal en landelijk kwaliteitsbeleid. Denk aan de landelijke benchmark ketenzorg waarbij nagenoeg alle zorggroepen (120) zijn aangesloten. Dat totaalpakket aan afspraken is onderdeel van de zorgprestaties zoals deze op basis van segment 2 worden gedeclareerd. En dat totaalpakket wordt in de praktijk niet overeengekomen met een individuele huisarts, maar met een samenwerkingsverband van zorgaanbieders, in de vorm van een zorggroep of een eerstelijnsgezondheidscentrum.

Dit alles neemt niet weg dat in de huidige bekostigingssystematiek de mogelijkheid ontbreekt om de *organisatie* van multidisciplinaire zorg te declareren zonder dat dit contractueel overeen wordt gekomen. Dit raakt naar de mening van de NZa niet zozeer de individuele huisarts, maar wel de partij die de organisatie van multidisciplinaire zorg op zich neemt, de zorggroep of het gezondheidscentrum.

De NZa denkt dat de uitspraak van het CBb ook aanleiding geeft om een alternatieve declaratietitel voor de *organisatie* van multidisciplinaire zorg te creëren die zonder contract in rekening kan worden gebracht. Deze zal echter zorgvuldig vormgegeven moeten worden. Om te komen tot een redelijk tarief voor de organisatie van het minimaal noodzakelijke multidisciplinaire aanbod is inzicht nodig in de onderliggende kostenstructuur en in de minimaal benodigde organisatie van multidisciplinaire zorg binnen de reikwijdte van de uitspraak van het CBb.

De NZa is voornemens om in de tweede helft van 2016 te starten met een kostenonderzoek dat zowel de mono- als de multidisciplinaire zorg omvat. Dit onderzoek moet onder andere de noodzakelijke gegevens opleveren om bovenstaande vragen te kunnen beantwoorden. Op dit moment loopt/start onder beheer van de partijen betrokken bij het bestuurlijk akkoord een traject Project Ondersteuning en infrastructuur (O&I) dat als doel heeft om meer inzicht te krijgen in de werkelijke kosten van organisatie en infrastructuur. Mogelijk bieden de uitkomsten van dit traject al een eerste handvat om tot een gereguleerde declaratietitel voor organisatie van multidisciplinaire zorg te komen.

De uitkomsten van deze trajecten kunnen leiden tot een declaratietitel voor organisatie van zorg welke ook zonder contract in rekening kan worden gebracht. Binnen de termijn die het CBb gesteld heeft, ziet de NZa deze mogelijkheid echter niet. Daarbij wil de NZa benadrukken dat Ineen als partij die de zorggroepen en gezondheidscentra vertegenwoordigt tevens aandringt op zorgvuldige besluitvorming op basis van degelijk onderzoek. Zij vertegenwoordigen de partijen die voor dit segment daadwerkelijk hinder ondervinden van het contractvereiste binnen dit segment.

Alles afwegende besluit de NZa het contractvereiste in segment 2 in de huidige vorm in stand te laten. Daarnaast is de NZa voornemens een zorgvuldig onderzoek te starten naar de minimaal noodzakelijke vorm van organisatie rondom de chronische patiënt en de daarbij behorende kosten.

Per 1 maart 2016 wijzigt daarmee niets aan de wijze waarop segment 2 op dit moment is ingericht en ook niets aan het contractvereiste voor de drie resterende M&I-verrichtingen. In zoverre verklaart de NZa het bezwaar van de VPH met betrekking tot het contractvereiste in relatie tot segment 2 ongegrond. De NZa is voornemens om na 1 maart 2016 op basis van zorgvuldig onderzoek te zoeken naar een meer structurele invulling van de consequenties van de uitspraak van het CBb.

9. Segment 3

De declaratietitels die in segment 3 zijn opgenomen beschrijven een vrij overeen te komen aanvullende beloning op basis van resultaat, dan wel aanvullende vergoeding voor vormen van zorgvernieuwing binnen de reikwijdte van de beleidsregel.

De prestaties die betrekking hebben op resultaatbeloning stellen zorgverzekeraars en zorgaanbieders in staat afspraken te maken over beloning op uitkomsten. Voor deze prestaties geldt dat ook bij uitblijven van de mogelijkheid om deze declaratietitels te declareren (door het ontbreken van een contract) de zorg waar de patiënt om vraagt door de huisarts kan worden geleverd en gedeclareerd op basis van de prestaties waar geen contractvereiste voor is opgenomen.

De prestaties die betrekking hebben zorgvernieuwing creëren een mogelijkheid om aanvullende vergoedingen overeen te komen die innovaties mogelijk maken of een efficiëntere inrichting van de praktijk door middel van bijvoorbeeld taakdelegatie stimuleren. Ook bij uitblijven

van de mogelijkheid om deze declaratietitels te declareren (door het ontbreken van een contract) kan de zorg waar de patiënt om vraagt door de huisarts worden geleverd en gedeclareerd.

De NZa is daarmee van mening dat de uitspraak van de rechter geen invloed heeft op de wijze waarop segment 3 is vormgegeven. De NZa besluit het contractvereiste zoals deze nu is vormgegeven in de huidige vorm te laten bestaan. De NZa verklaart het bezwaar van de VPH met betrekking tot het contractvereiste in relatie tot segment 3 dan ook ongegrond.

Ingangsdatum nieuwe beleidsregels en tariefbeschikkingen

Het CBb heeft de NZa opgedragen om een nieuwe beslissing te nemen op een bezwaar dat gericht is tegen de tariefbeschikking 2015. Dat betekent dat er een nieuwe tariefbeschikking/beleidsregel 2015 wordt opgesteld, zodat huisartsen die in 2015 geen contract tekenden alsnog in staat worden gesteld om hun geleverde zorg te declareren tegen de tarieven die volgen uit een herzien besluit (e.e.a. voor zover passend binnen deze beslissing op bezwaar).

De NZa stelt de beleidsregel 2015 (kenmerk BR/CU-7165) op 1 maart 2016 vast. Teneinde de zorgaanbieders en zorgverzekeraars de gelegenheid te bieden hun systemen aan te passen aan de nieuwe declaratiemogelijkheden, vindt de inwerkingtreding een maand later plaats, op 1 april 2016. Dit leidt ertoe dat er een nieuwe beleidsregel Huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg 2015 wordt opgesteld (met kenmerk BR/CU-7165). Op grond daarvan wordt tevens een nieuwe tariefbeschikking 2015 genomen. De gevolgen worden voorts doorgetrokken naar 2016, in die zin dat de Beleidsregel Huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg (BR/CU-7157) wordt vervangen door de Beleidsregel Huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg 2016 (BR/CU-7166). Als gevolg daarvan wordt ook de tariefbeschikking voor 2016 vervangen. Deze maken onderdeel uit van deze beslissing op bezwaar. Beide beleidsregels treden in werking met ingang van 1 april 2016 en werken terug tot en met 1 januari 2015 respectievelijk 1 januari 2016.

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

drs. R.J.P. Jansen
plv. voorzitter Raad van Bestuur