

**BESLISSING OP BEZWAAR****198570-288733**

Bij brief van 9 augustus 2016, die is binnengekomen bij de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) op 10 augustus 2016, is door ActiZ te Utrecht (bezwaarde) 'pro forma' bezwaar gemaakt tegen tariefbeschikking van 28 juni 2016 met kenmerk TB/REG-17603-01 (het bestreden besluit). In deze tariefbeschikking zijn de prestaties en tarieven voor verpleging en verzorging die gelden per 1 januari 2017 vastgesteld.

Op 27 september 2016 heeft bezwaarde de gronden van bezwaar ingediend. Naar aanleiding van dit bezwaar zijn belanghebbenden op 16 november 2016 gehoord.

In zijn vergadering van 21 februari 2017 heeft de Raad van Bestuur van de NZa de hierboven vermelde beschikking heroverwogen. De NZa heeft besloten dat niet tegemoet kan worden gekomen aan het bezwaar en dat het bestreden besluit ongewijzigd in stand dient te blijven. Het bezwaar wordt dan ook ongegrond verklaard.

Hieronder volgt de motivering daarvan.

**DE AANGEVOERDE BEZWAREN**

In deze bezwaarprocedure staat de per 1 januari 2017 geldende prestatie- en tariefbeschikking verpleging en verzorging met kenmerk TB/REG-17603-01 en de achterliggende beleidsregel Verpleging en verzorging met kenmerk BR/REG-17113 (de beleidsregel) centraal. Op grond van het bestreden besluit, kan de prestatie 'ketenzorg dementie' en de prestatie 'regionale beschikbaarheidsfunctie voor onplanbare zorg' in rekening worden gebracht mits er een (schriftelijke) overeenkomst is tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar over de omvang van de betreffende prestatie en het tarief.

Bezwaarde voert – samengevat – aan dat het contractvereiste voor de voornoemde prestaties in zijn huidige vorm niet in stand kan blijven. Enige vorm van een contractvereiste is volgens bezwaarde (aangezien de prestatie ook vrij is op inhoud) wel noodzakelijk, maar de huidige vorm is te zwaar/streng. Het contractvereiste moet volgens bezwaarde zo worden aangepast dat de prestatie in rekening kan worden gebracht indien er een overeenkomst is met minimaal één zorgverzekeraar voor het leveren van deze prestatie. Iedere verdergaande beperking is volgens bezwaarde:

1. in strijd met artikel 11 en 13 van de Zorgverzekeringswet (Zvw) en
2. in strijd met het doel van de beleidsregel en de algemene beginselen van behoorlijk bestuur.

Ad 1. Artikel 11 en 13 Zvw

Bezwaarde voert aan dat het contractvereiste zoals nu opgenomen in het bestreden besluit in strijd is met het bepaalde in artikel 11 en 13 Zvw. Bezwaarde voert aan dat het niet mogelijk is om de bestreden prestaties te leveren aan verzekerden die verzekerd zijn bij zorgverzekeraars die uitsluitend restitutiepólissen aanbieden zonder te contracteren.

Het voor bepaalde regio's niet contracteren van de zorgvorm resulteert in het niet na kunnen leven van de zorgplicht van de zorgverzekeraar. Het hanteren van het contractvereiste in de huidige vorm creëert aldus bezwaarde een niet toelaatbaar onderscheid tussen verzekerden ten aanzien van de aanspraak van de zorg op basis van de basisverzekering. Dit levert een ongelijke aanspraak uit hoofde van de basisverzekering op, hetgeen in strijd is met artikel 11 Zvw.

Het hanteren van het contractvereiste is daarnaast in strijd met het recht van de verzekerde op een vrije artskeuze. Ook is het voor de zorgverzekeraar niet doenlijk om vanuit de transparantie-eisen aan verzekerden inzichtelijk te maken of en bij welke zorgaanbieders de betreffende prestaties zijn ingekocht en wat dit voor de verzekerde betekent. Het is niet realistisch om te verwachten dat een verzekerde op dit niveau onderscheid kan maken tussen de polissen die zorgverzekeraars aanbieden. Een verzekerde zal (bij het kiezen van een nieuwe polis/zorgverzekeraar) kijken of de zorgaanbieder, waar hij in behandeling is, gecontracteerd is en er dan vanuit gaan dat hij dezelfde zorg zal ontvangen als voorheen door de zorgaanbieder is verstrekt. Het contractvereiste holt zo de mogelijkheid van een verzekerde om over te stappen naar een andere zorgverzekeraar uit.

Bezwaarde verwijst in dit kader naar de uitspraken inzake de huisartsentarieven van het College van Beroep voor het bedrijfsleven (CBB) van 1 december 2015<sup>1</sup> en 3 november 2016<sup>2</sup> alsmede het arrest van de Hoge Raad van 11 juli 2014<sup>3</sup>. Net als in de uitspraak van het CBB het geval was, geldt volgens bezwaarde ook voor de bestreden prestaties dat een niet-gecontracteerde zorgaanbieder zijn patiënten niet naar een andere zorgaanbieder kan verwijzen, als hij geen vergoeding kan krijgen voor één van die prestaties. Verder volgt uit deze uitspraak volgens bezwaarde dat op grond van artikel 11 Zvw een verzekerde die de prestatie 'ketenzorg dementie' heeft ontvangen, op grond van artikel 13, vijfde lid, Zvw, het jaar daarop ook recht heeft op een vergoeding van deze zorg. Het contractvereiste staat hieraan in de weg.

Ad 2. Het doel van de beleidsregel en de algemene beginselen van behoorlijk bestuur

Bezwaarde merkt op dat het contractvereiste niet in de beleidsregel staat opgenomen. Alleen in de tariefbeschikking staat dit vereiste vermeld. Uit de motivering van de beleidsregel volgt dat de prestaties bedoeld zijn voor regionale, en dus zorgverzekeraar overstijgende, samenwerking. De tariefbeschikking werkt dit nu tegen en volgt dus niet het doel van de beleidsregel.

Bezwaarde voert daarnaast aan dat het bestreden besluit (en het hieraan ten grondslag liggende beleid) in strijd is met de algemene beginselen van behoorlijk bestuur, waaronder het rechtszekerheids-, zorgvuldigheids-, rechtmatigheids-, evenredigheids- en motiveringsbeginsel. Hiertoe brengt bezwaarde ter onderbouwing, samengevat, het volgende naar voren.

<sup>1</sup> ECLI:NL:CBB:2015:370, VPH/NZa.

<sup>2</sup> ECLI:NL:CBB:2016:321, VPH, LHV e.a./NZa.

<sup>3</sup> ECLI:NL:HR:2014:1646, CZ/Momentum.

De prestatie 'ketenzorg dementie' en de prestatie 'regionale beschikbaarheidsfunctie voor onplanbare zorg' kunnen naar hun aard niet alleen voor verzekerden van een bepaalde zorgverzekeraar geleverd worden. Voor een goede netwerkstructuur als de ketenzorg dementie is bijvoorbeeld vereist dat alle patiënten op dezelfde wijze behandeld worden door alle ketenpartners. De prestatie wordt daarom, indien door de zorgaanbieder geleverd, aan alle patiënten geleverd en niet alleen aan de verzekerden van een bepaalde zorgverzekeraar. Wel een onderscheid maken tussen verschillende verzekerden is voor de zorgaanbieders, wegens de administratieve lasten die hieraan zijn verbonden, slecht uitvoerbaar. Dit wel van de zorgaanbieder vereisen is disproportioneel. De prestatie 'ketenzorg dementie' behoort daarnaast tot de wettelijke vereiste zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden. Onderscheid maken tussen patiënten op basis van contractafspraken met verschillende verzekeraars, vindt bezwaarde ook om die reden zeer onwenselijk.

Zorgverzekeraars die geen contract hebben gesloten profiteren hiervan, omdat hun verzekerden de prestatie zo toch geleverd krijgen. Dit risico speelt vooral bij kleine zorgverzekeraars die op deze manier meeliften (free ride) op de contracten van de grote zorgverzekeraars in de regio. Omdat de prestatie per zorgverzekeraar contractueel moet worden afgesloten kan het contractvereiste in zijn huidige vorm dus tot drie gevolgen leiden:

1. De zorgaanbieder moet de zorg voor niets leveren aan verzekerden van verzekeraars waarmee geen contract is afgesloten (met andere woorden: de zorgaanbieder ontvangt per saldo geen redelijke vergoeding).
2. De verzekeraar die wel een contract heeft afgesloten betaalt een hoger tarief en zo ook voor verzekerden van andere zorgverzekeraars.
3. De verzekerden krijgen de zorg geheel niet geleverd.

Ten aanzien van de prestatie 'beschikbaarheidsfunctie van onplanbare zorg' voert bezwaarde aan dat deze prestatie ziet op het beschikbaar stellen van 24/7 zorg voor alle patiënten in de regio. Indien er met een zorgverzekeraar geen contract is gesloten, zullen theoretisch gezien de patiënten van deze zorgverzekeraar in spoedsituaties door hun zorgaanbieder geweigerd worden. Afhankelijk van de spoedeisendheid van de situatie, zal de zorgaanbieder veelal toch de zorg leveren. Het is volgens bezwaarde niet meer dan redelijk dat als een zorgaanbieder de beschikbaarheidsfunctie garandeert, deze zorgaanbieder de daarvoor bestemde vergoeding niet alleen in rekening mag brengen bij zorgverzekeraars die als zodanig ingekocht hebben, maar ook bij zorgverzekeraars die dit niet ingekocht hebben omdat zij per saldo toch profiteren van het bestaan van deze voorziening. Enige contractvorm voor deze prestatie vindt bezwaarde niet onbegrijpelijk, omdat de prestatie niet per se bij iedere zorgaanbieder ingekocht hoeft te worden.

Voorts betoogt bezwaarde dat een overeenkomst met meer dan één zorgverzekeraar niet noodzakelijk is. Omdat declaratie van deze prestatie plaatsvindt op prestatieniveau, is alleen de vraag of de zorgaanbieder de prestatie daadwerkelijk levert van belang. Dit wordt al duidelijk indien er een overeenkomst is met één zorgverzekeraar.

Indien een zorgaanbieder met één zorgverzekeraar een afspraak heeft gemaakt, staat de levering van de betreffende prestatie namelijk vast.

Bezwaarde wijst de NZa op de prestatie lachgassedatie in de geboortezorg. De NZa heeft besloten het contractvereiste dat voor deze prestatie gold per 2017 te laten vervallen. Ook wijst bezwaarde de NZa op de speciale declaratiebepaling voor restitutieverzekerden in de huisartsenzorg. De NZa heeft niet, dan wel niet afdoende, gemotiveerd waarom voor voornoemde prestaties niet een vergelijkbare route als in deze sectoren wordt bewandeld.

## **REACTIE ZORGVERZEKERAARS NEDERLAND**

Zorgverzekeraars Nederland (ZN) brengt in reactie op het bezwaar tijdens de hoorzitting naar voren dat de prestatie ketenzorg dementie in segment 2 binnen de bekostiging huisartsenzorg en de prestatie 'ketenzorg dementie' binnen de verpleging en verzorging verschillend zijn. Bij de huisartsenzorg levert het georganiseerde samenwerkingsverband van zorgaanbieders de ketenzorg op individueel (patiënt)niveau. Dit is niet het geval bij de prestatie 'ketenzorg dementie' binnen de verpleging en verzorging. Het gaat daar namelijk niet om feitelijke zorg die geleverd wordt aan een individu, maar om de voorzieningen daaromheen. Het gaat dus niet om een prestatie waar een verzekerde aanspraak op kan maken. De link met artikel 11 en 13 Zvw en de huisartsenzorg kan ZN dan ook niet volgen.

Het contractvereiste dat door bezwaarde wordt voorgesteld lijkt ZN een bijzondere constructie die, gelet op de Mededingingswet, niet mogelijk is.

## **ACHTERGRONDEN**

Voordat de NZa ingaat op de aangevoerde gronden wordt eerst een weergave gegeven van het juridisch kader en de achtergrond van het bestreden besluit.

### Artikel 11 en 13 Zorgverzekeringswet

De omvang van de zorg en aanspraak die burgers op zorg kunnen maken is in Nederland in verschillende wetten geregeld. De Zvw<sup>4</sup> regelt de omvang van het basispakket aan curatieve zorg waarvoor de verzekerde/patiënt verplicht verzekerd is. Zorgverzekeraars kunnen naast het basispakket aanvullende verzekeringen aanbieden voor zorg die niet of slechts gedeeltelijk onder de prestaties van de Zvw vallen. Het basispakket staat in hoofdlijnen omschreven in artikel 10 juncto artikel 11 Zvw als prestaties bestaande uit:

- a) Geneeskundige zorg
- b) Mondzorg
- c) Farmaceutische zorg
- d) Hulpmiddelen zorg
- e) Verpleging
- f) Verzorging, waaronder de kraamzorg
- g) Verblijf in verband met geneeskundige zorg

---

<sup>4</sup> En de op basis van de Zvw gebaseerde regelgeving zoals het Besluit zorgverzekering en de Regeling zorgverzekering.

h) Vervoer in verband met het ontvangen van zorg of diensten als bedoeld in de onderdelen a tot en met g, dan wel in verband met een recht op zorg op grond van de Wet langdurige zorg. De daadwerkelijke inhoud en omvang van de prestaties zijn nader geregeld in het Besluit zorgverzekering.

Verpleging en verzorging (zonder verblijf), ook wel wijkverpleging genoemd, is per ingang van 2015 overgeheveld van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) naar de Zvw en het Besluit zorgverzekering. Het betreft zorg die in samenhang wordt geleverd. Artikel 2.10 van het Besluit zorgverzekering bepaalt dat verpleging en verzorging zorg omvat zoals verpleegkundigen die plegen te bieden, waarbij die zorg:

- a. verband houdt met de behoefte aan de geneeskundige zorg, bedoeld in artikel 2.4, of een hoog risico daarop,
- b. niet gepaard gaat met verblijf als bedoeld in artikel 2.12, en
- c. geen kraamzorg als bedoeld in artikel 2.11 betreft.

Artikel 13, eerste lid, Zvw bepaalt de vergoeding waarop de verzekerde op basis van de afgesloten zorgverzekering recht heeft. Het artikel schrijft voor dat de zorgverzekeraar zelf een vergoeding mag bepalen voor niet gecontracteerde zorg. Maar die vergoeding mag geen hinderpaal vormen tot niet gecontacteerde zorg.<sup>5</sup> Voor de duiding van het begrip hinderpaal verwijst de NZa naar bestaande jurisprudentie hierover.<sup>6</sup> Het is de verantwoordelijkheid van de zorgverzekeraar om in haar polis duidelijkheid te bieden aan de verzekerde over de zorgkosten die op basis van de polis worden vergoed. Of de verzekerde een gehele behandeling vergoed krijgt, is dus afhankelijk van de door de verzekerde afgesloten polis (natura, restitutie of een combinatiepolis) en de keuze die de verzekerde heeft gemaakt voor een bepaalde zorgverzekeraar.

#### Wet marktordening gezondheidszorg

De NZa ontleent de bevoegdheid tot het opstellen van beleidsregels en prestatie- en tariefbeschikkingen aan de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg). Op grond van deze wet is de NZa (onder andere) belast met tarief- en prestatieregulering op het terrein van gezondheidszorg. Op grond van artikel 50 van de Wmg e.v. is de NZa bevoegd om ambtshalve of op aanvraag tarieven en prestatiebeschrijvingen vast te stellen. Op grond van artikel 50, derde lid, van de Wmg kan de NZa aan de vaststelling van een tarief, een prestatiebeschrijving of een grens als bedoeld in de voorgaande leden, voorschriften of beperkingen verbinden. Het is zorgaanbieders verboden een tarief in rekening te brengen voor een prestatie waarvoor geen prestatiebeschrijving is vastgesteld. Het is zorgaanbieders voorts verboden een tarief in rekening te brengen dat niet overeenkomt met het tarief dat voor de betrokken prestatie is vastgesteld.

De Wmg bevat geen materiële normen voor de vast te stellen prestaties en tarieven. De materiële normering is vervat in door de NZa vastgestelde beleidsregels.

<sup>5</sup> Kamerstukken II 2003–2004, 29 763, nr. 3, p. 30-31.

<sup>6</sup> Zie hiervoor bijvoorbeeld de uitspraak van de Hoge Raad van 11 juli 2014, ECLI:NL:HR:2014:1646.

Deze beleidsregels bevatten bijvoorbeeld normen, rekenkundige waarden, procedures, feiten en omstandigheden en toepasselijke tariefsoorten die relevant kunnen zijn voor de vaststelling van een tarief of van een prestatiebeschrijving. De minister van VWS kan aan de NZa algemene aanwijzingen geven over de onderwerpen waarover de NZa beleidsregels kan vaststellen. De NZa heeft die aanwijzingen te volgen.

#### Tarieven voor verpleging en verzorging

De declaratiemogelijkheden voor verpleging en verzorging zijn in 2017 mogelijk op basis van twee bekostigingsmethoden.

1. De reguliere bekostiging.
2. Het experiment bekostiging verpleging en verzorging (het experiment zorgvernieuwing).

De bestreden prestaties zijn opgenomen in de beleidsregel van de reguliere bekostiging.

Beide bekostigingsmethodieken gelden als een tijdelijke methodiek. Momenteel wordt er gewerkt aan een nieuw bekostigingsmodel. Deze nieuwe bekostiging zou oorspronkelijk in 2016 worden ingevoerd. Dit traject is uitgesteld. Momenteel vindt nader onderzoek plaats waarna met het veld wordt gekeken naar de beste bekostigingsmethode. Tot die tijd is met de betrokken partijen afgesproken om zo min mogelijk wijzigingen door te voeren ten behoeve van rust voor de sector.

#### Ad 1. De reguliere bekostiging

Toen de bekostiging van verpleging en verzorging per 1 januari 2015 vanuit de AWBZ is overgeheveld naar de Zvw heeft de NZa van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op grond van artikel 7 Wmg een aanwijzing ontvangen om voor individueel toewijsbare verpleging en verzorging maximumtarieven vast te stellen en voor niet individueel toewijsbare verpleging en verzorging vrije tarieven.<sup>7</sup> De NZa heeft deze tarieven en bijhorende prestaties vastgesteld en vervolgens jaarlijks geïndexeerd.

De reguliere bekostiging bestaat per 1 januari 2017 uit de volgende tien prestaties:

1. Persoonlijke verzorging
2. Oproepbare verzorging
3. Verpleging
4. Oproepbare verpleging
5. Gespecialiseerde verpleging
6. Advies, instructie en voorlichting (AIV)
7. Ketenzorg dementie
8. Beloning op maat
9. Regionale beschikbaarheidsfunctie voor onplanbare zorg
10. Onderlinge dienstverlening

De eerste zes prestaties, ook wel de individueel toewijsbare prestaties genoemd, bestaan al vanaf 2015 en zijn begrensd op basis van tijdsduur. Voor deze prestaties geldt een maximumtarief.

<sup>7</sup> Staatscourant 2014, 21196. Aanwijzing van de minister van VWS van 16 juli 2014, kenmerk 378012-121397-MC.

Dit betekent dat de zorgaanbieder met de zorgverzekeraar kan onderhandelen over de tariefhoogte, binnen de grenzen van het door de NZa vastgestelde maximum. Ook de prestatie onderlinge dienstverlening, waarvoor een vrij tarief geldt is al vanaf 2015 in de bekostiging opgenomen.

Het contractvereiste voor de prestaties 'ketenzorg dementie' en 'regionale beschikbaarheidsfunctie voor onplanbare zorg' (de prestaties 7 en 9) worden in deze bezwaarprocedure betwist. Deze prestaties betreffen niet individueel toewijsbare verpleging en verzorging. Hiervoor gelden conform de aanwijzing van de minister vrije tarieven. Ook de prestatiebeschrijvingen zelf geven ruimte aan de zorgaanbieder en zorgverzekeraar om inhoud te geven aan de invulling van de prestaties. Vanwege de aard en inhoud van de prestaties en de geboden tariefruimte heeft de NZa het aanvullende vereiste gesteld dat deze prestaties alleen in rekening mogen worden gebracht als hier voorafgaand aan de declaratie een schriftelijke overeenkomst met een zorgverzekeraar aan ten grondslag ligt. Dit contractvereiste is neergelegd in artikel 5.4 van de nadere regel met kenmerk NR/REG-1709 (de nadere regel) en eveneens opgenomen in het bestreden besluit en staat in onderhavige procedure centraal.

Elke van de prestaties kent een andere achtergrond en tijdstip van inwerkingtreding die hierna kort wordt toegelicht.

#### *Prestatie 7 'Ketenzorg dementie'*

In artikel 4.1 van de beleidsregel wordt de prestatie 'ketenzorg dementie' als volgt omschreven:

*"De infrastructurale en personele voorzieningen om netwerkstructuren/ketens voor dementiezorg op te richten en/of in stand te houden."*

Op grond van artikel 5.4 van de nadere regel vindt de declaratie van de prestatie 'ketenzorg dementie', in afwijking van artikel 5.3, plaats op prestatieniveau. Dit houdt in dat de declaratie bestaat uit een overzicht van het aantal eenheden, het daarbij gehanteerde tarief en het totaalbedrag per prestatie per declaratieperiode.

Zoals omschreven in het bestreden besluit is het tarief van de prestatie 'ketenzorg dementie' vrij, als bedoeld in artikel 50, eerste lid, onder a, van de Wmg. Ook de eenheid waarin deze prestatie wordt gedeclareerd is vrij. De prestatie kan slechts in rekening gebracht worden voor zover voorafgaand aan de declaratie een schriftelijke overeenkomst is afgesloten tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder. De gecontracteerde zorgaanbieder declareert de prestatie dus alleen aan een zorgverzekeraar met wie een overeenkomst is gesloten.

De prestatie is in 2017 in de beleidsregel, nadere regel en tariefbeschikking van de verpleging en verzorging geïntroduceerd<sup>8</sup>, maar kon reeds sinds 2015 in rekening worden gebracht door zorgaanbieders bij zorgverzekeraars op grond van een experimenteerbeleidsregel 'Ketenzorg dementie Zvw' (BR/CU-7139).

<sup>8</sup> Circulaire van 29 juni 2016 met kenmerk CI/16/21c.

De netwerkstructuren van de ketenzorg voor dementie waren reeds voor die tijd, onder de AWBZ, als kleinschalig experiment opgebouwd en actief. Het gaat hierbij onder meer om de regiefunctie, coördinatie, etc. Het experiment diende ervoor dat deze netwerkstructuren ook onder de Zvw doorgang konden vinden. Onder de experimenteerbeleidsregel (2015-2016) konden partijen een tweezijdige aanvraag indienen bij de NZa met een experimenteervereenkomst waarin de uitwerking van de prestatie was opgenomen, alsmede het afgesproken tarief. De NZa gaf vervolgens een individuele beschikking af die diende als betaaltitel. Ketenzorg dementie werd onder de experimenteerbeleidsregel gedefinieerd als een kortdurend kleinschalig experiment met een samenhangend geheel van zorginspanningen dat door verschillende zorgaanbieders binnen een herkenbare regiefunctie wordt geleverd. Omdat het bij ketenzorg dementie niet gaat om zorg die aan een individuele verzekerde toewijsbaar is, vond de declaratie van de prestatie plaats op prestatieniveau in plaats van patiëntniveau.

De reguliere prestatie 'ketenzorg dementie' (2017) heeft dezelfde vorm als onder de experimenteerbeleidsregel het geval was. Dit betekent onder meer dat de prestatie een vrij tarief kent, er een contractvereiste geldt en de declaratie plaatsvindt op prestatieniveau. In de huidige beleidsregel wordt in de toelichting vermeld dat de daadwerkelijk aan de patiënt geleverde uren niet worden bekostigd met de prestatie ketenzorg dementie. De zorglevering aan individuele patiënten met dementie wordt bekostigd met de individueel toewijsbare prestaties voor verpleging en verzorging. De prestatie ketenzorg dementie is bedoeld om het samenhangende geheel van zorginspanningen dat door verschillende zorgaanbieders wordt geleverd te bekostigen. Zo kan er op regionaal/lokaal niveau invulling worden gegeven aan de zorgbehoefte van dementerenden en hun directe naasten. Bij ketenzorg dementie staat het patiëntproces centraal, wat blijkt uit de geformaliseerde afspraken tussen betrokken zorgaanbieders en verzekeraars over samenhang en continuïteit van de zorg. De kwaliteit van de netwerkstructuren is daarbij van belang en heeft invloed op de kwaliteit van leven van de patiënt. Partijen kunnen daartoe onder andere gebruik maken van de Zorgstandaard Dementie<sup>9</sup> en de veldnormen zoals opgenomen in het Toetsingskader 'Netwerkgzorg voor thuiswonende mensen met dementie en hun mantelzorgers' van de IGZ.<sup>10</sup>

De totstandkoming van het experiment en later de reguliere prestatie is in technische overleggen afgestemd met de verschillende brancheorganisaties, waaronder bezwaarde. Over de beleidsregel 'Ketenzorg dementie Zvw' heeft bezwaarde in 2015 aangegeven: *"Ook de inhoud van de Beleidsregel Ketenzorg dementie Zvw kan bij ons op draagvlak rekenen."*<sup>11</sup>

In 2016 heeft bezwaarde onder meer aangegeven dat:

*"ActiZ kan zich vinden in het voorstel om de prestatie ketenzorg dementie onderdeel te laten worden van de Beleidsregel Verpleging en Verzorging."*<sup>12</sup>

<sup>9</sup> Vilans en Alzheimer Nederland, *Zorgstandaard Dementie* (juli 2013).

<sup>10</sup> IGZ, *Netwerkgzorg voor thuiswonende mensen met dementie en hun mantelzorgers*, (juli 2013), Toetsingskader is te vinden op pagina 36.

<sup>11</sup> Brief van bezwaarde aan de NZa van 10 juni 2015 met het kenmerk HB/15u.0355.

<sup>12</sup> Reactie bezwaarde op technisch overleg van 26 april 2016.



*Prestatie 9 'Regionale beschikbaarheidsfunctie voor onplanbare zorg'*

In artikel 4.1 van de beleidsregel wordt de prestatie 'regionale beschikbaarheidsfunctie voor onplanbare zorg' als volgt omschreven: *"Het oprichten of in stand houden van infrastructurele en personele voorzieningen die nodig zijn om regionaal uitvoering te kunnen geven aan de ongeplande zorgtaak in de regio. Dit kan bestaan uit de componenten bereikbaarheid en/of beschikbaarheid."*

De prestatie is bedoeld om de infrastructurele en personele voorzieningen te bekostigen die nodig zijn om regionaal uitvoering te kunnen geven aan ongeplande zorgtaken in de regio. In de toelichting bij de beleidsregel wordt benadrukt dat het daarbij moet gaan om kosten die niet bekostigd worden vanuit de uren verpleging en verzorging (en dus niet om daadwerkelijk aan de patiënt geleverde zorguren). Het gaat daarbij niet alleen om kosten voor de beschikbaarheid, maar ook de bereikbaarheid. Hierbij kan worden gedacht aan het beschikbaar hebben van een telefoonlijn waarmee de zorgaanbieder 24/7 uur bereikbaar is of een vervoersmiddel dat wordt vrijgehouden voor acute ritten. Deze infrastructurele kosten kunnen sterk uiteenlopen, afhankelijk van bijvoorbeeld het aantal patiënten per instelling. Met de prestatie wordt aan zorgverzekeraars en zorgaanbieders de ruimte geboden om maatwerk te bieden en tegemoet te komen aan deze regionale variatie.

Op grond van artikel 5.4 van de nadere regel vindt de declaratie van de prestatie 'regionale beschikbaarheidsfunctie voor onplanbare zorg', in afwijking van artikel 5.3, plaats op prestatieniveau. Dit houdt in dat de declaratie bestaat uit een overzicht van het aantal eenheden, het daarbij gehanteerde tarief en het totaalbedrag per prestatie per declaratieperiode. Zoals omschreven in het bestreden besluit is het tarief van de prestatie vrij als bedoeld in artikel 50, eerste lid, onder a, van de Wmg. Ook de eenheid waarin deze prestatie wordt gedeclareerd is vrij.

De prestatie 'regionale beschikbaarheidsfunctie voor onplanbare zorg' kan slechts in rekening worden gebracht voor zover daartoe voorafgaand aan de declaratie een schriftelijke overeenkomst is afgesloten tussen een zorgverzekeraar en zorgaanbieder. De gecontracteerde zorgaanbieder declareert de prestatie regionale beschikbaarheidsfunctie voor onplanbare zorg aan een zorgverzekeraar met wie een overeenkomst is gesloten. De prestatie regionale beschikbaarheidsfunctie voor onplanbare zorg mag daarnaast alleen gedeclareerd worden als de zorgaanbieder tevens individueel toewijsbare verpleging en/of verzorging levert en declareert.

De prestatie is op aanwijzing van de staatssecretaris van VWS<sup>13</sup> in de tarieven voor het jaar 2016 voor het eerst geïntroduceerd.<sup>14</sup> Dit vanuit het idee meer vrije ruimte te bieden aan zorgaanbieders en zorgverzekeraars om buiten de individuele basisprestaties aanvullende afspraken te maken.

<sup>13</sup> Staatscourant 201, 20563. Aanwijzing van de staatssecretaris van VWS van 9 juli 2015, kenmerk 776202-137545-MC. De prestatie beloning op maat wordt in de aanwijzing omschreven als de prestatie 'prestatiebeloning'.

<sup>14</sup> Zie circulaire CI/15/36c 135439/192346 van 21 juli 2015, de beleidsregel Verpleging en verzorging, BR/CU-7138, de Nadere regel Verpleging en Verzorging, NR/CU-733 en de tariefbeschikking Verpleging en Verzorging, TB/CU-7119-01.

De minister heeft in de toelichting van de aanwijzing voorgeschreven dat voor het declareren van de prestatie een overeenkomst tussen de zorgaanbieder en zorgverzekeraar is vereist.

Voordat de NZa de prestatie heeft vastgesteld heeft de NZa in verschillende technische overleggen de inhoud van de (voorgenomen) prestatie met het veld besproken. Bezwaarde is, als brancheorganisatie van de zorgaanbieders, ook aangesloten bij deze technisch overleggen. Tijdens het technische overleg van 28 mei 2015 heeft bezwaarde opgemerkt dat een contracteerverplichting op de prestatie 'regionale beschikbaarheidsfunctie voor onplanbare zorg' dient te komen. Ook ZN heeft in dit overleg voor een contracteerverplichting gepleit.<sup>15</sup> De NZa heeft deze opmerkingen meegenomen in de uitwerking van de prestatie. Bezwaarde heeft daarnaast aangegeven dat de prestatie zo zou moeten worden vormgegeven dat verplicht wordt dat bij de inkoop hiervan door de zorgverzekeraars een representatiemodel gehanteerd wordt.<sup>16</sup> Omdat de NZa niet gaat over het wel of niet inkopen in representatie heeft de NZa dit voorstel niet overgenomen.

#### Ad 2. Het experiment bekostiging verpleging en verzorging

Zoals reeds aangegeven bestaat er naast de reguliere bekostiging ook een bekostigingsmogelijkheid op basis van een experiment. Ter volledigheid, wordt hier ook kort aandacht besteed aan het experiment bekostiging verpleging en verzorging. Tegen de tariefbeschikking Experiment bekostiging verpleging en verzorging (TB/REG-17610-01) loopt een separate bezwaarprocedure.

Op 9 juli 2015 heeft de NZa een aanwijzing van de staatssecretaris van VWS ontvangen waarin de NZa wordt opgedragen te voorzien in een experiment op grond van artikel 58 Wmg voor zorgvernieuwing.<sup>17</sup> De NZa heeft op basis van de aanwijzing per 1 januari 2016 de beleidsregel en prestatie/tariefbeschikking Experiment bekostiging verpleging en verzorging in laten gaan. Dit experiment is tevens in 2017 van kracht.<sup>18</sup>

Op basis van dit experiment krijgen de zorgaanbieders en zorgverzekeraars, in aanloop naar een nieuwe bekostiging, de mogelijkheid om een overeenkomst te sluiten waarin is bepaald dat van de door de NZa vastgestelde tarieven en prestaties voor verpleging en verzorging wordt afgeweken. In plaats daarvan kan een vast bedrag per patiënt worden gedeclareerd op basis van de samenstelling van de populatie. De hoogte van dit bedrag kunnen de zorgaanbieders en zorgverzekeraars vrij overeenkomen. Er is dus sprake van een vrij tarief. De declaratie op basis van gerealiseerde uren wordt, door instellingen die hiertoe een overeenkomst sluiten met de zorgverzekeraar, hiermee dus losgelaten. Zonder overeenkomst over de experimentprestatie zijn partijen gehouden aan de reguliere prestaties voor verpleging en verzorging en bijbehorende bepalingen in de regelgeving.

<sup>15</sup> Verslag technisch overleg van 28 mei 2015

<sup>16</sup> Schriftelijke inbreng bezwaarde bij technisch overleg van 28 mei 2015 en brief van bezwaarde aan de NZa van 10 juni 2015 met het kenmerk HB/15u.0355.

<sup>17</sup> Staatscourant 2015, 20563. Aanwijzing van de staatssecretaris van VWS van 9 juli 2015, kenmerk 776202-137545-MC.

<sup>18</sup> Circulaire van 29 juni 2016 met kenmerk CI/16/21c.

Voor de onderhavige bezwaarprocedure is relevant dat de prestaties ketenzorg dementie en regionale beschikbaarheidsfunctie onplanbare zorg, geen deel uitmaken van het hierboven omschreven experiment met een integraal tarief. De in het geding zijnde prestaties kunnen door een zorgaanbieder aanvullend op het afgesproken tarief van het experiment in rekening worden gebracht. Voorwaarde is wel dat hier een contract met een zorgverzekeraar aan ten grondslag ligt.

### **OORDEEL NZa**

Bezwaarde heeft de NZa – kort samengevat – verzocht het contractvereiste dat voor de prestaties ‘ketenzorg dementie’ en ‘regionale beschikbaarheidsfunctie voor onplanbare zorg’ dat in het bestreden besluit per individuele zorgaanbieder-zorgverzekeraarsrelatie geldt aan te passen naar een contractvereiste op basis van representatie waarbij elke zorgverzekeraar namens alle zorgverzekeraars een contract met een zorgaanbieder kan afsluiten. Het contractvereiste zoals nu in het bestreden besluit is opgenomen acht bezwaarde in strijd met artikel 11 en 13 Zvw, in strijd met het doel van het beleid en de algemene beginselen van behoorlijk bestuur.

Voordat de NZa op deze gronden ingaat merkt de NZa in zijn algemeenheid op dat op dit moment nader onderzoek plaatsvindt naar de verpleging en verzorging, waarna met het veld gekeken zal worden naar de beste bekostigingsmethode. Dit kan er toe leiden dat de bekostiging in de toekomst geheel wordt gewijzigd. Tot die tijd is de bekostiging van verpleging en verzorging in de Zvw nog gebaseerd op oude AWBZ-prestaties, aangevuld met onder andere de prestatie regionale beschikbaarheidsfunctie onplanbare zorg en de prestatie ketenzorg dementie. Vanuit dit perspectief heeft de NZa de door bezwaarde aangevoerde gronden tegen het bestreden besluit beoordeeld.

De NZa zal hieronder eerst ingaan op de door bezwaarde aangedragen gronden omtrent artikel 11 en 13 Zvw. Vervolgens bespreekt de NZa de gronden met betrekking tot het doel van het beleid en de algemene beginselen van behoorlijk bestuur, waarbij het voorstel van bezwaarde om het contractvereiste aan te passen aan de orde zal komen.

#### Artikel 11 en 13 Zvw

Bezwaarde voert, onder verwijzing naar verschillende uitspraken van het CBb over de huisartsentarieven en een uitspraak van de Hoge Raad, aan dat het contractvereiste voor de prestaties ‘ketenzorg dementie’ en ‘regionale beschikbaarheidsfunctie voor onplanbare zorg’ voor verzekerden leidt tot een ongelijke aanspraak op basis van de verzekering en de vrije artsenuitkeuze beperkt en om die reden zonder meer ontoelaatbaar is. Voorts voert bezwaarde aan dat het hanteren van een contractvereiste per verzekeraar in strijd is met de transparantieplichtingen waar verzekeraars zich aan behoren te houden. Bezwaarde stelt dat het onwaarschijnlijk is dat de verzekeraar deze informatie in de polisvoorwaarden zal opnemen. Ook zal de verzekerde uit zichzelf niet snel nagaan of beide prestaties door zijn zorgverzekeraar zijn ingekocht.

De NZa merkt in reactie hierop op dat een onderscheid dient te worden gemaakt tussen de mogelijkheid van een zorgaanbieder om prestaties in rekening te brengen bij de zorgverzekeraar (of rechtstreeks bij de patiënt) en het recht van de patiënt/verzekerde op een vergoeding van de zorgkosten bij de zorgverzekeraar. De prestaties waar het in casu over gaat zijn prestaties die op de achtergrond van de daadwerkelijke directe zorgverlening aan de patiënt plaatsvinden. De direct aan de patiënt gebonden zorg zelf zal, ongeacht de poliskeuze van de patiënt, voor de zorgaanbieder altijd declarabel zijn. Hiervoor kan de zorgaanbieder gebruik maken van de individueel toewijsbare prestaties (de prestaties 1 tot en met 6) of het experiment bekostiging verpleging en verzorging. Het zijn slechts de niet direct patiëntgebonden kosten die alleen declarabel zijn indien hiervoor een contract is afgesloten met een zorgverzekeraar. Dit levert geen strijd op met voornoemde artikelen uit de Zvw. Hieronder wordt dit nader toegelicht.

Zowel de prestatie 'ketenzorg dementie' als de prestatie 'regionale beschikbaarheidsfunctie voor onplanbare zorg' worden gedeclareerd op prestatieniveau en daarbij is de eenheid waarin deze prestaties gedeclareerd worden alsmede het bijbehorende tarief vrij. Vrije tarieven – in combinatie met open prestatiebeschrijvingen – bieden de benodigde flexibiliteit ten opzichte van maximumtarieven. Het nadeel van vrije tarieven is wel dat zij een 'open einde' hebben. Om enerzijds kosten beheersbaar te houden en anderzijds te zorgen voor goede en betaalbare verpleging en verzorging, is ervoor gekozen de zorgverzekeraars een rol te geven door aan het tarief de beperking te verbinden dat dit alleen in rekening kan worden gebracht als er sprake is van een overeenkomst met de zorgverzekeraar. Het contractvereiste is een effectief middel dat, op basis van de lokale situatie en in samenspraak met de zorgverzekeraars, vorm kan geven aan investeringen en verbeteringen van de verpleging en verzorging. Tevens blijft op deze wijze gewaarborgd dat de daarmee gepaard gaande kosten worden beheerst.

De prestatie 'ketenzorg dementie' wordt geleverd door een daartoe georganiseerd verband van zorgaanbieders, waar de wijkverpleging deel van uitmaakt. De prestatie 'ketenzorg dementie' faciliteert de bekostiging van reeds bestaande en nieuwe netwerkstructuren. Op regionaal/lokaal niveau kan invulling worden gegeven aan de zorgbehoefte van dementerenden en hun directe naasten. Ook hier geldt dat de zorglevering aan individuele patiënten met dementie wordt bekostigd met de individueel toewijsbare prestaties voor verpleging en verzorging. Dit betekent dat de zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden tegen een redelijke vergoeding geleverd kan worden. Het contractvereiste staat daar niet aan in de weg. Slechts het oprichten en instandhouden van de achterliggende samenwerkingsverbanden worden via de prestatie ketenzorg dementie bekostigd. Dit heeft, alhoewel een positief effect op de kwaliteit voor de zorg door nauwere samenwerking en overdracht tussen verschillende disciplines, geen gevolgen voor de daadwerkelijk door de patiënt te ontvangen verpleging en verzorging.

De prestatie 'regionale beschikbaarheidsfunctie voor onplanbare zorg' wordt eveneens gedeclareerd op basis van een overeenkomst tussen een zorgaanbieder en zorgverzekeraar. Dit sluit aan bij de bedoeling van de prestatie om per regio maatwerkafspraken te maken.

Zoals ook blijkt uit de aanwijzing, is deze prestatie bedoeld voor onplanbare zorgtaken, die niet al worden bekostigd binnen de uren (oproepbare) verpleging en verzorging. Gelet op de toelichting bij de beleidsregel (art. 4.1), gaat het dan niet om de bekostiging van de daadwerkelijk aan de patiënt geleverde uren zorg, maar voor het oprichten of in stand houden van infrastructurele en personele voorzieningen die nodig zijn om regionaal uitvoering te kunnen geven aan de ongeplande zorgtaak in de regio. Het gaat hier wederom om een infrastructuur die geen gevolgen heeft voor de daadwerkelijk door de patiënt te ontvangen verpleging en verzorging, maar die bij goed functioneren wel een positief effect op de kwaliteit van de zorg heeft. De daadwerkelijke uren verpleging en verzorging kan de zorgaanbieder zonder contract declareren middels de prestatie (oproepbare) verpleging en verzorging.

Voor beide prestaties geldt dan ook dat er geen sprake is van een hinderpaal voor de verzekerde om naar de zorgaanbieder van zijn voorkeur te gaan, nu het contractvereiste voor deze prestaties geenszins verhindert dat de zorg waar de patiënt om vraagt (te weten: zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden) door de verpleegkundige kan worden geleverd en worden gedeclareerd. De door de verzekerde ontvangen zorg zal met andere woorden (al dan niet deels) vergoed worden door de zorgverzekeraar aan de verzekerde op basis van de prestaties 1 tot en met 6 uit de huidige bekostiging of door gebruik van de bekostigingsmogelijkheden onder het experiment. De NZa heeft geen concrete informatie ontvangen dat de zorgverzekeraars in het geval van zorg geleverd door niet-gecontracteerde zorgaanbieders voor deze prestaties een dermate lage vergoeding bieden dat dit tot een hinderpaal leidt. Ook bezwaarde heeft een dergelijk signaal niet afgegeven. Dat zorgverzekeraars niet voldoen aan de transparantie-eisen is volgens de NZa om voornoemde reden onjuist. De verzekerde is zich er op basis van de polis immers van bewust of hij de zorg waar hij om vraagt (wijkverpleging) vergoed krijgt bij de betreffende aanbieder of niet.

Bezwaarde legt een relatie met de uitspraken van het CBb over de huisartsentarieven. In deze zaken stonden voor een aantal prestaties het contractvereiste zelf ter discussie en niet, zoals in casu het geval is, de vorm van het contractvereiste. Het CBb heeft over de tarieven van de huisartsenzorg geconcludeerd dat voor enkele prestaties het daaraan gekoppelde contractvereiste in strijd is met artikel 13 Zvw omdat de verzekerde in beginsel geacht wordt alle zorg, zoals huisartsen die plegen te bieden, af te kunnen nemen van één door hem gekozen huisarts, bij wie hij vaak duurzaam staat ingeschreven. Het CBb oordeelde, gelet op de bijzondere positie van de huisarts, dat ook als er geen contract is, een zorgverzekeraar een redelijke vergoeding voor de prestaties dient te betalen aan de door de verzekerde uitverkoren arts. Het wel of niet hebben van een contract mag daar niet aan in de weg staan. Dit was volgens het College onder de destijds geldende tariefbeschikking niet mogelijk.

Het beroep op en de verwijzing naar de uitspraken van de huisartsen gaat in het onderhavige geval niet op. Uit de uitspraak van het CBb volgt namelijk niet dat het contractvereiste nooit als voorschrift of beperking aan de vaststelling van een tarief of prestatiebeschrijving kan worden verbonden.

Wel volgt uit de uitspraak dat de NZa in strijd met artikelen 11 en 13 Zvw handelt 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. Dit is zoals hierboven reeds weergegeven niet het geval. De rol van een verpleegkundige en de relatie die een verpleegkundige heeft met een patiënt is daarnaast, naar het oordeel van de NZa, anders dan de rol en relatie die een huisarts met zijn patiënt heeft. De huisarts heeft zoals ook door het CBb is benadrukt een bijzondere rol, in die zin dat hij met een patiënt een exclusieve relatie heeft. Een patiënt kiest bewust voor een huisarts en schrijft zich ook bewust bij een huisarts in voor een totaal van huisartsenzorg. Een wijkverpleegkundige heeft een dergelijke positie niet (of minder).

#### Het doel van de beleidsregel en de algemene beginselen van behoorlijk bestuur

Bezwaarde merkt op dat het contractvereiste niet in de beleidsregel staat opgenomen. Alleen in de tariefbeschikking staat dit vereiste vermeld. Het contractvereiste/de tariefbeschikking werkt de regionale samenwerking tegen en volgt daarmee volgens bezwaarde niet het doel van de beleidsregel die erop is gericht juist regionale samenwerking te bevorderen. De bestreden beschikking is volgens bezwaarde dan ook op onzorgvuldige wijze tot stand gekomen, onevenredig nadelig voor de zorgaanbieder en daarmee tevens in strijd met de andere beginselen van behoorlijk bestuur.

In reactie op het door bezwaarde gestelde omtrent het contractvereiste en de conflicterende tekst uit de beleidsregel en de tariefbeschikking, merkt de NZa op dat van conflicterende regelgeving geen sprake is. De voorwaarde van het hebben van een contract is inderdaad niet opgenomen in de beleidsregel, maar in artikel 5.4 van de eerder genoemde nadere regel. In de nadere regel staan de algemeen verbindende voorschriften voor zorgaanbieders en zorgverzekeraars. Deze gaan bijvoorbeeld over de inrichting van de administratie en over declaraties. De beleidsregel geeft weer hoe de NZa omgaat met de haar bij wet geboden beleidsvrijheid en bindt alleen de NZa. Dat het contractvereiste in de beleidsregel niet wordt genoemd is dan ook logisch. Daarnaast geldt dat de bestreden prestaties regionale samenwerkingen stimuleren door, naast de basistarieven voor de individueel toewijsbare prestaties waarvoor een maximum geldt, afspraken hierover mogelijk te maken onder een vrij tarief met open prestatie. De prestaties geven volgens de NZa daarmee juist invulling aan het doel van het beleid; namelijk met maximale vrijheid kunnen komen tot regionale afspraken. De NZa is dan ook van mening dat het bestreden besluit niet strijdig is met het doel van de beleidsregel.

De NZa merkt op dat tijdens de hoorzitting aan bezwaarde is gevraagd waarom het contractvereiste nu pas bestreden wordt, terwijl deze prestatie niet nieuw is in het bestreden besluit. Bezwaarde gaf aan dat de problemen pas aan het licht komen nu de contractering voor 2017 is gestart. In de AWBZ waren de betreffende problemen er nog niet en bij de start van de wijkverpleging in de Zvw werd er nog ingekocht op basis van representatie. Nu dit representatiemodel beëindigd is, kiest niet iedere zorgverzekeraar er voor om de prestaties in te kopen.

De NZa leidt hier, en uit de andere aangevoerde bezwaargronden, af dat de door bezwaarde geconstateerde problematiek niet zozeer ziet op het wel of niet beschikbaar stellen van een prestatie en tarief door de NZa, maar op de rol die zorgverzekeraars hebben bij het vormgeven van deze prestatie en bijbehorend tarief. Alhoewel bezwaarde, gezien de vrijheid om de prestatie in te vullen en de ruimte die de tariefsoort biedt, begrip opbrengt voor deze rol, wil bezwaarde deze rol inperken. Als reden voert bezwaarde aan dat zorgverzekeraars de prestaties kunnen misbruiken om de regionale verbeteringen te bewerkstelligen op kosten van de individuele zorgaanbieders. De vraag die door bezwaarde wordt opgeroepen is of, door het contractvereiste, de belangen van de zorgaanbieder onvoldoende worden geborgd.

De NZa hecht er bij de beoordeling van dit bezwaar waarde aan dat bezwaarde voorafgaand aan het vaststellen van het bestreden besluit meermaals in de gelegenheid gesteld is haar zienswijze over de bestreden prestaties te geven. Het was bezwaarde zelf die heeft gepleit voor een contractvereiste voor de prestatie 'regionale beschikbaarheidsfunctie voor onplanbare zorg' en haar enthousiasme heeft uitgesproken voor de prestatie 'ketenzorg dementie'. Bezwaarde heeft tijdens het technisch overleg over de prestatie 'regionale beschikbaarheidsfunctie voor onplanbare zorg' wel al gepleit voor een representatiemodel voor de zorgverzekeraars. Dat het voorstel door de NZa niet wordt overgenomen is destijds aan bezwaarde medegedeeld en om goede reden gebeurd.

Het voorstel van bezwaarde komt neer op een vorm van collectief onderhandelen. Begin 2010 heeft de Autoriteit Consument & Markt<sup>19</sup> gepleit voor het verminderen van representatie door zorgverzekeraars omdat een representatiemodel haaks staat op de prestatiebekostiging. De prestatiebekostiging heeft immers tot doel concurrentie en marktwerking in de zorg te vergroten. Het collectief onderhandelen door zorgverzekeraars staat hier haaks op.<sup>20</sup> Sindsdien is het collectief inkopen van zorg door zorgverzekeraars geleidelijk in vrijwel alle zorgsectoren stop gezet. Voor de wijkverpleging gold in 2015 en 2016 nog een uitzondering. In het onderhandelaarsresultaat transitie verpleging en verzorging is destijds door het ministerie van VWS een tijdelijke uitzondering overeengekomen met de wijkverpleging.<sup>21</sup> De noodzaak voor deze uitzondering kwam voort uit de complexe transitie van meerdere stelsels (waaronder de overgang van de AWBZ naar de Zvw) en de daarbij komende volumerisico's. De Minister van VWS heeft hierbij echter nadrukkelijk aangegeven dat zij representatie als tussenstap zag naar het stelsel van de Zvw, waar in concurrentie zorg wordt ingekocht. De representatie gold zodoende – bij uitzondering – alleen voor de inkoop voor 2015 en voor de prestatie wijkgericht werken in 2016.

<sup>19</sup> Destijds nog de Nederlandse Mededingsautoriteit.

<sup>20</sup> Visiedocument NMa; Individueel en collectief onderhandelen tussen vrijgevestigde extramurale zorgaanbieders en zorgverzekeraars, december 2009 en Visiedocument NZa; Inkoopmacht en collectief onderhandelen, januari 2010.

<sup>21</sup> Bijlage bij brief van de staatssecretaris aan de Tweede Kamer van 28 maart 2014 over de transitie hervorming langdurige zorg, kenmerk 355051-119080-HLZ.

Representatie voor de nu bestreden prestaties is dus, gelet op bovenstaande, niet mogelijk. Dit zou immers de wettelijk geregelde vrije zorginkoop van de zorgverzekeraars doorbreken. Bovendien is de NZa ook niet bevoegd om een representatiemodel voor te schrijven. Het is de Autoriteit Consument & Markt die bepaalt of collectief onderhandelen door middel van representatie in een concreet geval door zorgverzekeraars is toegestaan.<sup>22</sup> Reeds om deze reden kan niet aan het verzoek van bezwaarde tegemoet gekomen worden. De NZa kan dan ook niet anders dan concluderen dat het door bezwaarde gedane alternatieve voorstel niet uitvoerbaar is. Het is de NZa die alle belangen dient af te wegen in haar besluitvorming en dit heeft de NZa naar haar mening zorgvuldig binnen de wettelijke kaders en mogelijkheden gedaan. Van onzorgvuldige besluitvorming is evenmin sprake. Hieronder wordt dit nader toegelicht.

Zoals de NZa al hierboven heeft opgemerkt, is het contractvereiste door de NZa op de bestreden prestaties bewust ingevoerd om de balans tussen de benodigde flexibiliteit en de kostenbeheersing (waaronder de vraag van noodzakelijkheid van de prestatie in een bepaalde regio) in evenwicht te houden. Door rekening te houden met regionale kenmerken kunnen maatwerkafspraken gemaakt worden, waarbij juist voor de zorgverzekeraar een grote rol is weggelegd omdat de zorgverzekeraar (samen met de zorgaanbieder) bij uitstek in kaart kan brengen wat de zorgkenmerken van een betreffende regio zijn. Dit ligt ook in lijn met de verdere ontwikkeling van de bekostiging, te weten bekostiging op basis van kwaliteit en vrijheid van zorginkoop, hetgeen met de invoering van de Wmg en de invoering van de prestatiebekostiging is geïntroduceerd. Het vereiste van een contract is door de staatssecretaris in de aanwijzing voor het vaststellen van bijvoorbeeld de prestaties 'regionale beschikbaarheidsfunctie voor onplanbare zorg' en 'beloning op maat' dan ook bewust voorgeschreven.

Ook het contractvereiste voor de prestatie ketenzorg dementie is, gezien de voorgeschiedenis van de prestatie onder het experiment Ketenzorg dementie niet meer dan logisch. De vormgeving van de prestatie is ten opzichte van het experiment niet gewijzigd en nog steeds vrij invulbaar en niet ingekaderd. Het contractvereiste wordt door de NZa ook gehanteerd bij andere samenwerkingsverbanden en ketenzorg waarbij een vrij tarief geldt.<sup>23</sup>

De vergelijking die bezwaarde maakt met de prestatie voor lachgassedatie in de integrale geboortezorg gaat volgens de NZa niet op. Voor deze prestatie/module geldt, anders dan de nu bestreden prestaties, geen vrij tarief en evenmin een open prestatiebeschrijving, maar een afgebakend kader. Het gaat om individueel toewijsbare zorg die per individuele verzekerde wordt gedeclareerd. Dat het contractvereiste van deze prestatie af is gehaald betekent dat ook niet dat dit ook bij de bestreden prestaties zou moeten gebeuren.

---

<sup>22</sup> Zie hiervoor ook het Advies Bekostiging verpleging en verzorging in de Zorgverzekeringswet van de NZa van februari 2015.

<sup>23</sup> Zie hiervoor bijvoorbeeld de beleidsregel Samenwerking ten behoeve van geïntegreerde Eerstelijnszorgproducten en de beleidsregel Integrale geboortezorg en de op basis van deze beleidsregels vastgestelde nadere regel en tarief/prestatiebeschikkingen.



Zoals de NZa ook op de hoorzitting heeft toegelicht, is het inkopen van de prestaties door de zorgverzekeraars niet verplicht. De zorgverzekeraar mag naar eigen inzicht zorg inkopen, zolang aan de zorgplicht wordt voldaan. Daar staat tegenover dat ook het aanbieden van de prestaties door de zorgaanbieder niet verplicht is. Dit wordt pas anders indien de zorgaanbieder hiertoe een contract sluit met de zorgverzekeraar. Het is aan de zorgaanbieder om er daarbij zorg voor te dragen dat de afspraken (waaronder het tarief) die in het contract neer worden gelegd passend en voor de zorgaanbieder uitvoerbaar zijn. Dergelijke contractonderhandelingen tussen de zorgaanbieder en de zorgverzekeraar betreffen een civiele aangelegenheid, waar de NZa geen partij bij is.

Bezwaarde voert aan dat een groot probleem van het contractvereiste is dat dit in de hand werkt dat de regionaal dominante zorgverzekeraar de betreffende prestatie inkoopt en de andere verzekeraars dit nalaten en per saldo gratis meeliften. Bezwaarde benadrukt dat het risico van meeliften voornamelijk wordt veroorzaakt door het onvermogen van de zorgaanbieders om de betreffende prestaties alleen voor de verzekerden van een bepaalde zorgverzekeraar aan te bieden. Dit is, aldus bezwaarde, voor de zorgaanbieder zowel inhoudelijk als administratief niet mogelijk.

De NZa merkt hierover het volgende op.

De declaratie van beide prestaties vindt plaats op prestatieniveau. Dit betekent dat er niet per individuele patiënt gedeclareerd wordt, maar dat er afspraken worden gemaakt over de levering en dat een lumpsumbedrag door de zorgaanbieder ontvangen wordt per contractjaar. De administratieve lasten die samenhangen met het organiseren van een keten en het beschikbaar zijn voor onplanbare zorg kunnen bovendien in de tariefonderhandelingen voor de betreffende prestaties door de zorgverzekeraar en zorgaanbieder meegenomen worden. De NZa acht de administratieve lasten van betreffende prestaties dan ook niet onredelijk.

Uit de monitor wijkverpleging – contracteerproces 2016<sup>24</sup> blijkt dat er veel verschillen bestaan tussen de zorgverzekeraars als het gaat om de inkoop van de betreffende prestaties. De NZa heeft geen concrete signalen ontvangen van zorgaanbieders dat de zorgverzekeraars geen contracten met de zorgaanbieders hebben afgesloten onder het idee dat er meegelift kan worden. Ook bezwaarde heeft geen concrete voorbeelden overgelegd waaruit meeliften door zorgverzekeraars op de contracten van andere zorgverzekeraars blijkt.

De NZa is, gelet op bovenstaande, van oordeel dat het bestreden besluit en het daaraan ten grondslag liggende beleid niet onredelijk zijn en tevens niet in strijd zijn met de door bezwaarde aangehaalde beginselen van behoorlijk bestuur. De NZa is dan ook van mening dat het contractvereiste voor de prestatie 'regionale beschikbaarheidsfunctie voor onplanbare zorg' en de prestatie 'ketenzorg dementie' rechtmatig is vastgesteld en bovenal niet in strijd is met artikel 11 en 13 Zvw.

---

<sup>24</sup> Monitor wijkverpleging – contracteerproces 2016, NZa juni 2016

Vervolgens moet nog worden beoordeeld of de NZa genoodzaakt is op grond van artikel 4:84 Awb wegens bijzondere omstandigheden af te wijken van de beleidsregel. Daarbij is van belang dat omstandigheden die in de beleidsregel zijn verwerkt, of daarin juist worden uitgezonderd, in het algemeen niet als bijzondere omstandigheid kunnen gelden. Bijzondere omstandigheden zijn niet aangevoerd, en ook niet uit eigen onderzoek van de NZa gebleken.

Voor zover de primaire beslissing niet voldoende is gemotiveerd wordt dit gebrek in deze beslissing op bezwaar hersteld met bovenstaande overwegingen.

### **CONCLUSIE**

Gezien het voorgaande verklaart de NZa het bezwaar ongegrond. Dit betekent dat het contractvereiste voor de prestatie 'regionale beschikbaarheidsfunctie voor onplanbare zorg' en de prestatie 'ketenzorg dementie' binnen de bestreden beschikking in de huidige vorm in stand blijft.

De NZa ziet in dat bezwaarde zich grote zorgen maakt. De NZa merkt in dit verband op dat zij de contracteringen nauw volgt en te allen tijde open staat om hierover in gesprek te gaan. De NZa zal bezwaarde en de overige deelnemers van het technisch overleg op korte termijn wederom uitnodigen om de bekostiging van de verpleging en verzorging in relatie tot het beleid voor 2018 te bespreken.

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