

AANVULLENDE GRONDEN VAN BEZWAAR

namens

**Stichting De Bevlogen Huisartsen en 129 individuele
huisartsen**

(de “**Huisartsen**”)

naar aanleiding van de

**Prestatie- en tariefbeschikking huisartsenzorg en
multidisciplinaire zorg 2023 - 23617-01**

(de “**Tariefbeschikking**”)

van de

de Nederlandse Zorgautoriteit

(de “**NZa**”)

Maverick Advocaten N.V.
mr. D.W.L.A. Schrijvershof
mr. A.J.H. Kingma
Barbara Strozzilaan 360
1083 HN Amsterdam

Groene Wegen B.V.
mr. P. Sippens Groenewegen
Lonbar Petriiaan 20
2015 EJ Overveen



MAVERICK

Competition | Regulation | Litigation

| | |
|--|-----------|
| I. INHOUD | |
| II. INLEIDING EN ACHTERGROND BEZWAAR | 3 |
| a. Context ontwikkeling huisartsenzorg: huisartsen moeten gedwongen steeds meer tijd voor de patiënt nemen | 3 |
| III. JURIDISCH KADER TARIEFBESCHIKKING | 7 |
| IV. TOTSTANDKOMING TARIEFBESCHIKKING ONZORGVULDIG | 10 |
| V. KOSTENONDERZOEK 2015 LEIDT NIET TOT KOSTENDEKKENDE TARIEVEN | 13 |
| a. Vergroting takenpakket huisartsen | 13 |
| b. Noodzakelijke toename duur consult | 24 |
| c. Langer wordende gemiddelde werkweek van de huisarts | 31 |
| d. Groei personele samenstelling en toename personeelskosten van huisartsenpraktijken | 32 |
| e. Toename huisvestingskosten | 34 |
| f. Conclusie | 37 |
| VI. NEGATIEVE GEVOLGEN BELEID NZA | 37 |
| VII. CONCLUSIE | 41 |



II. INLEIDING EN ACHTERGROND BEZWAAR

- (1) De Huisartsen hebben kennis genomen van de Prestatie- en tariefbeschikking huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg 2023 van de NZa d.d. 23 juni 2022 TB/REG-23617-01 (**BIJLAGE 1**) en de daarop volgende tariefbeschikkingen met beschikkingnummers TB/REG-23617-02 d.d. 21 juli 2022 (**BIJLAGE 2**) en TB/REG-23617-03 d.d. 27 september 2022 (**BIJLAGE 3**) ("**Tariefbeschikking**"). Deze laatste (derde versie van de) tariefbeschikking heeft de bezwaren van de Huisartsen niet weggenomen. De Huisartsen hebben op 3 augustus 2022 pro forma bezwaar ingesteld tegen de Tariefbeschikking (**BIJLAGE 4**). Per e-mail van 6 oktober 2022 stemde de NZa ermee in dat de aanvullende gronden van bezwaar uiterlijk 8 november 2022 zouden worden ingediend (**BIJLAGE 5**). Met dit aanvullende bezwaarschrift vullen de Huisartsen het pro forma bezwaarschrift aan. De Tariefbeschikking is niet zorgvuldig opgesteld en in strijd met artikel 50 Wet marktordening gezondheidszorg ("**Wmg**"), alsook met de algemene beginselen van behoorlijk bestuur.
 - (2) De Tariefbeschikking wordt op alle onderdelen gebaseerd op een fulltime werkzame huisarts-eigenaar (1 fte).¹ Uit de Tariefbeschikking, de Beleidsregel huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg 2023 met kenmerk BR/REG-23132a d.d. 27 september 2022 (**BIJLAGE 6**, de "**Beleidsregel**") en het bijbehorende Verantwoordingsdocument Toelichting op de berekening van de tarieven huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg (**BIJLAGE 7**, het "**Verantwoordingsdocument**") blijkt dat de NZa de tarieven voor huisartsenzorg heeft vastgesteld op basis van een praktijkkostenonderzoek huisartsen uit 2017 over data van 2015 (**BIJLAGE 8**, het "**Kostenonderzoek 2015**"). Kort gezegd kan de Tariefbeschikking niet in stand blijven, omdat deze is gebaseerd op omstandigheden én gegevens die inmiddels zeven jaar oud zijn. Het Kostenonderzoek 2015 is niet representatief voor de (kosten)situatie van huisartsenpraktijken in 2023 en het is onzorgvuldig om een ingrijpend besluit als de Tariefbeschikking daarop te baseren.
 - (3) Hoewel tarieven uit de Tariefbeschikking geïndexeerd zijn, kan dit onmogelijk de ontwikkeling van de daadwerkelijke kosten van de praktijkvoering van huisartsen in 2023 compenseren. De NZa gebruikt twee percentages om de tarieven jaarlijks aan te passen. Dit zijn de OVA² en CEP.³ Een jaarlijkse indexatie houdt geen enkele rekening met bijvoorbeeld (maar niet beperkt tot): (volume)groei van het aantal personeelsleden, vierkante meters aan huisvesting of ICT-apparatuur. Nog belangrijker is dat deze indexatie niet zorgspecifiek is en dat de belangrijkste kostenposten in de huisartsenzorg harder gestegen zijn dan de kosten in andere sectoren. Dat is hier het geval.
 - a. Context ontwikkeling huisartsenzorg: huisartsen moeten gedwongen steeds meer tijd voor de patiënt nemen
 - (4) Eén van de huisarts-specifieke ontwikkelingen die ten onrechte niet is betrokken in de toegepaste indexering, is de noodzaak voor huisartsen om in het kader van onder andere de juiste zorg op de juiste plek ("**JZOJP**") meer tijd voor de patiënt ("**MTVP**") vrij te maken. Dit bezwaarschrift moet daarom in deze context worden geïnterpreteerd. De huisarts staat als spil van de eerstelijnszorg onder grote druk.⁴ In de jaren na 2015 is door zowel het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport ("**VWS**") als de NZa ingezet op de JZOJP. Dit en andere ontwikkelingen maken dat huisartsen geen keuze hebben en MTVP moeten maken zodat er meer tijd aan de patiënt wordt besteed zonder dat daarmee in het betrokken tarief rekening is gehouden.
- Juiste zorg op de juiste plek – JZOJP**
- (5) Veranderingen in de invulling van de zorg in Nederland zijn nodig, omdat stijgende kosten, vergrijzing en personeelstekorten de kwaliteit en toegankelijkheid van het zorgstelsel onder druk

¹ Zie Praktijkkostenonderzoek huisartsen 2015, p. 6.

² Zie NZa, 'Wat is het prijsindexcijfer voor personele kosten?'. Te raadplegen via: www.nza.nl/documenten/vragen-en-antwoorden/wat-is-het-prijsindexcijfer-voor-personele-kosten.

³ Zie NZa, 'Wat is het prijsindexcijfer materiële kosten?'. Te raadplegen via: www.nza.nl/documenten/vragen-en-antwoorden/wat-is-het-prijsindexcijfer-materiele-kosten.

⁴ Integraal Zorgakkoord, p. 14.



zetten.⁵ In het regeerakkoord uit 2017 is daarom ingezet op verbetering van het stelsel.⁶ Het uitgangspunt hierbij is de JZOJP. De JZOJP is sinds 2017 (dus ruim na het Kostenonderzoek 2015) opgenomen in de strategische agenda van de NZa.⁷ De NZa geeft aan dat het op die manier een prominente plek heeft gekregen in het werkprogramma en de standpunten van de NZa. De essentie van de JZOJP is het voorkomen van (duurdere) zorg, verplaatsen van zorg (dichterbij mensen thuis) en het vervangen van zorg (door andere zorg zoals e-health). De NZa en ook VWS meldden dat huisartsen in het zorgstelsel met de functie van poortwachter daarbij een belangrijke zo niet cruciale rol spelen.⁸

- (6) De minister van VWS erkent ook dat met het uitvoeren van het beleid van JZOJP de druk op de huisarts zal toenemen.⁹ VWS beheert de website www.dejuistezorgopdejuisteplek.nl. Deze website staat geheel in het teken van de wijze waarop moet worden omgegaan met grote veranderingen in de zorg als gevolg van de JZOJP. Deze beweging is voortgekomen uit een rapport van een Taskforce onder leiding van VWS ("VWS Taskforce").¹⁰ De Taskforce stelt in haar rapport dat de zorg in Nederland op een slimmere manier kan worden ingericht om te voorkomen dat de kosten voor zorg blijven stijgen. De kern van meerwaarde van de JZOJP is volgens het Taskforce rapport "meer tijd voor de cliënt en de patiënt".¹¹ De Taskforce onderschrijft de ontwikkeling dat minder patiënten naar de tweede lijn moeten worden doorverwezen:

*"Door langere of meer consulten is er ruimte om te achterhalen wat mensen echt nodig hebben."*¹²

- (7) Daarnaast zet de VWS Taskforce in op een poortwachtersfunctie van de huisarts om belasting van de zorg in de tweede lijn te voorkomen. De huisarts moet wel voldoende tijd krijgen om deze taak naar behoren uit te kunnen voeren. Volgens de VWS Taskforce moet de huisarts meer tijd voor de patiënt nemen om de JZOJP te organiseren.

"In ons systeem is de functie van poortwachter, traditioneel verbonden aan de rol van de huisarts, belangrijk en bewezen. Van medicalisering en hospitalisering worden mensen immers niet per definitie beter en is de zorg soms onnodig en duur. Die poortwachtersfunctie moet een brede verantwoordelijkheid worden van de huisarts [...]. Dit vraagt van deze partijen meer tijd voor vroegsignalering van kwetsbaarheden, meer tijd om samen met mensen hun onderliggende behoefte te bepalen en meer tijd voor afstemming met professionals."

*Het functioneren van mensen centraal betekent ook meer tijd voor de patiënt[...]"*¹³ (onderstreping toegevoegd)

- (8) De VWS Taskforce concludeert ook dat er MTVP beschikbaar moet zijn. Daartoe stelde de VWS Taskforce als voorbeeld dat er onder andere minder patiënten per huisarts zouden moeten zijn.¹⁴ In

⁵ Kamerbrief minister van VWS 18 oktober 2021, kenmerk: 3220830-1012109-Z, p. 1. Te raadplegen via: open.overheid.nl/repository/ronl-640c4a7b-c579-476f-b544-c680ece9029e/1/pdf/voortgangsbrief-de-juiste-zorg-op-de-juiste-plek.pdf.

⁶ Regeerakkoord 2017-2021, 'Vertrouwen in de toekomst', p. 13. Te raadplegen via: open.overheid.nl/repository/ronl-20f5fe94-8f10-4370-8488-8d3ba568bb4c/1/pdf/Regeerakkoord%20Vertrouwen%20in%20de%20toekomst.pdf.

⁷ Zie Voortgangsrapportage 'De juiste zorg op de juiste plek', kenmerk 0330437/0509699. Te raadplegen via: puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_277322_22/1/.

⁸ Zie hiervoor bijvoorbeeld het IZA.

⁹ Kamerstukken II 2021-22, 33578, nr. 87, p. 2.

¹⁰ In deze Taskforce zaten experts uit verschillende disciplines, zoals hoogleraren, directeuren van zorgverzekeraars, directeuren van zorginstellingen en een vertegenwoordiger van een gemeente. Rapport van de Taskforce (2018), 'De juiste zorg op de juiste plek. Wie durft?'. Te raadplegen via: open.overheid.nl/repository/ronl-7241c365-d8f3-4eb0-befe-6de4dc088f60/1/pdf/de-juiste-zorg-op-de-juiste-plek.pdf.

¹¹ Rapport van de Taskforce (2018), 'De juiste zorg op de juiste plek. Wie durft?', p. 36. Te raadplegen via: open.overheid.nl/repository/ronl-7241c365-d8f3-4eb0-befe-6de4dc088f60/1/pdf/de-juiste-zorg-op-de-juiste-plek.pdf.

¹² Rapport van de Taskforce (2018), 'De juiste zorg op de juiste plek. Wie durft?', p. 13. Te raadplegen via: open.overheid.nl/repository/ronl-7241c365-d8f3-4eb0-befe-6de4dc088f60/1/pdf/de-juiste-zorg-op-de-juiste-plek.pdf.

¹³ Rapport van de Taskforce (2018), 'De juiste zorg op de juiste plek. Wie durft?', p. 40. Te raadplegen via: open.overheid.nl/repository/ronl-7241c365-d8f3-4eb0-befe-6de4dc088f60/1/pdf/de-juiste-zorg-op-de-juiste-plek.pdf.

¹⁴ Rapport van de Taskforce (2018), 'De juiste zorg op de juiste plek. Wie durft?', p. 40. Te raadplegen via: open.overheid.nl/repository/ronl-7241c365-d8f3-4eb0-befe-6de4dc088f60/1/pdf/de-juiste-zorg-op-de-juiste-plek.pdf. Dat is inmiddels deels gebeurd.



het rapport wordt ook gesteld dat het belangrijk is dat investeringen op de juiste plek terecht komen. De huisarts behoort tot deze categorie gezien de rol als poortwachter.

Bestuurlijk akkoord huisartsenzorg 2019 t/m 2022

- (9) JZOJP kan dus alleen maar volbracht worden als er MTVP gerealiseerd wordt. Ook in het Hoofdlijnenakkoord 2019 t/m 2022 (**BIJLAGE 9**, “HLA”) erkenden partijen dat de ontwikkelingen zoals vergrijzing, toenemende multi-morbiditeit en technologische ontwikkelingen vroegen om een verdere transformatie naar het leveren van JZOJP:

“c. Partijen van mening zijn dat demografische en maatschappelijke ontwikkelingen, zoals vergrijzing, toenemende multi-morbiditeit en technologische ontwikkelingen die op ons afkomen maar ook veranderende wensen die de samenleving stelt aan zorg en ondersteuning, vergaande aanpassingen vergen in de wijze waarop zorg en ondersteuning wordt geboden;

*d. Deze ontwikkelingen onder meer vragen om een verdere transformatie naar het leveren van de juiste zorg op de juiste plek door de juiste professional op het juiste moment en tegen de juiste prijs, met als uitgangspunt dat de patiënt minimaal even goede of zelfs betere zorg zal ontvangen. Partijen erkennen dat er binnen het stelsel volop ruimte is en blijft voor koplopers zowel aan de kant van de zorgaanbieders als aan de kant van de zorgverzekeraars;” (**BIJLAGE 9**, p. 1)*

- (10) Voor de huisartsenzorg betekende dit onder andere meer inzet van meer ondersteunend personeel én MTVP:

*“g. Binnen de huisartsenzorg gaat dit om onder andere taakherschikking door bijvoorbeeld een verpleegkundig specialist in te zetten in de praktijk of op de huisartsenpost, meer inzet van ondersteunend personeel zoals praktijkondersteuners somatiek en GGZ, meer inzet van praktijkmanagers die niet-patiëntgebonden taken van de huisarts kunnen overnemen zodat een huisarts zijn tijd vooral aan patiënten kan besteden, het verlagen van het aantal ingeschrevenen per huisarts, versterking van de organisatiegraad van de eerste lijn, het anders organiseren van spreekuren en de inzet van E-health waardoor patiënten niet langer voor een afspraak naar de praktijk hoeven en er ook zorg op afstand mogelijk is en er meer ingezet kan worden op zelfregie e.d.;" (**BIJLAGE 9**, p. 1-2) (onderstreping toegevoegd)*

- (11) Dit akkoord werd in juli 2018 ondertekend door de Landelijke Huisartsen Vereniging (“LHV”), InEen, Patiëntenfederatie Nederland, Zorgverzekeraars Nederland en de minister van VWS. Deze partijen erkennen aldus dat huisartsen voldoende tijd voor en met de patiënt moeten hebben om goede zorg te kunnen verlenen en hun poortwachtersrol te kunnen vervullen (**BIJLAGE 9**, p. 1 en 3).

“Partijen erkennen dat het belangrijk is dat de ervaren werkdruk onder huisartsen niet te hoog mag zijn en huisartsen voldoende tijd voor en met de patiënt hebben om goede zorg te kunnen verlenen en hun poortwachtersrol te kunnen vervullen. De doelstelling is dat de professional en de patiënt meer tijd en kwaliteit ervaren.” (onderstreping toegevoegd)

- (12) De JZOJP is aldus een ontwikkeling die ook om MTVP bij de huisarts vraagt (**BIJLAGE 9**, p. 2). Opvallend is dat de NZa moet beseffen dat MTVP in het Zorgakkoord 1e lijn 2014-2017 geen speerpunt was.¹⁵ Ook moet de NZa hebben beseft dat zowel de JZOJP-ontwikkeling en bijbehorende MTVP geen rol van betekenis speelden in 2015. Dit maakt dat deze zaken en hun impact op de huisartsenpraktijk in het NZa-praktijkkostenonderzoek huisartsen uit 2017 wat is gebaseerd op data 2015 niet – althans onvoldoende – is betrokken door de NZa.¹⁶

Monitor contractering huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg 2022

- (13) De NZa haalt in haar eigen monitor contractering huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg 2022 het concept MTVP meermaals aan. Zo schrijft de NZa onder andere:

“Het versnellingstraject in het kader van meer tijd voor de patiënt, dat bestuurlijk afgesproken is naar aanleiding van de midterm review, heeft tot doel om het aantal trajecten uit te breiden. Een aantal

¹⁵ Zie Onderhandelaarsresultaat eerste lijn 2014 tot en met 2017 (16 juli 2013). Te raadplegen via: www.eerstekamer.nl/overig/20130716/onderhandelaarsresultaat_eerste/document.

¹⁶ Zie Kostenonderzoek 2015 (**BIJLAGE 8**), p. 6: “De doelstelling van het onderzoek is het in kaart brengen van de opbrengsten, productie, praktijkkosten en tijdsbesteding van huisartsen over het onderzoeksjaar 2015.”



van de reeds lopende trajecten heeft positieve resultaten laten zien. Door de implementatie van Krachtige basiszorg (vier grote steden, kernwerkgebied Zilveren Kruis) ontstond meer tijd voor patiënten met complexe problematiek, werken professionals in de wijk vaker samen en is het werkplezier van de zorgverleners toegenomen. De trajecten in het kerngebied van VGZ hebben aantoonbaar geleid tot minder verwijzingen naar het ziekenhuis, minder diagnostiek, minder medicatiegebruik en toegenomen tevredenheid onder huisartsen en patiënten. Ondanks deze positieve resultaten vragen wij ons af of de uitbreiding van het aantal trajecten een toekomstbestendige manier is om meer tijd voor de patiënt in de huisartsenzorg te realiseren. De capaciteit aan huisartsen is immers beperkt en het veranderen van praktijkvoering is een tijdelijk proces. Onze aanbeveling aan zorgverzekeraars en zorgaanbieders is om bij het maken van afspraken aandacht te hebben voor de duur van het veranderingsproces, en of de benodigde financiering een tijdelijk of structureel karakter heeft.¹⁷ (onderstreping toegevoegd)

Integraal Zorgakkoord 2022

- (14) Ook in het Integraal Zorgakkoord 2022 (“IZA”) (**BIJLAGE 10**) is één van de grootste afspraken dat MTVP wordt vrijgemaakt.¹⁸ Zo wordt er in het Integraal Zorgakkoord het volgende beschreven:

*“Het water staat huisartsen en hun medewerkers aan de lippen. VWS, zorgverzekeraars en huisartsenpartijen zien de urgentie om de werkdruk op korte termijn te verlichten. Dat vraagt een andere organisatie van de zorg, waarover in deze en andere paragrafen afspraken worden gemaakt. Binnen de huisartsenzorg moeten instroom en doorstroom geoptimaliseerd worden. Huisartsen moeten ruimte in hun hoofd en in hun agenda hebben om de zorg voor hun patiënten goed te organiseren; het praktijkhouderschap moet aantrekkelijk blijven. Alle partijen zien in dit kader het belang van Meer Tijd Voor de Patiënt (MTVP) in de huisartsenpraktijk om de huisartsenzorg toekomstbestendig te houden. Meer tijd voor patiënten in het spreekuur en de praktijk is een middel waarmee verwijzingen naar de 2e lijn, medicatie en diagnostiek beperkt kunnen worden en de kwaliteit van zorg kan verbeteren. Het is daarmee in lijn met passende zorg en de doelstellingen van het IZA. Ook kan ‘onnodige’ huisartsenzorg worden vermeden als er betere doorverwijzing is naar het sociaal domein, welzijnswerk in de wijk en zelfzorg beter tot stand komt. Tegelijkertijd kan het helpen de werkdruk in de huisartsenzorg te verlagen en het werkplezier te verhogen. Bovendien leidt het tot meer tevredenheid bij de patiënten. Bij de totstandkoming van MTVP gaat het om een combinatie van maatregelen, zoals meer inzet van extra FTE huisarts of ander personeel, taakherschikking, optimalisatie van de praktijkvoering, vermindering van administratieve lasten, samenwerking met andere zorgprofessionals en met het sociaal domein en digitalisering. Over al deze onderwerpen worden in dit akkoord afspraken gemaakt. Vormgeving ervan kan per praktijk en regio verschillen maar mag niet leiden tot verschillen in het basisaanbod voor patiënten. LHV, InEen, ZN en VWS spreken af de komende jaren de implementatie van MTVP in de huisartsenpraktijk en betreffende huisartsenregio’s verder op te schalen[.]” (**BIJLAGE 10**, p. 66) (onderstreping toegevoegd)*

- (15) Onlangs bevestigde de minister van VWS in het kader van het IZA dat vanaf 2023 MTVP nog steeds hoog op de agenda’s van zowel zorgverzekeraars als huisartsen moet staan. In twee brieven (**BIJLAGE 11** en **12**) die de minister van VWS aan de LHV verstuurd werd dit als volgt omschreven:

“Elke zorgverzekeraar biedt huisartsen in de contractering voor 2023 ‘meer tijd voor de patiënt’ aan. Voor de landelijke opschaling is structureel geld beschikbaar in het huisartsenkader. En mocht het sneller kunnen dan de beoogde 4,3 miljoen patiënten per jaar, dan zijn er transitiemiddelen beschikbaar om dit te financieren. Huisartsen die meer tijd voor de patiënt willen en kunnen implementeren krijgen dus die mogelijkheid. Waar nodig krijgen huisartsenpraktijken en -organisaties ondersteuning om dit te realiseren.” (**BIJLAGE 11**, p. 2)

“Meer tijd voor de patiënt (MTVP) is van cruciaal belang voor de noodzakelijk transitie en verlaging van de werkdruk hetgeen niet alleen in uw belang is maar ook in het belang van alle patiënten. Zorgverzekeraars erkennen dit ook en MTVP wordt dan ook door alle zorgverzekeraars aangeboden in de contractering voor 2023.” (**BIJLAGE 12**, p. 2)

“Tegelijkertijd zullen extra middelen voor MTVP ook daadwerkelijk moeten leiden tot meer tijd in de spreekkamer.” (**BIJLAGE 12**, p. 2)

“MTVP moet de komende jaren verder worden opgeschaald. Dit past ook in de beweging die wij met het IZA willen maken.” (**BIJLAGE 12**, p. 2)

¹⁷ Zie NZa (31 maart 2022), ‘Monitor contractering huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg 2022’, p. 24. Te raadplegen via: puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_709222_22/1/.

¹⁸ Integraal Zorgakkoord, p. 14.



(16) Daarnaast geeft de minister van VWS aan dat het wijzigen van de bekostiging voor 2023 nog niet mogelijk zou zijn (**BIJLAGE 12**, p. 2). Het streven van het ministerie van VWS en de NZa is om het structureel onderbrengen van MTVP in de bekostiging van de huisartsenzorg per 2024 te realiseren (**BIJLAGE 12**, p. 2). De minister van VWS heeft aan de NZa gevraagd om te onderzoeken hoe de bekostiging vanaf 2024 kan worden aangepast zodat verdere opschaling van MTVP eenvoudiger wordt. Dit bevestigt dat de Tariefbeschikking momenteel niet op kostendekkende uitgangspunten is gebaseerd.

(17) Huisartsen zijn mede in het kader van JZOJP genoodzaakt meer MTVP te maken. Hier is in de Tariefbeschikking geen – althans onvoldoende – rekening mee gehouden.

III. JURIDISCH KADER TARIEFBESCHIKKING

(18) De NZa – en alleen de NZa – is verantwoordelijk voor kostendekkende tarieven. De NZa mag geen tarieven vaststellen die ertoe leiden dat noodzakelijke zorg niet kostendekkend kan worden uitgevoerd. De NZa is bovendien gehouden de algemene beginselen van behoorlijk bestuur na te leven in het kader van het opstellen van het besluit. Artikel 2:4 Awb en Hoofdstuk 3 van de Awb codificeren enkele algemene beginselen van behoorlijk bestuur. De NZa is onder meer gebonden aan:

- a. Het zorgvuldigheidsbeginsel. De NZa dient op grond van artikel 3:2 Awb een besluit zorgvuldig voor te bereiden en te nemen. Daartoe moet de NZa zorgvuldig onderzoek doen en de nodige kennis vergaren over de relevante feiten en de af te wegen belangen.
- b. Het evenredigheidsbeginsel. Krachtens artikel 3:4 Awb moet de NZa alle rechtstreeks bij het besluit betrokken belangen wegen en niet slechts de belangen die niet in het beleid verdisconteerd waren.
- c. Het motiveringsbeginsel. Uit artikel 3:46 Awb volgt dat de NZa haar besluiten begrijpelijk, deugdelijk en volledig moet motiveren.

(19) Aan de hand hiervan dient te worden getoetst of bestuursorganen hun besluiten zorgvuldig voorbereiden door onderzoek te doen naar feiten en belangen, de procedure op correcte wijze volgen en uiteindelijk een deugdelijk besluit nemen voorzien van een gedegen, begrijpelijke en logische motivering. Uit zowel i) vaste rechtspraak als uitlatingen van ii) de NZa zelf en iii) VWS blijkt dat de NZa kostendekkende tarieven moet vaststellen. Wanneer de NZa ontoereikende tarieven vaststelt, is dat o.a. in strijd met het zorgvuldigheidsbeginsel. Dat lichten wij hierna toe.

(20) Het is vaste rechtspraak dat de tarieven die de NZa vaststelt kostendekkend moeten zijn. Zo oordeelde het College van Beroep voor het bedrijfsleven ("**CBb**") in 2021 nog:

*"Zoals het College reeds vele malen heeft geoordeeld (zie onder meer de uitspraken van 18 juni 2009, ECLI:NL:CBB:2009:BJ0628 en BJ0630, 7 oktober 2010, ECLI:NL:CBB:2010:BO8107, 1 december 2015, ECLI:NL:CBB:2015:370 en meer recent 10 september 2019, ECLI:NL:CBB:2019:393) dienen de op grond van de Wmg vast te stellen tarieven dekking te geven aan redelijke kosten van zorg ("kostendekkendheid")."*¹⁹ (onderstreping toegevoegd)

(21) Alle tarieven die op grond van artikel 50 Wmg worden vastgesteld moeten redelijk en kostendekkend zijn. Dat geldt dus ook voor tariefbeschikkingen die zien op de huisartsenzorg. Dit werd overigens ook bevestigd door de Voorzieningenrechter:

*"Er moet echter wel sprake zijn van reële tarieven, waarbij rekening wordt gehouden met de sectorale uitvoeringswerkelijkheid, met de kostprijs van een redelijk efficiënt functionerend aanbieder, en waarbij de prijs niet zodanig laag mag zijn dat het ten koste gaat van de tijdige beschikbaarheid van voldoende, juiste en, kwalitatief hoogwaardige zorg."*²⁰ (onderstreping toegevoegd)

¹⁹ CBb 19 oktober 2021, ECLI:NL:CBB:2021:950, r.o. 4.1. Zie ook CBb 18 juni 2009, ECLI:NL:CBB:2009:BJ0628; CBb 7 oktober 2010, ECLI:NL:CBB:2010:BO8107; 1 december 2015, ECLI:NL:CBB:2015:370; en CBb 10 september 2019, ECLI:NL:CBB:2019:393.

²⁰ Rb. Den Haag, ECLI:NL:RBDHA:2020:544, r.o. 5.5.



- (22) Het CBb bepaalde ook dat de NZa op het punt van kostendekkendheid geen discretionaire ruimte heeft. Het ligt in de eerste plaats op de weg van de NZa om de kostendekkendheid aannemelijk te maken:

“Een zorgaanbieder die de kostendekkendheid betwist kan volstaan met het aanvoeren van feiten en omstandigheden die twijfel doen rijzen aan de zorgvuldigheid van de totstandkoming van het tarief of de draagkracht van de motivering (zie bijvoorbeeld de uitspraak van 18 september 2017, ECLI:NL:CBB:2017:310). Als de kostendekkendheid van een tarief in rechte gemotiveerd wordt bestreden ligt het in de eerste plaats op de weg van verweerster om aannemelijk te maken dat het vastgestelde budget voldoet aan het vereiste van kostendekkendheid.”²¹ (onderstreping toegevoegd)

- (23) De NZa heeft op grond van vaste rechtspraak een onderzoeksplicht om na te gaan of de tarieven die de NZa vast wil stellen kostendekkend zijn.²² Het CBb oordeelde over de toets waar de NZa aan moet voldoen wanneer zij een tariefbeschikking vaststelt:

“Zoals het College al vaker heeft overwogen zijn tarieven voor medisch specialistische zorg bedoeld om dekking te geven aan redelijke kosten van Wmg-zorg. Verweerster kan dergelijke tarieven op verschillende manieren vaststellen. Daarbij kunnen overwegingen over efficiëntie van instellingen, mede in het belang van de zorgvragers, een rol spelen. Het College is van oordeel dat tariefbeschikkingen zowel wat betreft de wijze van totstandkoming als wat betreft de uitkomst de rechtmatigheidstoets moeten kunnen doorstaan. Dat betekent dat de tarieven moeten steunen op een deugdelijk onderzoek en door middel van een rechtens aanvaardbare methode moeten zijn berekend. Vervolgens dient aannemelijk te zijn dat de tarieven daadwerkelijk kostendekkend zijn.”²³ (onderstreping toegevoegd)

- (24) De onderzoeksplicht van de NZa ziet dus zowel op i) de totstandkoming van de tarieven als ii) op de uitkomst van de tarieven. Op het proces van de totstandkoming van de tarieven zal in hoofdstuk IV worden ingegaan. Ten aanzien van de uitkomst van de tarieven geldt dat de eis van kostendekkendheid niet slechts geldt voor het totaal van de door de NZa vastgestelde prestaties, maar voor elk van de prestaties afzonderlijk. Zo oordeelde het CBb:

“De kostprijsgegevens die verweerster voor de tariefvaststelling heeft gebruikt, zijn afkomstig van een heterogene groep zorgaanbieders, waarbinnen de verdienmodellen en de kostenstructuren van ZBC's aanzienlijk verschillen van die van de ziekenhuizen. Aannemelijk is dat ziekenhuizen wezenlijk meer ruimte hebben om kosten op verschillende manieren toe te rekenen dan ZBC's. Die vrijheid bij de toerekening van kosten aan de diverse prestaties moet naar het oordeel van het College worden gezien als een risicofactor voor de betrouwbaarheid van de door de ziekenhuizen geleverde kostprijsgegevens. Een pro-rato-toerekening levert immers geen werkelijke kostprijzen voor (categorieën van) verrichtingen op.”

[...]

“Met betrekking tot de kostendekkendheid van de tarieven acht het College relevant dat verweerster niet heeft weersproken dat appellanten onder de thans aan de orde zijnde tarievenstructuur (2016) bóven de maximumtarieven hebben gecontracteerd met de zorgverzekeraars, terwijl zij in het verleden contracteerden op bedragen die ongeveer 15% ónder de maximumprijs lagen. Dit is te meer opmerkelijk omdat van appellanten, als zelfstandige behandelcentra (ZBC's) die zich op een beperkt aantal prestaties hebben toegelegd, nu juist zou mogen worden verwacht dat zij de door hen geboden zorg goedkoop en efficiënt kunnen leveren, en omdat de zorgverzekeraars in het algemeen niet snel bereid zijn om bóven het maximumtarief te contracteren als daar geen specifieke reden voor is, waarvan in dit geval niet is gebleken.”²⁴ (onderstreping toegevoegd)

- (25) Dat de eis van kostendekkendheid voor elke afzonderlijke prestatie geldt is ook logisch en redelijk nu niet elke zorgaanbieder dezelfde prestaties in dezelfde mate levert. De ZBC's en ziekenhuizen in bovengenoemde uitspraak richtten zich niet steeds op dezelfde prestaties. Voor zover de NZa zich op het standpunt stelt dat tarieven niet voor iedere afzonderlijke aanbieder kostendekkend hoeven te zijn, geldt dat de Voorzieningenrechter bepaalde:

²¹ CBb 19 oktober 2021, ECLI:NL:CBB:2021:950, r.o. 4.1.1.

²² CBb 18 september 2017, ECLI:NL:CBB:2017:310, r.o. 8.

²³ CBb 18 september 2017, ECLI:NL:CBB:2017:310, r.o. 8.

²⁴ CBb 18 september 2017, ECLI:NL:CBB:2017:310, r.o. 10.4.



“DJI hoeft geen tarieven te bieden die voor elke aanbieder kostendekkend zijn, zoals zij terecht heeft opgemerkt. Dan zou de duurste aanbieder de maatstaf worden, en zou elke prikkel om efficiënt te werken verdwijnen. Er moet echter wel sprake zijn van reële tarieven, waarbij rekening wordt gehouden met de sectorale uitvoeringswerkelijkheid, met de kostprijs van een redelijk efficiënt functionerend aanbieder, en waarbij de prijs niet zodanig laag mag zijn dat het ten koste gaat van de tijdige beschikbaarheid van voldoende, juiste en, kwalitatief hoogwaardige zorg.”²⁵ (onderstreping toegevoegd)

- (26) De Huisartsen zijn redelijk efficiënt functionerende aanbieders. De huisartsenzorg is de basis van de gezondheidszorg in Nederland. Voor maar 15 euro per maand kunnen 17 miljoen mensen dagelijks bij de huisarts terecht. De huisarts en het huisartsteam lossen 94% van de vragen en klachten van patiënten zelf op – zelfs onder moeilijke omstandigheden zoals tijdens de Coronacrisis. Toch bedragen de totale kosten van de huisartsenzorg slechts 6% van de totale zorgkosten in Nederland.²⁶
- (27) De Huisartsen kunnen o.a. zo efficiënt werken doordat veel van hun werk gebaseerd is op de standaarden van het Nederlands Huisartsen Genootschap (“NHG”), waardoor steeds de op dit moment als beste zorg geldende zorg wordt geleverd. Daarnaast werken de huisartsen volledig geautomatiseerd, waardoor bijvoorbeeld ook het voorschrijven volgens de richtlijnen gebeurt (zogenaamd elektronisch voorschrijfsysteem EVS). Dat blijkt ook uit het alsnog verder afnemen van het aantal voorschriften, dit in weerwil van veel protocollair voorgeschreven geneesmiddelen (bijvoorbeeld het standaard voorschrijven van cholesterolverlagers (statines) bij hart- en vaatziekten en diabetes):

Tabel 16 Percentage patiënten met minimaal één voorschrift bij de huisarts per jaar, naar leeftijdsgroep, 2016-2020

Percentage patients with at least one drug prescription per year, 2016-2020

| in % | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 |
|----------------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| Leeftijdscategorie: | | | | | |
| 0 t/m 4 jaar | 56,4 | 51,9 | 55,3 | 57,5 | 46,8 |
| 5 t/m 17 jaar | 51,4 | 47,2 | 50,0 | 49,2 | 44,1 |
| 18 t/m 44 jaar | 64,6 | 61,7 | 63,1 | 63,9 | 60,0 |
| 45 t/m 64 jaar | 75,7 | 74,4 | 75,3 | 74,9 | 72,6 |
| 65 t/m 74 jaar | 88,3 | 88,2 | 88,3 | 88,2 | 86,8 |
| 75 t/m 84 jaar | 94,3 | 94,1 | 94,4 | 94,2 | 93,7 |
| 85 jaar en ouder | 95,8 | 95,0 | 95,9 | 96,3 | 96,1 |
| Totaal | 70,1 | 67,8 | 69,2 | 69,6 | 66,3 |

© Nivel Zorgregistraties Eerste Lijn

- (28) Voor zowel de chronische zorg als de ouderen-, jeugd- en psychische zorg wordt door de Huisartsen veel gebruik gemaakt van ondersteuning door (goedkoper) personeel zoals de POH-GGZ, POH-somatiek, POH-jeugd en POH-ouderen. Steeds meer in opkomst zijn daarnaast de spreekuurondersteuner huisartsen (SOH), de Verpleegkundig Specialist (VS) en de Physician Assistent (PA). De Huisartsen kunnen zo steeds meer zorg uit de tweede lijn overnemen tegen een veel lagere kostprijs. Er moet aldus van worden uitgegaan dat de Huisartsen redelijk efficiënt functionerende aanbieders zijn. Deze Huisartsen moeten kostendekkend kunnen werken. Dat kunnen de Huisartsen door de Tariefbeschikking niet en dat is onzorgvuldig.
- (29) Het vaststellen van niet-kostendekkende tarieven is bovendien niet alleen in strijd met het zorgvuldigheidsbeginsel, maar ook met de zorgplicht. Als de NZa een tariefbeschikking vaststelt die aanbieders ertoe dwingt om onder de kostprijs te werken, is dit in strijd met artikel 11 (en 13) van

²⁵ Rb. Den Haag, ECLI:NL:RBDHA:2020:544, r.o. 5.5.

²⁶ Zie LHV 'Over de huisarts'. Te raadplegen via: www.lhv.nl/opkomen-voor-uw-belangen/over-de-huisarts.



de Zorgverzekeringswet ("Zvw"). Zo oordeelde het CBB over de door de NZa vastgestelde tariefbeschikking voor huisartsenzorg:

"Artikel 13 Zvw strekt er primair toe 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 dat verweerster, 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. Het College vindt voor dit oordeel ook steun in het door appellante aangehaalde 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."²⁷ (onderstreping toegevoegd)

(30) Als de Huisartsen geen reële en kostendekkende vergoeding ontvangen voor de zorg die zij leveren, kunnen de Huisartsen ook de zorgplicht die op zorgverzekeraars rust niet uitvoeren. De NZa hoort toezicht te houden op de zorgplicht en handelt in strijd met artikel 11 (en 13 Zvw) als een tariefbeschikking wordt vastgesteld die geen "redelijke vergoeding" aan de Huisartsen bieden voor het leveren van huisartsenzorg.

(31) Onlangs bevestigde minister Kuipers (VWS) nogmaals het belang van kostendekkende tarieven in de huisartsenzorg.

"Allereerst wil ik ervoor waken dat de huisartsenzorg nog verder onder druk komt te staan. Tegelijkertijd is het met de grote maatschappelijke opgaven niet te voorkomen dat er extra taken bij de huisartsenzorg komen te liggen. Deze taken moeten echter wel passen bij de kerntaken van de huisartsenzorg. Tegenover eventuele extra taken moet ook staan dat de huisarts bepaalde zaken niet (meer) doet, bijvoorbeeld omdat deze door een andere zorgverlener kunnen worden opgepakt of omdat een ondersteunende organisatie werk uit handen van de huisarts kan nemen. Huisartsen moeten een kostendekkend tarief krijgen voor de activiteiten die zij doen. In de bekostiging van de huisartsenzorg wordt hiermee rekening gehouden door de Nederlandse Zorgautoriteit. Zij indexeren de tarieven, kunnen indien nodig nieuwe prestaties toevoegen en herijken de maximumtarieven met regelmaat."²⁸ (onderstreping toegevoegd)

(32) De NZa miskent zaken als de hogere eisen aan ICT, de behoefte aan meer praktijkruimte (nog los van de gestegen huurprijzen) en de extra inzet van doktersassistentes (+10,5%).²⁹ Het alleen indexeren geeft geen toereikende compensatie voor de gestegen kosten en toegenomen verantwoordelijkheid van de praktijkhoudende huisarts. Waar in het Kostenonderzoek in 2015 nog uitgegaan wordt van een schaal BBRA 14 is het huidige takenpakket van de huisarts dat niveau al lang ontstegen. Dat wordt hierna uitvoerig toegelicht.

IV. TOTSTANDKOMING TARIEFBESCHIKKING ONZORGVULDIG

(33) De NZa is niet alleen gehouden om reële, kostendekkende tarieven vast te stellen. De NZa moet er ook voor zorgen dat de tarieven op een rechtmatige wijze tot stand zijn gekomen. Zo oordeelde het CBB:

"Het College is van oordeel dat tariefbeschikkingen zowel wat betreft de wijze van totstandkoming als wat betreft de uitkomst de rechtmatigheidstoets moeten kunnen doorstaan. Dat betekent dat de tarieven moeten steunen op een deugdelijk onderzoek en door middel van een rechtens

²⁷ CBB 1 december 2015, ECLI:NL:CBB:2015:370, r.o. 4.3.3.

²⁸ Kamerstukken II, 2021-2022, vragen: Antwoorden op Kamervragen van het lid Hijink (SP) over het bericht 'Wat gaat er mis in de wereld van de huisartsen? Waarom stoppen er zoveel?' (2022Z07665 ingezonden 15 april 2022), p. 5.

²⁹ Het gaat om 0,12 fte meer. Dit is berekend als 10,5% (van 0,57 per 1.000 uit het Kostenonderzoek 2015 (Productie 8) naar 0,63 per 1.000 uit Nivel (oktober 2022), 'Inzicht in de rol en positie van doktersassistenten in Nederland in 2022'). Te raadplegen via: <https://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/1004259.pdf>.



aanvaardbare methode moeten zijn berekend. Vervolgens dient aannemelijk te zijn dat de tarieven daadwerkelijk kostendekkend zijn.³⁰ (onderstreping toegevoegd)

- (34) De Nederlandse huisartsenzorg staat wereldwijd hoog aangeschreven, niet in de laatste plaats door de zorgstandaarden van het NHG. Deze zorgstandaarden komen steeds tot stand door het zoeken naar de optimale zorg, zoveel mogelijk gebaseerd op de laatste wetenschappelijke inzichten en *expert opinions*. De standaarden beschrijven daarmee niet de werkelijkheid, maar de gewenste situatie. Huisartsen moeten zich hier aan houden.
- (35) Bij de Tariefbeschikking zit dit anders. Deze is niet gebaseerd op wat de wenselijke situatie is, maar is gebaseerd op een kostenonderzoek naar de feitelijke situatie van, in dit geval, acht jaar geleden (2015). De daadwerkelijke uitgaven worden in hoge mate beïnvloed door juist de tarieven van de NZa, immers: meer uitgeven dan de vergoeding toelaat is bedrijfseconomisch niet houdbaar voor de huisarts. Met een kostenonderzoek kan dus per definitie niet gekomen worden tot een bekostiging die de kosten van de gewenste invulling (door inachtneming van zorgstandaarden) van de huisartsenzorg in 2023 e.v. kan dekken. De Tariefbeschikking houdt met deze weeffout geen rekening. De Tariefbeschikking suggereert gebaseerd te zijn op onderzochte kosten zonder de invloed van de vaststelling van de tarieven te verdisconteren. Zo geven huisartsen en doktersassistenten desgevraagd aan Nivel aan dat zij 1,6 fte assistente per normpraktijk nodig hebben, waar de Tariefbeschikking uitgaat van 1,19 fte.³¹
- (36) Wat daar ook van zij, de NZa heeft géén deugdelijk onderzoek verricht om te komen tot de Tariefbeschikking. Zo heeft de NZa om tot de Tariefbeschikking te komen geen relevant kostprijsonderzoek verricht. Het enige onderzoek waar de Tariefbeschikking op is geënt, is het Kostenonderzoek 2015. Dat is een praktijkkostenonderzoek huisartsen uit 2017 over data van 2015. De NZa beaamt dit zelf in het Verantwoordingsdocument. Dit is de bijlage bij de Beleidsregel.

*“De NZa hanteert binnen de huisartsenzorg als uitgangspunt dat de tarieven, of onderdelen van de tarieven, onderbouwd worden op basis van de werkelijke historische kosten uit het meest recente beschikbare boekjaar van een geselecteerde groep zorgaanbieders. Voor een groot deel baseert de NZa de maximumtarieven huisartsenzorg daarom op het meest recente onderzoek naar kosten, opbrengsten en productie van huisartsenpraktijken in 2015.”*³²(onderstreping toegevoegd)

- (37) Dat betekent dat de NZa in de Tariefbeschikking afgaat op data van acht jaar oud. De NZa heeft op geen enkele manier aangetoond in de Tariefbeschikking of onderliggende documenten dat deze acht jaar oude data nog steeds voldoende relevant, bruikbaar en van toepassing zijn op huisartsen (waaronder de Huisartsen) anno 2023 e.v. Het is immers zonneklaar dat het zorgstelsel en met name de huisartsgeneeskundige zorg in de afgelopen jaren fors, zo niet drastisch is veranderd. Zowel in 2015 als 2017 was MTVP niet een cruciaal onderdeel van de huisartsenzorg. In 2018 e.v. werd het dat wel. Daarmee is de kern van de huisartsenzorg geheel anders dan waar het Kostenonderzoek 2015 vanuit gaat. Alleen dit al maakt de totstandkoming van de Tariefbeschikking onzorgvuldig.
- (38) De NZa geeft aan dat een kostenonderzoek eens in de vier-vijf jaar wordt gedaan.³³ In november 2019 schreef de NZa in een beslissing op bezwaar tegen de tariefbeschikking huisartsenzorg 2020: “Voor de huisartsenzorg vindt naar verwachting over twee of drie jaren een nieuw kostenonderzoek plaats.”³⁴ Dit zou betekenen dat de NZa uiterlijk in 2020 (vier-vijf jaar) onderzoek had moeten doen;

³⁰ CBB 19 oktober 2021, ECLI:NL:CBB:2021:950, r.o. 4.1.1. Zie bijvoorbeeld ook CBB 18 september 2017, ECLI:NL:CBB:2017:310, r.o. 8.

³¹ Zie Nivel (oktober 2022), ‘Inzicht in de rol en positie van doktersassistenten in Nederland in 2022’, p. 18. Te raadplegen via: <https://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/1004259.pdf>.

³² Zie Verantwoordingsdocument, p. 2.

³³ Zie NZa (7 november 2019), Beslissing op bezwaar Huisartsenpraktijk Sluis, p. 3. Te raadplegen via: puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_295537_22/1/.

³⁴ Zie NZa (7 november 2019), Beslissing op bezwaar Huisartsenpraktijk Sluis, p. 3. Te raadplegen via: puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_295537_22/1/



zonder nadere toelichting verlengt de NZa die langst mogelijke periode met nog eens twee jaar. Zelfs in het zeer opgerekte scenario van de NZa had in 2022 nieuw kostenonderzoek moeten plaatsvinden. De NZa had echter al veel eerder moeten inzien dat de kosten wezenlijk waren veranderd in de jaren na 2015 (MTVP bijvoorbeeld) en veel eerder een nieuw kostenonderzoek moeten doen, ten laatste in 2018. Dit heeft de NZa nagelaten en dat gaat zelfs vijf jaar te laat worden in de onzorgvuldige planning van de NZa. Nu vaart de NZa bij de Tariefbeschikking op data uit het jaar 2015. Er is in de tussentijd geen nieuw kostprijsonderzoek geweest en gepubliceerd.³⁵ Van een deugdelijk onderzoek is kortom geen sprake geweest. Er is namelijk geheel geen recent onderzoek uitgevoerd naar de uitwerking van de Tariefbeschikking op huisartsen anno 2023. Waar de NZa uitgaat van een interval van vier tot vijf jaar, moeten de Huisartsen het doen met een tijdsperiode van twee keer zo lang: eens in de negen of tien jaar. De NZa handelt daarmee niet alleen op zichzelf onzorgvuldig maar ook in strijd met haar eigen beleid.

- (39) De NZa zelf is te allen tijden verantwoordelijk voor het vaststellen van kostendekkende tarieven. Dit is onlangs nog bevestigd door het CBb.³⁶ Het CBb oordeelde dat de NZa zelf een inhoudelijke beoordeling van de kostendekkendheid moest maken.

“De omstandigheid dat de aanvraag van 15 januari 2020 een tweezijdige aanvraag is van appellante en Zilveren Kruis gezamenlijk betekent dus niet dat verweerster een inhoudelijke beoordeling van de kostendekkendheid van het aangevraagde budget, aan de hand van de regels van de Beleidsregel, achterwege kon laten. Hoewel dat al volgt uit de opdracht die de wetgever in de artikelen 16, aanhef en onder a, en nader uitgewerkt in 50 tot en met 55 van de Wmg aan verweerster heeft gegeven, volgt het specifiek voor dit budget ook uit artikel 4.1.2.1 van de Beleidsregel. Voor zover verweerster stelt dat zij bij een tweezijdige aanvraag enkel de taak zou hebben vast te stellen of die aan de vereisten voldoet om in behandeling te worden genomen en verder ervan uit mag gaan dat het gevraagde budget wel toereikend zal zijn, miskent verweerster haar wettelijke taak.”³⁷

- (40) Anders gezegd, de NZa kan bij de totstandkoming van de Tariefbeschikking zich niet verschuilen achter zaken zoals bijvoorbeeld het uitgekauwde excuus van ‘Corona’. Er is simpelweg geen excuus voor het jarenlang negeren van de ingrijpende verandering in de kosten van huisartsen.

- (41) De NZa zal steeds inhoudelijk moeten ingaan op hetgeen gemotiveerd wordt gesteld door zorgaanbieders zoals de Huisartsen. Zo oordeelde het CBb eerder dat hoewel de NZa in (nauw) overleg met brancheorganisaties een tariefbeschikking had ontwikkeld, deze niet in stand kon blijven:

“Verweerster stelt dat zij bij de vaststelling van de tarieven zorgvuldig te werk is gegaan. Zij heeft het nieuwe kostprijsmodel in nauw overleg met de brancheorganisaties ontwikkeld. Ook de keuze voor de mediaanmethode is zorgvuldig gemaakt en aan de brancheorganisaties toegelicht.”³⁸

[...]

“Verweerster betwist dat zij de HHM-norm niet had mogen gebruiken. Zij stelt dat de HHM-norm een methode is om het productievolume te bepalen. Verweerster heeft met brancheorganisaties overlegd of en hoe er onderzoek naar de HHM-norm zou worden gedaan.”³⁹

[...]

Ten aanzien van het uitsluiten van eenmalige kosten en de toerekening van de indirecte kosten overweegt het College dat appellanten vragen hebben opgeworpen die naar het oordeel van het College door verweerster niet afdoende zijn beantwoord, nu verweerster zich bij die beantwoording

³⁵ Zie De Dokter (1/2022), ‘LHV Zet in op nieuw Hoofdlijnenakkoord zorg – ‘Stel huisartsen in staat om op een gezonde manier praktijk te voeren’’, p. 6. Te raadplegen via: lhv.nl/wp-content/uploads/2022/02/Artikel-bekostiging-HLA-feb-2022.pdf.

³⁶ CBb 19 oktober 2021, ECLI:NL:CBB:2021:950.

³⁷ CBb 19 oktober 2021, ECLI:NL:CBB:2021:950, r.o. 4.1.4.

³⁸ CBb 14 juli 2016, ECLI:NL:CBB:2016:180, r.o. 5.

³⁹ CBb 14 juli 2016, ECLI:NL:CBB:2016:180, r.o. 5.



baseert op de mening van de brancheorganisaties en niet inhoudelijk ingaat op de door appellanten aangedragen punten.⁴⁰

V. KOSTENONDERZOEK 2015 LEIDT NIET TOT KOSTENDEKKENDE TARIEVEN

(42) In de jaren 2015 tot en met 2023 is er, zoals gezegd, veel gebeurd dat maakt dat het Kostenonderzoek 2015 (en daarmee de Tariefbeschikking) achterhaald is.

(43) Niet alleen de (huisartsen)zorg, maar tal van zaken waaronder de demografische samenstelling en de sociaal economisch situatie in Nederland zijn sinds het laatste kostenonderzoek uit 2015 fors en duurzaam gewijzigd. De tarieven zijn weliswaar geïndexeerd door de NZa, maar een kostenonderzoek of anderszins gedegen inhoudelijke afweging om rekening te houden met alle wijzigingen die zich sinds 2015 voltrokken is nauwelijks gemaakt. Hierna wordt ingegaan op de voornaamste punten die in dat kader spelen. Dit zijn:

- a. Vergroting takenpakket huisartsen;
- b. Noodzakelijke toename duur van consulten;
- c. Langer wordende gemiddelde werkweek van huisartsen;
- d. Groei personele samenstelling en stijgende personeelskosten; en
- e. Toename huisvestingskosten.

(44) Hierboven is uiteengezet dat het vaste jurisprudentie is dat de NZa op grond van de Wmg kostendekkende tarieven vast dient te stellen. De bewijslast voor kostendekking van de Tariefbeschikking rust op de NZa. De NZa moet aannemelijk maken dat de Tariefbeschikking kostendekkende huisartsenzorg teweegbrengt.⁴¹ Onderstaande uiteenzetting over de veranderingen in de praktijk moet in die context worden gezien. Punten a-e zijn ten onrechte onvoldoende door de NZa meegenomen in de Tariefbeschikking.

a. Vergroting takenpakket huisartsen

(45) Het takenpakket van de huisarts is de afgelopen jaren verzaamd – zowel inhoudelijk als administratief. Dit hebben de huisartsen niet zelf besloten. De Hervorming Langdurige Zorg (“HLZ”) werd met ingang van 1 januari 2015 in wetgeving verankerd door afschaffing van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten, herziening van de Wet maatschappelijke ondersteuning (“Wmo”), invoering van een nieuwe Wet langdurige zorg en aanvulling van de Zorgverzekeringswet onder meer met een aanspraak op wijkverpleging. De wijzigingen blijken onder meer uit ervaringen van praktijkondersteuners:

- a. Praktijkondersteuners in de huisartsenzorg signaleren veranderingen in de zorgvragen waar de huisartsenpraktijk mee te maken krijgt en veranderingen in hun werk. Wat betreft de zorgvragen geven zij aan dat zij sinds de HLZ meer kwetsbare ouderen en meer ouderen met een kwetsbaar netwerk zien. Ook signaleren de praktijkondersteuners in dit onderzoek dat mantelzorgers vaker overbelast zijn. Dat heeft gevolgen voor het werk van de praktijkondersteuners. Zij geven aan dat hun takenpakket is veranderd, zoals meer signalering, meer onplanbare (crisis) situaties, vaker contacten met mantelzorgers en meer samenwerking met andere professionals. Ook geven zij aan dat hun werkbelasting is toegenomen.⁴²
- b. Praktijkondersteuners hebben veel verschillende samenwerkingspartners buiten de huisartsenpraktijk. De meest genoemde samenwerkingspartner is de wijkverpleging. Daarnaast wordt ook regelmatig samengewerkt met andere zorgprofessionals zoals fysio- of ergotherapeuten, apothekers, professionals in sociale wijkteams, gemeenten en

⁴⁰ CbB 14 juli 2016, ECLI:NL:CBB:2016:180, r.o. 7.2.

⁴¹ Zie CbB 19 januari 2021, ECLI:NL:CBB:2021:950; CbB 21 december 2021, ECLI:NL:CBB:2021:1083.

⁴² Zie Nivel (januari 2018), ‘Het organiseren van langdurige zorg en ondersteuning voor thuiswonende patiënten - Ervaringen van praktijkondersteuners in de huisartsenzorg’, p. 13. Te raadplegen via: www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/Rapport_HLZ_poh.pdf.



welzijnsorganisaties. De meeste samenwerkingscontacten zijn ad hoc. Ruim de helft van de praktijkondersteuners participeert in een structureel overleg, zoals een multidisciplinair overleg (MDO) met professionals buiten de huisartsenpraktijk. Veel genoemde knelpunten voor praktijkondersteuners zijn de tijd die samenwerken vraagt, de onduidelijkheid in verantwoordelijkheden en aanspreekpunten en verschillen in financiering en regels.⁴³

- c. Praktijkondersteuners zien bij een aantal patiëntgroepen een verhoogde kans op onvervulde zorgbehoeften: patiënten met dementie, patiënten die specialistische GGZ nodig hebben, patiënten met een complexe zorgvraag en weinig mantelzorg, zorgmijders en (andere) patiënten die onvoldoende bekend zijn met de toegang tot de zorg en zorgmogelijkheden. Daarnaast sluit het zorgaanbod soms onvoldoende aan bij de zorg die volgens de praktijkondersteuners nodig is. Het betreft dan vooral wijkverpleging en de zorg en ondersteuning die vanuit de Wmo 2015 geboden wordt, zoals begeleiding, dagopvang en huishoudelijke hulp. Ook signaleren praktijkondersteuners onvervulde zorgbehoeften doordat de toegang tot het verpleeghuis sinds 2015 lastiger is geworden.⁴⁴

Taken uit tweede lijn, GGZ en ouderenzorg komen extra op bord huisartsen

- (46) Om de steeds verder stijgende zorgkosten aan te pakken en de zorg betaalbaar te houden, heeft de overheid de verschuiving van tweede- en derdelijnszorg naar de eerstelijnszorg gestimuleerd. Substitutie van zorg is één van de strategieën van (voornamelijk) VWS. Er heeft ten eerste een enorme verschuiving plaatsgevonden van vooral chronische zorg uit de tweede- naar de eerstelijnszorg.⁴⁵ Hierbij wordt de eerste lijn bijvoorbeeld geacht zorg over te nemen die voorheen in ziekenhuizen plaatsvond (substitutie). Door substitutie van zorg van tweede naar eerste lijn moeten huisartsen extra zorg leveren. Daarnaast vonden er stelselwijzigingen in o.a. de GGZ, de thuiszorg en de ouderenzorg plaats, waardoor ook deze zorgverlening noodzakelijkerwijs op het bord van huisartsen belandde.
- (47) In het bestuurlijk akkoord huisartsenzorg 2019 t/m 2022 (**BIJLAGE 9**) werd al beschreven dat huisartsen de afgelopen jaren steeds meer zorg hadden verleend als gevolg van ingezette transitie. Partijen erkenden dat het belangrijk is dat de ervaren werkdruk onder huisartsen niet te hoog mag zijn en dat huisartsen voldoende tijd voor en met de patiënt moeten hebben om goede zorg te kunnen verlenen en hun poortwachtersrol te kunnen vervullen. Partijen gaven zich rekenschap dat bij zorgverschuivingen de eerste lijn geacommodeerd moet worden om deze mogelijk te maken (**BIJLAGE 9**, p. 1). De hiervoor benodigde middelen voor huisartsen worden door de Tariefbeschikking niet (alsnog) vrijgemaakt.
- (48) Daarbij gaat het zowel om het overnemen van diagnostiek, van relatief eenvoudige behandelingen tot complexere zorg zoals controles, bijvoorbeeld in het kader van de nazorg voor kankerpatiënten.⁴⁶ Dat deze toename van zorg heeft plaatsgevonden mag ook blijken uit de NHG zorgstandaarden. De NHG-Standaarden geven richtlijnen voor de diagnostiek en behandeling van veel aandoeningen die in de huisartsenpraktijk voorkomen. De inhoud van een richtlijn wordt gebaseerd op wetenschappelijk onderzoek, aangevuld met deskundigheid en ervaringen van zorgverleners en patiënten. Huisartsen moeten de richtlijn bij zijn of haar zorgverlening toepassen.

⁴³ Zie Nivel (januari 2018), 'Het organiseren van langdurige zorg en ondersteuning voor thuiswonende patiënten - Ervaringen van praktijkondersteuners in de huisartsenzorg', p. 15. Te raadplegen via: www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/Rapport_HLZ_poh.pdf.

⁴⁴ Zie Nivel (januari 2018), 'Het organiseren van langdurige zorg en ondersteuning voor thuiswonende patiënten - Ervaringen van praktijkondersteuners in de huisartsenzorg', p. 24. Te raadplegen via: www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/Rapport_HLZ_poh.pdf.

⁴⁵ D. van Hassel (2020), 'Working hours of general practitioners. Identifying differences in working hours with data obtained by a real time measurement tool', diss. Nijmegen: Radboud Universiteit Nijmegen (NIVEL), p. 12-26. Te raadplegen via: www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/1003902.pdf.

⁴⁶ Nivel (2018), 'Zorglandschap en zorggebruik in een veranderende eerste lijn', p. 9. Te raadplegen via: www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/Zorglandschap_zorggebruik_in_de_eerste_lijn.pdf.



- (49) Zowel voor vrijwel alle belangrijke chronische zorgaandoeningen als voor de belangrijkste psychiatrische aandoeningen verschenen ná 2015 belangrijke en vaak ingrijpende wijzigingen van de standaarden, zie overzicht 1. Dit als gevolg van de extra taken uit de ziekenhuiszorg die bovenop de reguliere taken van de huisartsen kwamen.

Overzicht 1

| | Naam standaard | Nummer | Datum herziening | Bron |
|------------------------------------|--------------------------------------|--------|----------------------------|---|
| Hart- en vaatziekten | | | | |
| 1 | Atriumfibrilleren | M79 | September 2017 | richtlijnen.nhg.org/standaarden/atriumfibrilleren |
| 2 | Beroerte | M103 | Augustus 2022 | richtlijnen.nhg.org/standaarden/beroerte |
| 3 | Acuut coronairsyndroom | M80 | Maart 2022 | richtlijnen.nhg.org/standaarden/acuut-coronair-syndroom |
| 4 | Cardiovasculair risicomanagement | M84 | Juni 2019 | richtlijnen.nhg.org/standaarden/cardiovasculair-risicomanagement |
| 5 | Stabiele angina pectoris | M43 | December 2019 | richtlijnen.nhg.org/standaarden/stabiele-angina-pectoris |
| 6 | Diep veneuze trombose en longembolie | M86 | Januari 2021 ⁴⁷ | richtlijnen.nhg.org/standaarden/diepveneuze-trombose-en-longembolie |
| 7 | Chronische nierschade | M109 | April 2018 | richtlijnen.nhg.org/standaarden/chronische-nierschade |
| Endocriene ziektes | | | | |
| 8 | Diabetes Mellitus | M01 | November 2021 | richtlijnen.nhg.org/standaarden/diabetes-mellitus-type-2 |
| 9 | Obesitas | M95 | September 2020 | richtlijnen.nhg.org/standaarden/obesitas |
| Ziektes van de luchtwegen | | | | |
| 10 | Astma bij kinderen | M24 | Mei 2022 | richtlijnen.nhg.org/standaarden/astma-bij-kinderen |
| 11 | Astma bij volwassenen | M27 | Juli 2020 | richtlijnen.nhg.org/standaarden/astma-bij-volwassenen |
| 12 | COPD | M26 | April 2021 | richtlijnen.nhg.org/standaarden/copd |
| Psychiatrische aandoeningen | | | | |
| 13 | Angst | M62 | Mei 2019 | richtlijnen.nhg.org/standaarden/angst |
| 14 | Delier | M77 | Mei 2020 | richtlijnen.nhg.org/standaarden/delier |
| 15 | Dementie | M21 | April 2020 | richtlijnen.nhg.org/standaarden/dementie |
| 16 | Depressie | M44 | September 2022 | richtlijnen.nhg.org/standaarden/depressie |
| 17 | Overspannen en burn-out | M110 | November 2018 | richtlijnen.nhg.org/standaarden/overspanning-en-burn-out |

- (50) Deze 17 standaarden geven aan hoe ingrijpend de huisartsenzorg sinds 2015 is veranderd. Dit had de NZa moeten registreren en dit had voor de NZa aanleiding moeten zijn niet nog vier-vijf jaar te wachten met een nieuw kostenonderzoek. Dit had de NZa ertoe moeten bewegen in 2018 een kostenonderzoek in gang te zetten. Enkele belangrijke standaarden (bijv. de ingrijpende richtlijn Cardiovasculair risicomanagement) zijn zelfs pas na 2015 ontwikkeld. Het gevolg van deze verschuiving is dat de huisarts gedwongen verantwoordelijk is gemaakt over een aanzienlijk 'ziekere' populatie dan voorheen. Waar de patiënt met suikerziekte en COPD een aantal jaren geleden nog bij de internist en de longarts onder controle was, valt deze zorg nu onder de verantwoordelijkheid van de huisarts. Dit had voor een belangrijk deel plaats na 2015 – en dus na het Kostenonderzoek 2015. In het HLA is dit in juli 2018 als volgt omschreven:

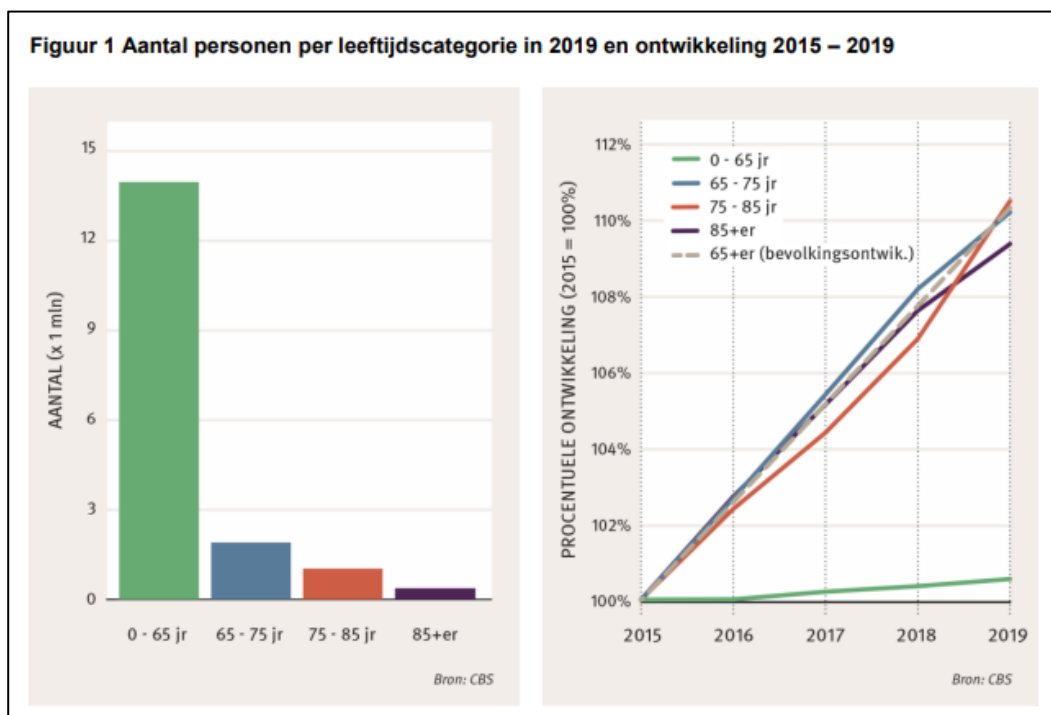
“Partijen van mening zijn dat demografische en maatschappelijke ontwikkelingen, zoals vergrijzing, toenemende multi-morbiditeit en technologische ontwikkelingen die op ons afkomen maar ook veranderende wensen die de samenleving stelt aan zorg en ondersteuning, vergaande aanpassingen vergen in de wijze waarop zorg en ondersteuning wordt geboden.” (BIJLAGE 9, p. 1)

⁴⁷ Deze NHG-standaard is momenteel wederom in herziening.



“Binnen de huisartsenzorg gaat dit om onder andere taakherschikking door bijvoorbeeld een verpleegkundig specialist in te zetten in de praktijk of op de huisartsenpost, meer inzet van ondersteunend personeel zoals praktijkondersteuners somatiek en GGZ, meer inzet van praktijkmanagers die niet-patiëntgebonden taken van de huisarts kunnen overnemen zodat een huisarts zijn tijd vooral aan patiënten kan besteden, het verlagen van het aantal ingeschrevenen per huisarts, versterking van de organisatiegraad van de eerste lijn, het anders organiseren van spreekuren en de inzet van E-health waardoor patiënten niet langer voor een afspraak naar de praktijk hoeven en er ook zorg op afstand mogelijk is en er meer ingezet kan worden op zelfregie e.d.,”
(BIJLAGE 9, p. 1-2)

- (51) Ook hebben huisartsen te maken met meer ouderenzorg. Het percentage 65-plussers neemt sinds 2015 toe. In 2019 waren er ca. 10% meer patiënten in de leeftijdsgroep 65-75 jaar, ca. 11% meer patiënten in de leeftijdsgroep 75-85 jaar en ca. 8% meer 85-plussers.⁴⁸



- (52) Wanneer deze trend wordt geëxtrapoleerd, dan zullen er in 2023 ten opzichte van 2015 ca. 20% meer patiënten in de leeftijdsgroep 65-75 jaar, ca. 22% meer patiënten in de leeftijdsgroep 75-85 jaar en ca. 16% meer 85-plussers zijn. Uit de NZa monitor ouderenzorg kon al worden afgeleid dat volgens de NZa de zorg voor ouderen intensiever geworden was én er meer ouderen in de huisartsenpraktijken zijn.⁴⁹ De NZa weet aldus dat de zorg voor ouderen zwaarder is geworden. In 2016 kon 75% van de ouderen uit met zorgtrede 1 en 2. In 2019 was dat nog maar 71% van de ouderen, terwijl zorg aan ouderen in trede 3, 4 en 5 van 19% in 2016 steeg naar 24% in 2019. Dat alles terwijl die groep ouderen in absolute aantallen ook nog eens veel groter is geworden.

⁴⁸ Zie NZa (7 april 2022), 'Monitor Ouderenzorg Trendanalyses deel 2', p. 15. Te raadplegen via: puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_709708_22/1/.

⁴⁹ Zie NZa (7 april 2022), 'Monitor Ouderenzorg Trendanalyses deel 2'. Te raadplegen via: puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_709708_22/1/. Zie ook NZa (april 2018), 'Monitor zorg voor ouderen'. Te raadplegen via: puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_234967_22/1/.



Figuur 4.2 Zorggebruikers en uitgaven per zorgtrede in 2016

| Zorgtrede | Aantal gebruikers | Uitgaven |
|-----------|-------------------|---------------------|
| 1 | 748.299 (24%) | € 365 miljoen (1%) |
| 2 | 1.582.508 (51%) | € 6.7 miljard (24%) |
| 3 | 95.689 (3%) | € 616 miljoen (2%) |
| 4 | 172.348 (6%) | € 2.2 miljard (8%) |
| 5 | 329.465 (11%) | € 7.1 miljard (25%) |
| 6 | 188.863 (6%) | € 11 miljard (40%) |

- (53) De groep ouderen maakt daarnaast in toenemende mate gebruik van vormen van thuiszorg. Het aantal mensen dat zorg in de vorm van 'Volledig Pakket Thuis' ("VPT") ontvangt, is in vergelijking met 2015 met bijna 126% toegenomen.⁵⁰ De groep dementerende ouderen (ZZP 5) die VPT krijgt, is in vergelijking met 2015 met 388% toegenomen.⁵¹ Het aantal mensen dat zorg in de vorm van 'Modulair Pakket Thuis' ontvangt, is in vergelijking met 2015 met 58% toegenomen.⁵² Deze groepen ouderen vallen allemaal onder de huisartsgeneeskundige hulp.
- (54) De afgelopen jaren is er ook steeds meer zorg vanuit onder andere GGZ-instellingen en ziekenhuizen overgeheveld naar de huisarts. Dit sluit aan bij de wens van de overheid en de patiënt om de zorg dicht bij huis en de patiënt te houden. Zo hebben sinds 1 januari 2014 huisartsen in toenemende mate een prominente rol in de GGZ gekregen. Als poortwachter hebben zij een belangrijke taak in de diagnostiek, behandeling en nazorg of preventie van psychische problemen. De GGZ-taken van de huisarts zijn de afgelopen jaren uitgebreid met probleemverkenning, diagnostiek en triage, behandeling van klachten, begeleiding en geïndiceerde preventie.⁵³
- (55) Op jaarbasis kampt bijna 20% van de volwassenen met psychische problematiek.⁵⁴ Vanwege de aanhoudend lange wachttijden en bijbehorende wachtlijsten in de tweedelijns GGZ⁵⁵ zijn huisartsen veel langer dan voorzien verantwoordelijk (gemaakt) voor mensen met een complexe GGZ-hulpvraag.⁵⁶ De wachtlijsten in de tweedelijns GGZ (ca 80.000 mensen) zijn in 2023 niet weggewerkt.⁵⁷ Dat heeft te maken met het feit dat er onder andere sprake is geweest van sluiting

⁵⁰ Zie opendata.cbs.nl/#/CBS/nl/dataset/84529NED/table?dl=2CAFA. Geraadpleegd op 7 november 2022.

⁵¹ Zie mlzopendata.cbs.nl/#/MLZ/nl/dataset/40075NED/table?dl=51D46. Geraadpleegd op 7 november 2022.

⁵² Zie opendata.cbs.nl/#/CBS/nl/dataset/84529NED/table?dl=2CAFA. Geraadpleegd op 7 november 2022.

⁵³ Zie Nederlands Huisartsen Genootschap (4 september 2013), 'Huisarts krijgt centrale positie in de ggz'. Te raadplegen via: www.nhg.org/actueel/nieuws/huisarts-krijgt-centrale-positie-de-ggz.

⁵⁴ Zie Nederlands Huisartsen Genootschap (10 juni 2022), 'Dossier Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ)'. Te raadplegen via: www.nhg.org/actueel/dossiers/dossier-geestelijke-gezondheidszorg-ggz.

⁵⁵ Zie NZa (7 juli 2022), 'Aantal wachtenden ggz licht gedaald, wachttijd is langer'. Te raadplegen via: www.nza.nl/actueel/nieuws/2022/07/07/aantal-wachtenden-ggz-licht-gedaald-wachttijd-is-langer.

⁵⁶ Integraal Zorgakkoord, p. 14.

⁵⁷ De NZa schrijft op 7 juli 2022: "Op dit moment wachten 80.000 mensen op een aanmeldgesprek of een behandeling in de ggz, dit is een lichte daling vergeleken met begin dit jaar toen er 84.000 personen wachtten. Problematisch is vooral dat iets meer dan de helft van alle wachtenden, bijna 42.000, langer wacht dan de afgesproken norm van 14 weken. De wachttijden zijn op dit moment in veel gevallen langer dan in het begin van dit jaar." Zie NZa (7 juli 2022), 'Aantal wachtenden ggz licht gedaald, wachttijd is langer'. Te raadplegen via: www.nza.nl/actueel/nieuws/2022/07/07/aantal-wachtenden-ggz-licht-gedaald-wachttijd-is-langer. Zie ook de NZa (5 juli 2022), 'Informatiekaart wachttijden ggz juli 2022'. Te raadplegen via: https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_716176_22/1/.



van gespecialiseerde klinieken in de GGZ⁵⁸, personeelstekorten en gebrekkige zorginkoop door zorgverzekeraars⁵⁹.

- (56) Ook vanuit het sociaal domein is zorg verschoven naar de eerste lijn en bij de huisartsen terecht gekomen.⁶⁰ Daarbij vergrijsst Nederland en blijven ouderen steeds langer thuis wonen waardoor meer huisartsenzorg nodig is.⁶¹ Door de tweede verschuiving krijgt de eerste lijn meer te maken met de zorg voor kwetsbare ouderen die voorheen in verzorgings- en verpleeghuizen verbleven en met mensen met psychiatrische problematiek die voorheen specialistisch behandeld werden of intramuraal verbleven. De werkbelasting van de huisarts is door deze ontwikkelingen (veel) groter geworden. De werkbelasting van de Nederlandse huisarts is ook hoger dan in andere Europese landen en zijn takenpakket uitgebreider.⁶²
- (57) De verschuiving van de zorg uit de GGZ en de 2e- en 3e lijn betekende een forse verzwaring van het functieprofiel en takenpakket van de huisarts. Immers, de zorg wordt complexer en er is sprake van meer multi-morbiditeit (meer patiënten met meer aandoeningen).⁶³ Deze patiënten hebben vaker consulten nodig en complexe zorg.⁶⁴ Dit vraagt meer kennis van de huisarts, die bovendien op steeds meer ondersteunend personeel (zorginhoudelijk) toezicht moet houden.
- (58) Door inzet van onder andere thuisarts.nl weten patiënten steeds beter wanneer ze wel of niet naar de huisarts moeten. Dit maakt dat het aanbod van relatief simpele, self-limiting, aandoeningen afneemt, terwijl juist de complexere problematiek toeneemt.⁶⁵ Ook dit maakt dat de zorginhoudelijke verantwoordelijkheid van de huisarts enorm is toegenomen.
- (59) De huisarts heeft ook veel meer personeel dat onder zijn verantwoordelijkheid werkt. De (tuchtrechtelijke-) aansprakelijkheid is daarmee ook fors toegenomen. Voor alles dat de praktijkondersteuner GGZ, de praktijkondersteuner somatiek, de praktijkondersteuner jeugd en de praktijkondersteuner ouderenzorg doet, is de huisarts verantwoordelijk. Dus waar de huisarts eerst voor 40-50 contacten per dag de verantwoordelijkheid droeg, is dat nu tot soms wel 100 casus per dag. De ontwikkeling van POH-ouderen, POH-jeugd en uitbreiding van hoeveelheid inzet POH-GGZ dateert allemaal in belangrijke mate van ná 2015.
- (60) Deze nieuwe (extra) zorgverleners in de huisartsenpraktijk zijn noodzakelijk om aan de veranderende zorgvraag te voldoen. De NZa schreef in 2014 haar advies over de bekostiging van huisartsenzorg dat de functies van de POH-S en POH-GGZ binnen het domein van de huisartsenzorg vallen.

“De somatische ondersteuning van de huisarts sluit goed aan op de monodisciplinaire huisartsenzorg. Veel van deze ondersteuners verrichten ook activiteiten voor de multidisciplinaire zorg. Omdat de

⁵⁸ Zie de Kamervragen en reactie daarop van de NZa (5 juli 2022), ‘Rode draden analyse afbouw-behandelaanbod klinische GGZ’. Te raadplegen via: puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_717159_22/1/.

⁵⁹ De NZa signaleert dat zorgverzekeraars meer hadden en moeten doen bij de zorginkoop in de ggz. Zie NZa (7 juli 2022), ‘Aantal wachtenden ggz licht gedaald, wachttijd is langer’. Te raadplegen via: www.nza.nl/actueel/nieuws/2022/07/07/aantal-wachtenden-ggz-licht-gedaald-wachttijd-is-langer.

⁶⁰ Nivel (november 2018), ‘Balans in vraag en aanbod huisartsenzorg’, p. 6, 14, 47 en 69. Te raadplegen via: www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/Balans_in_vraag_en_aanbod_huisartsenzorg.pdf.

⁶¹ Zie Nivel (4 november 2022), ‘Nivel Zorgregistraties Eerste Lijn - Cijfers over ziekten en zorg’. Te raadplegen via: www.nivel.nl/nl/nzr/zorgregistraties-eerstelijin.

⁶² W. Schäfer, M. van den Berg, P. Groenewegen (2016), ‘De werkbelasting van huisartsen in internationaal perspectief’, Utrecht: NIVEL. Te raadplegen via: www.henw.org/artikelen/de-werkbelasting-van-huisartsen-internationaal-perspectief.

⁶³ Dit werd ook al erkend in het HLA.

⁶⁴ E. Søndergaard, T. Willadsen, A. Guassora e.a. (2015), ‘Problems and challenges in relation to the treatment of patients with multimorbidity: General practitioners’ view and attitudes’, in: Scandinavian Journal of Primary Health Care (33). Te raadplegen via: www.tandfonline.com/doi/full/10.3109/02813432.2015.1041828.

⁶⁵ Zie Nivel (september 2021), ‘Zorg door de huisarts - Nivel Zorgregistraties Eerste Lijn: jaarcijfers 2020 en trendcijfers 2016-2020’, p. 14-20. Te raadplegen via: www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/1004116.pdf.



POH-S voor beide segmenten van waarde is, is het mogelijk verstandig om de POH-S op termijn deels uit S2 en deels uit S1 te vergoeden.

De POH-GGZ is nog niet standaard geïncorporeerd in de huisartsenzorg. Tegelijkertijd is duidelijk dat de POH-GGZ binnen het monodisciplinaire domein van de huisartsenzorg valt. Wij zien dat de POH-GGZ in feite de competenties van een huisarts versterkt en daarmee onderdeel is van de basiszorg. Dit deel van de POH-GGZ zorg wil de NZa niet afhankelijk maken van een contract. Wij adviseren dit aspect van de POH-GGZ in de toekomst te bekostigen via S1.⁶⁶

- (61) In weerwil hiervan is er nog altijd geen aparte betaaltitel voor de POH-S in segment 1. In de Tariefbeschikking is geen betaaltitel voor de POH-S of -ouderen opgenomen. Voor deze functies geldt echter dat zij, méér nog dan de huisarts, veel tijd kwijt zijn aan indirecte en niet-patiëntgebonden zorg. Waar het consulttarief voor de huisarts al niet klopt, geldt dit in nog grotere mate voor de inzet van de POH. Ook hier faciliteert de NZa geen MTVP.
- (62) Dit is in de jaren na 2015 steeds meer toegenomen. De functies POH-S en POH-GGZ werden in de huisartsenpraktijk steeds belangrijker en de inzet daarvan werd noodzakelijker. Zo wordt in het HLA, dat is getekend in juli 2018, over de functie POH-S het volgende geschreven:
- “d. Om aan de veranderende zorgvraag te voldoen, worden steeds vaker andere zorgverleners ingezet in de huisartsenpraktijk of op de huisartsenpost om werkzaamheden van de huisarts over te nemen, zoals bijvoorbeeld praktijkondersteuners, een physician assistant (PA), een verpleegkundig specialist (VS) of een praktijkverpleegkundige huisarts (vanaf 2020). Partijen zetten zich gezamenlijk in om de mogelijkheden hiertoe nog beter te benutten. Het ministerie stelt jaarlijks 700 bekostigde opleidingsplekken voor PA en VS beschikbaar (zorgbreed). Partijen spreken af de komende jaren minimaal 75 leerwerkplekken voor PA's (30) en VS'en (45) in de huisartsenzorg te realiseren. (BIJLAGE 9, p. 8)”*
- (63) Alleen al in de periode 2019 – 2021 nam het aantal consulten met de POH-GGZ toe met 14,7%.⁶⁷ Voor al die extra consulten is de huisarts eindverantwoordelijk.

Aantal contacten met de POH-GGZ per 1000 ingeschreven patiënten naar type contact, 2019-2021

| Contacten met de POH-GGZ | 2019 | 2020 | 2021 |
|------------------------------|--------------|--------------|--------------|
| Consult < 5 minuten | 10,4 | 13,8 | 13,7 |
| Consult 5-20 minuten | 10,8 | 19,6 | 18,5 |
| Consult 20 minuten en langer | 124,0 | 125,6 | 135,7 |
| Groepsconsult | 0,9 | 0,4 | 0,4 |
| Visite kort | 0,2 | 0,1 | 0,1 |
| Visite lang | 4,1 | 3,8 | 3,9 |
| Totaal | 150,3 | 163,3 | 172,3 |

- (64) Maar niet alleen de zorginhoudelijke verantwoordelijkheid van de huisarts is na 2015 enorm toegenomen, ook de verantwoordelijkheid van de huisarts-ondernemer is drastisch veranderd. Waar de huisarts eerst hooguit verantwoordelijk was voor twee parttime werkende assistentes, is hij nu werkgever van assistentes, praktijkondersteuners, praktijkmanager en ander ondersteunend

⁶⁶ Zie NZa (februari 2014), 'Advies Bekostiging huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg', p. 36. Te raadplegen via: www.tweedekamer.nl/downloads/document?id=cab76653-2d47-446c-a54e-7faa3a9b316f&title=Aanbieding%20advies%20NZa%20over%20bekostiging%20huisartsenzorg%20en%20multidisciplinaire%20zorg.pdf.

⁶⁷ Zie Nivel (18 oktober 2022), 'Jaarcijfers huisartsenzorg 2021: zorggebruik bij de praktijkondersteuner geestelijke gezondheidszorg neemt toe'. Te raadplegen via: <https://www.nivel.nl/nl/nieuws/jaarcijfers-huisartsenzorg-2021-zorggebruik-bij-de-praktijkondersteuner-geestelijke>.



personeel. Uit onderstaande tabel blijkt dat voor elk uur dat huisartsen werken, zij in 2021 ook verantwoordelijk waren voor 32 minuten werk van praktijkondersteuners.⁶⁸

Tabel 1 Verhouding van het aantal minuten van de verschillende POH-functies ten opzichte van het aantal uur dat huisartsen werken in de praktijk, najaar 2021

| Aantal minuten per uur huisartsen | Gemiddelde per praktijk | Gemiddelde voor praktijken die deze POH-functie hebben |
|---|-------------------------|--|
| Aantal minuten POH-S per uur huisartsen | 19 | 22 (±17,4) |
| Aantal minuten POH-Ouderen per uur huisartsen | 3 | 7 (±5,9) |
| Aantal minuten POH-Jeugd per uur huisartsen | 1 | 4 (±2,7) |
| Aantal minuten POH-GGZ per uur huisartsen | 9 | 13 (±10,8) |

De gemiddelden in kolom 1 zijn gebaseerd op de respons van alle praktijken (n=931), die in kolom 2 op de praktijken die de betreffende POH-functie in de praktijk hebben (n=636, n=324, n=227, n=615). Tussen haakjes staat de standaarddeviatie.

- (65) Daarnaast zijn de eisen op het gebied van werkgeverschap, zoals arbo-veiligheid, de afgelopen jaren alleen maar verzaamd. Ook de eisen aan privacy (invoering van de Algemene verordening gegevensbescherming in 2018), ICT-veiligheid en ICT-connectiviteit (project OPEN) vragen veel aandacht van de huisarts. Al deze zaken zijn per definitie niet door de NZa verdisconteerd in de Tariefbeschikking.

Niet-patiëntgebonden en indirecte tijd neemt toe

- (66) De taken van de huisarts zijn niet alleen inhoudelijk verzaamd, er dient door de huisarts ook steeds meer te worden samengewerkt/afgestemd met derden en er dient ook zorg thuis te worden geleverd. De verder vergrijzende populatie heeft gevolgen voor de huisarts zoals dat steeds meer zorg bij de patiënt thuis moet worden geboden. Dat betekent onder andere een forse toename in afstemming met andere zorgverleners: de thuis- en wijkzorg, de verpleegkundig specialist ouderen, de specialist ouderengeneeskunde en de sociale wijkteams om maar enkele te noemen.
- (67) Daarnaast is de manier waarop de huisarts werkt (patiënt, indirect patiëntgebonden en niet patiëntgebonden tijd) sinds 2015 anders. Huisartsen zijn nu méér dan in 2015 ook een groot deel van hun werkweek kwijt aan zogenaamde indirect patiëntgebonden tijd. Indirect patiëntgebonden tijd is de laatste jaren door meerdere ontwikkelingen -waar de huisartsen *geen* invloed op hebben-toegenomen. Dat houdt verband met de volgende (elkaar versterkende) ontwikkelingen. Er is een toename van complexe patiënten door stijging van (i) het aantal ouderen (waaronder ouderen met dementie of een kwetsbare gezondheid), (ii) stijging van het aantal mensen met chronische ziekten als gevolg van leefstijlfactoren (meer welvaartsziekten zoals overgewicht, hoge bloeddruk, hart- en vaatziekten), (iii) nieuwe behandelingen van kanker die leiden tot betere overleving⁶⁹ (iv), substitutie d.w.z. dat veel behandelingen die voorheen door specialisten werden gedaan nu door de huisarts worden gedaan. Patiënten die met complexe problemen op het spreekuur van de huisarts worden gezien kosten veel meer tijd dan gemiddeld.⁷⁰ Noodzakelijk overleg met een specialist, multidisciplinair overleg, overleg of instructie van de thuiszorg, overleg met de apotheek, het informeren van familieleden bij bijvoorbeeld oudere dementerende of slechthorende patiënten kost allemaal tijd en dit is niet declarabel (hiervoor bestaat geen apart NZa tarief). Bij al deze werkzaamheden is de aanwezigheid van een patiënt ter plekke niet nodig, maar het werk moet wel in het belang van de patiënt worden verricht door de huisarts. Het is gezien voorgaande per definitie onzorgvuldig dat de NZa de Tariefbeschikking nog steeds heeft opgebouwd vanuit een patiëntgebonden tarief. Deze structuur strookt niet met de werkelijkheid zo weet de NZa. Ook past

⁶⁸ Zie Nivel (2021), 'De praktijkondersteuner huisartsenzorg (POH) in de huisartsenpraktijk: diversiteit en capaciteit, najaar 2021'. Te raadplegen via: www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/1004153.pdf.

⁶⁹ Zie Integraal Kankercentrum Nederland (22 augustus 2022), 'Overleving kankerpatiënten stijgt, maar niet bij alle kankersoorten'. Te raadplegen via: iknl.nl/nieuws/2022/overleving-kankerpatiënten-stijgt-maar-niet-bij-a

⁷⁰ Dat terwijl er maximaal 20 minuten tijd voor een consult wordt vergoed, zie ook hoofdstuk V bij b van het bezwaarschrift.



het niet bij hetgeen de huisarts in 2023 dagelijks mee te maken heeft (en waarop de huisarts zelf geen invloed heeft⁷¹): namelijk dat huisartsen permanent meer indirecte tijd dan directe tijd voor patiënten kwijt zijn.

- (68) In de Tariefbeschikking is slechts rekening gehouden met de verhouding patiëntgebonden/indirect-patiëntgebonden/niet-patiëntgebonden van respectievelijk 65%, 16% en 19%.⁷² Dit geeft de werkelijkheid niet meer weer. In 2019 was deze tijdsverhouding namelijk al zo dat een huisarts 54% van de tijd patiëntgebonden werkt, voor 26% indirect patiëntgebonden en voor 20% niet-patiëntgebonden.⁷³ Hier is in de Tariefbeschikking onvoldoende rekening mee gehouden.
- (69) Ook op administratief vlak zijn de taken de afgelopen jaren alleen maar vermeerderd.⁷⁴ Dit bijvoorbeeld door de hervorming van de langdurige zorg:

“Door velen worden problemen ervaren door de tekorten in de thuiszorgsector en de toegang tot eerstelijnsverblijf. Dit brengt voor huisartsen extra werkdruk in de zin van regelwerk en taken met zich mee. Sowieso kost het hun en hun praktijkondersteuners moeite om de weg te vinden in het naar hun idee vaak ingewikkelde zorgsysteem. Verder uitten veel huisartsen die we voor dit onderzoek spraken hun zorgen over ontoereikende zorg en ondersteuning voor langer thuiswonenden patiënten met complexe problematiek, waarbij ze vooral het risico op vereenzaming zien.”⁷⁵

- (70) In onderstaand overzicht is een, niet limitatief, overzicht opgenomen van de taken en verantwoordelijkheden die momenteel uitsluitend op de praktijkhouder rusten:

⁷¹ Zie in dit kader bijvoorbeeld de NZa Brief aan zorgverzekeraars over hulpmiddelen - april 2022 te raadplegen via puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_710340_22/1/ waarin de NZa rapporteert: “Wijzigingen in uw beleid [zorgverzekeraars] kunnen verzekeren in verwarring brengen, bijvoorbeeld wanneer de voor hen vertrouwde apotheek niet langer een hulpmiddel mag leveren. De miscommunicatie die het gevolg kan zijn, is belastend voor hen en voor de zorgverleners die hun aanspreekpunt zijn, zoals apothekersassistenten en huisartsen. Het is ons inziens passend om wijzigingen in uw beleid vooraf duidelijk kenbaar te maken aan uw verzekeren en zorgverleners en deze ook op uw website duidelijk aan te geven. Het is van belang er op toe te zien, dat de betrokkenen met het beleid daadwerkelijk uit de voeten kunnen, zonder dat dit tot een al te grote, ook administratieve, belasting leidt.”

⁷² Zie Kostenonderzoek 2015 (**BIJLAGE 8**), p. 33.

⁷³ Zie Nivel (2019), ‘Huisartsen besteden iets meer dan de helft van hun werktijd aan direct patiëntgebonden taken’. Te raadplegen via www.nivel.nl/nl/nieuws/huisartsen-besteden-iets-meer-dan-de-helft-van-hun-werktijd-aan-direct-patientgebonden-taken en D. van Hassel (2020), ‘Working hours of general practitioners. Identifying differences in working hours with data obtained by a real time measurement tool’, diss. Nijmegen: Radboud Universiteit Nijmegen (NIVEL), p. 121. Te raadplegen via: www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/1003902.pdf.

⁷⁴ Zie LHV ‘Over de huisarts’. Te raadplegen via: www.lhv.nl/opkomen-voor-uw-belangen/over-de-huisarts/.

⁷⁵ Zie Sociaal en Cultureel Planbureau (27 juni 2018), ‘Toegang tot zorg en ondersteuning: rollen, ervaringen en meningen van huisartsen’, p. 24. Te raadplegen via: www.scp.nl/publicaties/publicaties/2018/06/27/veranderde-zorg-en-ondersteuning-voor-mensen-met-een-beperking.



Taken die een praktijkhouder wél heeft en een waarnemer niet.

- a. Het invullen van de AWN-diensten in haar regio
- b. Het vinden van vervanging bij ziekte van haar personeel
- c. Het regelen van waarneming bij ziekte en vakantie van de praktijkhouder of de HIDHA
- d. Het beheer van ICT, telefonie en medische apparatuur
- e. Het aanpassen van de praktijk(voering) aan veranderende wet- en regelgeving
- f. Het contracteren en aanpassen van de bedrijfsvoering aan de contracten met ZV's
- g. Het contracteren van ketenzorg en het organiseren van deze ketenzorg
- h. Het implementeren van nieuwe landelijke richtlijnen
- i. Het implementeren van samenwerkingsafspraken in de regio
- j. Het houden van functionerings- en jaargesprekken met de assistentes, de praktijkondersteuners, de evt praktijkmanager en de HidHa
- k. Het ziekmelden en het verzuimmanagement, inclusief de wettelijke vereisten bij (langerdurende) ziekte of zwangerschap.
- l. Het regelen van stageplekken en het aanvragen van de subsidies
- m. Het beheer van de financiële stromen van de praktijk
- n. Het up tot date houden van het verzekeringspakket van de praktijk
- o. Het afsluiten van arbeidskosten- en hiaatverzekeringen in geval ziekte
- p. Het afsluiten van contracten met een arbodienst
- q. Het beheer van het HIS (huisartsinformatiesysteem)
- r. De aansluiting op OPEN en andere PGO's
- s. Het contracteren en implementeren van e-health
- t. De communicatie over de praktijk(organisatie) met de patiënten en eventuele andere stakeholders
- u. Het inrichten en up tot date houden van een praktijkwebsite
- v. Het opstellen van een jaarverslag
- w. Het aanleveren van data tbv de WTZA
- x. Het onderhouden van de contacten met de regio-organisatie, het lezen van de mailings en het zo nodig acteren hierop
- y. Afhandelen van klachten over het personeel (assistentes en POH)
- z. Opstellen van de jaarrekening
- aa. Deelname commissies
- ab. Inforestrekking ClZ
- ac. Inforestrekking UWV
- ad. Inforestrekking KvK over vacatures
- ae. Onderhoud en beheer VIM-systeem
- af. Aansluiten en onderhouden LSP koppeling
- ag. Verwerkingsverantwoordelijke bij contracten mbt dataverwerking en andere AVG regelingen
- ah. Eindverantwoordelijke voor praktijkaccrediatie
- ai. Zorgen dat de praktijk voldoet aan de voorwaarden van de wet KKGZ
- aj. Deelname aan een HAGRO
- ak. Werkplekbeheer van assistentes, praktijkondersteuners en ander personeel
- al. Beheer van certificaten / UZI passen
- am. Praktijkspiegelinformatie aanleveren en -ontvangen en daarop acteren
- an. Organisatie van de griepvaccinaties
- ao. Organiseren van stageplekken voor co-assistenten en studenten geneeskunde in de praktijk
- ap. Afspraken maken met de gemeente in kader van de WMO en jeugdzorg
- aq. Verantwoordelijk voor beheer praktijkpand
- ar. Verantwoordelijk voor organisatie van de schoonmaak praktijk
- as. Verantwoordelijk voor het oplossen van alle soorten storingen
- at. Beleidsmatig overleg met sociaal domein
- au. Beleidsmatig overleg met andere 1^e lijnszorgverleners
- av. Installeren van een cliëntenraad (bij meer dan 25 medewerkers)
- aw. Overleg met de Raad voor de Kinderbescherming
- ax. Overleg met Veilig Thuis (eindverantwoordelijke)
- ay. Organiseren van attenties bij 'Lief en leed'
- az. Op orde houden van e-herkenning

(71) Huisartsen waren in 2022 wekelijks al 25 uur bezig met het wegwerken van administratie.⁷⁶ Ruim 40% van de werktijd van de huisarts gaat thans op aan niet(-direct)-patiëntgebonden tijd. Aangezien de huisarts alleen direct patiëntgebonden tijd mag declareren, is inmiddels ruim 40% van de werktijd

⁷⁶ Zie Medisch Contact (17 februari 2022), "Ons zorgstelsel is vooral erg flexibel" - Hoogleraar Patrick Jeurissen over de alsmat stijgende zorguitgaven'. Te raadplegen via: www.medischcontact.nl/nieuws/laatste-nieuws/artikel/ons-zorgstelsel-is-vooral-erg-flexibel.htm.



van de huisarts niet te declareren.⁷⁷ In de periode 2013-2018 nam het aantal gewerkte uren door huisartsen toe met 24.000 uur. Daarvan ging 3.000 uur naar direct patiëntgebonden werk, 10.000 uur naar indirect-patiëntgebonden werk en 11.000 uur naar niet-patiëntgebonden werk.⁷⁸

- (72) Voorgaande is relevant nu de NZa al deze onvermijdbare werkzaamheden van de praktijkhouder voor slechts vier uur per week waardeert.⁷⁹ Dit blijkt uit stap D van paragraaf 5.2 van het Verantwoordingsdocument tarieven huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg. Bij stap D wordt geconcludeerd dat er door de NZa *geen* rekening wordt gehouden met ondernemersrisico, maar wel met ondernemerschap. De NZa omschrijft ondernemerschap daarbij als volgt: *“de aspecten buiten het ondernemersrisico, die een praktijkeigenaar onderscheiden van een huisarts in loondienst. Dit betreft de arbeidsmatige aspecten. Hierbij kan worden gedacht aan: bedrijfsvoering van de praktijk, contractering met verzekeraars, financiële beheersing en verantwoording, managen van personeel, vermenging van werk en privé, etc.”*
- (73) Het ondernemerschap wordt vervolgens door de NZa als volgt berekend. Huisartsen worden gelijkgesteld aan ambtenaren. De NZa maakt namelijk gebruik van het Bezoldigingsbesluit Burgerlijke Rijksambtenaren (“**BBRA**”).⁸⁰ Vergelijkingen met BBRA en binnen de zorg vinden steeds plaats op basis van functie-eindsalarissen. De eerste fout die hier gemaakt wordt, is dat het BBRA per 1 januari 2020 is vervallen. Per 1 januari 2020 is het BBRA vervangen door de CAO Rijk.⁸¹ De NZa kan aldus voor de doorrekening niet zonder meer gebruik (blijven) maken van de BBRA – deze is immers vervallen en achterhaald. De tweede fout die hier wordt gemaakt is dat de arbeidskostencomponent ook wordt vergeleken met de CAO gezondheidscentra. Deze CAO gezondheidscentra is per 2019 beëindigd.⁸² De NZa kan aldus voor de doorrekening niet zonder meer gebruik (blijven) maken van de CAO gezondheidscentra. Ook deze CAO is inmiddels achterhaald.
- (74) Zelfs wanneer er door de NZa nog steeds wordt uitgegaan van de BBRA, dan geldt het volgende. De BBRA schaal 14 kent een 36-urige werkweek. Dat rekent de NZa om naar een 40-urige werkweek. In het Verantwoordingsdocument schrijft de NZa: *“Voor de component ondernemerschap corrigeert de NZa door middel van een normatieve factor: het jaarbedrag conform de BBRA-inschaling rekenen we om naar 40 uur (BBRA gaat uit van een 36-urige werkweek). Deze factor (11,1%) leidt tot een gecorrigeerd jaarbedrag van € 98.225.”*⁸³ Met andere woorden, een huisarts-praktijkhouder kan volgens de NZa in 2023 met 4 uur per week het volledige takenpakket uit bovenstaand overzicht uitvoeren én de huisarts-praktijkhouder wordt daarmee financieel beloond voor dat praktijkhouderschap. Het moet duidelijk zijn dat dit in strijd is met de realiteit die in 2022 en 2023 geldt (zie randnummers 67-70).
- (75) Opvallend is overigens dat uit het Kostenonderzoek 2015 volgt dat de 4 uur voor praktijkhouderschap de werkelijke uren/inspanningen van de huisarts-praktijkhouder niet dekt. Het Kostenonderzoek 2015 laat immers zien dat de huisarts-praktijkhouder een werkweek heeft van 52,05. Een correctie door de NZa naar 52,05 uur (in plaats van 40 uur), ligt dan eerder in de rede. Het verschil tussen 36 uur en 52,05 uur is 44,58%. Het jaarbedrag waar de NZa (onterecht) mee

⁷⁷ D. van Hassel (2020), ‘Working hours of general practitioners. Identifying differences in working hours with data obtained by a real time measurement tool’, diss. Nijmegen: Radboud Universiteit Nijmegen (NIVEL), p. 121. Te raadplegen via: www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/1003902.pdf.

⁷⁸ Zie Nivel (10 januari 2019), ‘Huisartsen besteden iets meer dan de helft van hun werktijd aan direct patiëntgebonden taken’. Te raadplegen via: www.nivel.nl/nl/nieuws/huisartsen-besteden-iets-meer-dan-de-helft-van-hun-werktijd-aan-direct-patientgebonden-taken.

⁷⁹ Zie Verantwoordingsdocument, par. 5.2 (en www.groene.nl/artikel/wie-wil-er-nou-nog-een-eigen-praktijk en huisartsvandaag.nl/hele-gebieden-zonder-huisarts-is-een-groot-en-onderschat-probleem).

⁸⁰ Zie Verantwoordingsdocument, par 5.1-5.3.

⁸¹ Zie Akkoord over CAO Rijk 2022-2024. Te raadplegen via: ambtenarensalaris.nl/wp-content/uploads/2022/07/Akkoord-over-CAO-Rijk-2022-2024-20220707.pdf.

⁸² Zie Federatie van Beroepsorganisaties, ‘Cao gezondheidscentra’. Te raadplegen via: www.fbz.nl/caos/gezondheidscentra/.

⁸³ Zie Verantwoordingsdocument, par. 5.2 (stap D).



reken is € 88.403. Deze factor (+ 44,58%) zou moeten leiden tot een gecorrigeerd jaarbedrag van € 127.813. Dat betekent dat de NZa met de Tariefbeschikking huisarts-eigenaren op jaarbasis bijna € 30.000 ontzegt. Er is met de Tariefbeschikking geen passende vergoeding voor het ondernemerschap van de huisarts-praktijkhouder. Zoals in de inleiding is toegelicht, is de Tariefbeschikking op alle onderdelen vastgesteld per fte huisarts-eigenaar. De Tariefbeschikking is op dit punt dus onzorgvuldig en onvoldoende gemotiveerd.

- (76) Dat er door de NZa vrijwel *geen* rekening wordt gehouden met het ondernemersrisico (maar enkel wordt gekeken naar ondernemerschap) is eveneens een onjuist uitgangspunt. Het is immers niet gezegd dat huisartsen geen enkel ondernemersrisico lopen.⁸⁴ Het ondernemersrisico behelst volgens de NZa een kapitaalrisico, het risico dat een huisartsenpraktijk failliet gaat en een praktijkeigenaar het geïnvesteerd eigen vermogen kwijt raakt. Het ondernemersrisico is daarmee verdisconteerd in een abstract vast bedrag. Dit kan niet representatief zijn met de werkelijkheid en is ook niet navolgbaar voor huisartsen.

b. Noodzakelijke toename duur consult

- (77) Door toedoen van externe factoren stijgt de gemiddelde consultduur van de huisarts. Zowel in het HLA uit 2018⁸⁵ als in het IZA uit 2022⁸⁶ is meer tijd *voor* en *met* de patiënt (MTVP) de inzet. Huisartsen zien zichzelf sinds 2015 genoodzaakt MTVP uit te voeren. De zorginkopers zetten ook (zonder een door huisartsen ondertekend IZA) in op MTVP. De voorzitter van Zorgverzekeraars Nederland liet onlangs het volgende weten:⁸⁷

“Huisartsen hebben geen toestemming van de LHV nodig om een contract met een verzekeraar aan te gaan. Vanaf 2023 is het volgens Van den Berg de bedoeling dat elk jaar ruim 4 miljoen mensen meer tijd bij hun huisarts kunnen krijgen. Een langer consult is bedoeld om “dieper te kunnen onderzoeken wat er aan de hand is met iemand”, legt hij uit. Het idee is dat daardoor minder mensen worden doorgestuurd naar duurdere specialistische zorg.”

- (78) De LHV heeft zelfs een eigen portaal met diverse mogelijkheden voor huisartsen om MTVP te creëren.⁸⁸ Het verlengen van consulten door huisartsen is daar uiteraard een onderdeel van.⁸⁹ De LHV benadrukt in haar handreiking ‘Meer tijd voor de patiënt in de praktijk of regio’ (**BIJLAGE 13**) dat huisartsen meer tijd voor de patiënt *nodig* hebben.

“Als huisarts heeft u het drukker gekregen: complexere problematiek tijdens uw spreekuur, meer administratieve lasten en veelvuldig overleg met verschillende partijen. Om goede en verantwoorde zorg aan uw patiënten te kunnen blijven bieden heeft u meer tijd nodig. Ook ervaren veel huisartsen, met name sinds de coronacrisis, de langere consulttijden als prettig. Deze handreiking geeft u handvatten, advies en praktijkvoorbeelden om structureel meer tijd voor uw patiënten te organiseren.”

- (79) Tegelijk heeft VWS als eerder toegelicht ook taken vanuit de tweedelijnszorg aan de huisartsen opgedragen. Dit alles in het kader van de uitvoering van het adagium dat er steeds sprake is van de JZOJP. Hierdoor is de gemiddelde consultduur de laatste jaren noodzakelijkerwijs (sterk) gestegen. Deze langere consulten van huisartsen zijn kortom een logisch en noodzakelijk gevolg van hetgeen door VWS, de NZa en zorgverzekeraars van huisartsen wordt verwacht. Huisartsen

⁸⁴ Dit wordt immers ook erkend in de Beleidsregel.

⁸⁵ Zie **BIJLAGE 9**, p. 3: “Partijen erkennen dat het belangrijk is dat de ervaren werkdruk onder huisartsen niet te hoog mag zijn en huisartsen voldoende tijd voor en met de patiënt hebben om goede zorg te kunnen verlenen en hun poortwachtersrol te kunnen vervullen. De doelstelling is dat de professional en de patiënt meer tijd en kwaliteit ervaren.”

⁸⁶ Zie **BIJLAGE 10**, p. 66: “Alle partijen zien in dit kader het belang van Meer Tijd Voor de Patiënt (MTVP) in de huisartsenpraktijk om de huisartsenzorg toekomstbestendig te houden. Meer tijd voor patiënten in het spreekuur en de praktijk is een middel waarmee verwijzingen naar de 2e lijn, medicatie en diagnostiek beperkt kunnen worden en de kwaliteit van zorg kan verbeteren.”

⁸⁷ Zie Skipr (25 september 2022), ‘Verzekeraars hopen dat huisartsen zorgakkoord alsnog tekenen’. Te raadplegen via: www.skipr.nl/nieuws/verzekeraars-hopen-dat-huisartsen-zorgakkoord-alsnog-tekenen%ef%bf%bc/.

⁸⁸ Zie LHV, ‘Meer tijd: welke oplossing past bij uw praktijk?’. Te raadplegen via: meertijdvoordepatient.lhv.nl/.

⁸⁹ Zie LHV, ‘Voorbeelden – Langer consult’. Te raadplegen via: meertijdvoordepatient.lhv.nl/voorbeelden/voorbeelden/langer-consult.



worden immers aangemoedigd door VWS, de NZa en zorgverzekeraars, maar ook patiënten- en brancheverenigingen en andere stakeholders (zoals de tweede lijnszorgaanbieders) om structureel veel meer tijd voor de patiënt te nemen. Die patiënt is bovendien gemiddeld genomen steeds ouder en heeft meer multi-morbiditeit omdat Nederland vergrijst.⁹⁰

- (80) De jarenlange ervaring leert dat een consult van 10 minuten voor de huisartsen simpelweg niet lang genoeg is om kwalitatief verantwoorde zorg te leveren. Ook is een consult van 10 minuten voor huisartsen niet afdoende om te voldoen aan de plicht om MTVP vorm te (blijven) geven. Hier wordt in de Tariefbeschikking geen, of in ieder geval onvoldoende, rekening mee gehouden. Dit is bepaald opvallend nu de NZa weet dat - getuige het IZA en de uitingen van zorgverzekeraars- en diverse onderzoeken de patiënt en de samenleving profiteert van langere consulten dan 10 minuten door huisartsen.

Positieve gevolgen langere consultduur

- (81) Langere consulten komen direct ten goede aan de samenleving en de macro zorgkostenbeheersing. Huisartsen zijn door langere consulten dan 10 minuten beter in staat veel minder patiënten door te verwijzen, zoals naar ziekenhuizen.⁹¹ Een voorbeeld laat zien dat ook zorgverzekeraars dit inzien. Zorgverzekeraar VGZ heeft een aantal trajecten ingevoerd waarbij meer tijd voor de patiënt wordt vrijgemaakt bij de huisarts. De trajecten resulteren in minder verwijzingen, minder diagnostiek en minder medicatiegebruik en toegenomen tevredenheid onder patiënten én huisartsen.⁹² Bij één pilot van VGZ stelde VGZ geld beschikbaar voor extra formatie. Een huisartsenpraktijk kreeg bijvoorbeeld 0,6 fte erbij.⁹³ Hierdoor konden in de betrokken praktijken consulten van 15 tot 30 minuten plaatsvinden. Dit leidde tot een daling van 27 procent in doorverwijzingen naar ziekenhuizen aldus VGZ.⁹⁴
- (82) Ook andere voorbeelden en onderzoeken laten zien dat een langer consult voordelen met zich brengt. Zilveren Kruis heeft het concept Krachtige basiszorg ontwikkeld. Een belangrijk element van dit programma is dat er meer tijd voor de patiënt wordt vrijgemaakt.⁹⁵ Deze aanpak levert positieve resultaten op:
- “Een recente businesscase van Zilveren Kruis toont aan dat het zorggebruik bij de groep mensen mét Krachtige basiszorg afneemt terwijl het zorggebruik in de controlegroep in 2015 stijgt en daarmee de landelijke trend volgt.”⁹⁶*
- (83) Het Nivel acht het zeer aannemelijk dat het project leidt tot duurzame verbetering van de kwaliteit van zorg.⁹⁷ Nivel concludeert ook dat het concept Krachtige basiszorg (waar MTVP onderdeel van uitmaakt) lagere zorgkosten tot gevolg heeft.

⁹⁰ Zie o.a. CBS, 'Ouderen'. Te raadplegen via: www.cbs.nl/nl-nl/visualisaties/dashboard-bevolking/leeftijd/ouderen. Zie ook RIVM (augustus 2019), 'Infographic Impact van de vergrijzing'. Te raadplegen via: www.rivm.nl/infographic-impact-van-vergrijzing.

⁹¹ Medisch Contact (17 maart 2022), 'Aanpassingen in huisartsenconsult renderen'. Te raadplegen via: www.medischcontact.nl/nieuws/laatste-nieuws/artikel/aanpassingen-in-huisartsenconsult-renderen.htm.

⁹² Zie NZa (31 maart 2022), 'Monitor contractering huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg 2022', p. 24. Te raadplegen via: puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_709222_22/1/.

⁹³ LHV (8 januari 2019), 'Patiënten komen minder vaak terug'. Te raadplegen via: meertijdvoordepacient.lhv.nl/praktijkvoorbeelden/patienten-komen-minder-vaak-terug.

⁹⁴ LHV (8 januari 2019), 'Patiënten komen minder vaak terug'. Te raadplegen via: meertijdvoordepacient.lhv.nl/praktijkvoorbeelden/patienten-komen-minder-vaak-terug.

⁹⁵ Zie NZa (31 maart 2022), 'Monitor contractering huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg 2022', p. 16. Te raadplegen via: puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_709222_22/1/. Zie ook www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/1004013.pdf, p. 15: "Eén van de elementen van krachtige basiszorg is dat er (tijdens het consult) meer tijd voor de patiënt wordt vrijgemaakt."

⁹⁶ Zie Krachtige Basiszorg, 'Wat is krachtige basiszorg?'. Te raadplegen via: krachtigebasiszorg.nl/over-krachtige-basiszorg.

⁹⁷ Zie Krachtige Basiszorg, 'Wat is krachtige basiszorg?'. Te raadplegen via: krachtigebasiszorg.nl/over-krachtige-basiszorg.



“Ervaringen uit Overvecht laten zien dat er door Krachtige basiszorg meer tijd is voor patiënten met complexe problematiek en dat er structurele samenwerking in de wijk is ontstaan tussen professionals uit het medische en sociale domein in de wijk. Professionals werken graag in de wijk en waarderen de lerende omgeving die door de nauwe samenwerking is ontstaan. Door Zilveren Kruis is vastgesteld dat de zorgkosten in de praktijken van Overvecht Gezond lager zijn dan die van vergelijkbare praktijken.”⁹⁸

- (84) Ook door de VWS Taskforce wordt dit praktijkvoorbeeld uit de Utrechtse wijk Overvecht genoemd met de positieve gevolgen van MTVP:

“Ook is er extra geld beschikbaar gesteld aan huisartsen zodat zij meer tijd kunnen besteden aan positieve gezondheid. Dit heeft geleid tot een toename van de ervaren gezondheid, stijging van het aantal bewegende buurtbewoners, daling van de kosten voor de poliklinische zorg en GGZ-zorg en een verbetering van het doelmatig voorschrijven van medicijnen.”⁹⁹

Huisartsen zijn met een langer consult aldus beter in staat de juiste diagnose te stellen. Dit blijkt uit pilots waar meer dan 150 huisartsenpraktijk aan mee hebben gedaan.¹⁰⁰ Dit komt weer ten goede aan de (efficiënte) zorgverlening in de ziekenhuizen en elders.¹⁰¹ Langere consulten dan 10 minuten zijn dus een positieve en noodzakelijke ontwikkeling in de zorg om te komen tot macro zorgkostenbeheersing. Daar is iedereen het in Nederland al jaren over eens, zo weet ook de NZa. Het is daarom een terechte ontwikkeling dat huisartsen langer de tijd nemen voor consulten. Los van het economische aspect leiden langere consulten tot een betere werkbeleving bij huisartsen. Huisartsen ervaren meer rust, zien meer mogelijkheden, vinden het werk leuker en bevredigender.¹⁰² De VWS Taskforce stelt daarom dat de manier van bekostiging voor de huisartsen anders moet.

NZa frustreert uitvoering JZOJP en MTVP met Tariefbeschikking

- (85) De NZa is bekend met voorgaande. Daarbij heeft de NZa gemeld graag te zien dat alle betrokken partijen waaronder de huisartsen het IZA tekenen.¹⁰³ In het IZA wordt ingezet op MTVP bij huisartsen om, aldus het IZA, nog meer en sneller impactvolle transitie in het kader van JZOJP mogelijk te maken. Daardoor moet de instroom van patiënten naar tweede en derde lijn verder gereduceerd worden.
- (86) Gelet op de impact van MTVP voor de praktijkvoering en de kostenontwikkeling daarin had de NZa dat moeten verwerken in de Tariefbeschikking. Daardoor frustreert de NZa, die het IZA zegt van belang te vinden, de beoogde inzet van MTVP. In de Tariefbeschikking wordt immers nog steeds uitgegaan van drie soorten consulten. Daarbij wordt een onderscheid gemaakt in consulten (i) van

⁹⁸ Zie Nivel (1 juli 2021), 'Krachtige basiszorg breed geïmplementeerd - Ervaringen van twee jaar implementeren in grootstedelijke achterstandswijken', p. 5. Te raadplegen via: www.nivel.nl/nl/publicatie/krachtige-basiszorg-breed-geïmplementeerd-ervaringen-van-twee-jaar-implementeren.

⁹⁹ Rapport van de Taskforce (2018), 'De juiste zorg op de juiste plek. Wie durft?', p. 41. Te raadplegen via: open.overheid.nl/repository/ronl-7241c365-d8f3-4eb0-befe-6de4dc088f60/1/pdf/de-juiste-zorg-op-de-juiste-plek.pdf.

¹⁰⁰ RTL Nieuws (6 oktober 2021), 'Huisartsen willen door met langer consult van 15 minuten: 'Minder doorverwijzingen'. Te raadplegen via: rtlnieuws.nl/nieuws/nederland/artikel/5258158/huisartsen-consult-10-minuten-kwartier-meer-tijd-voor-patienten.

¹⁰¹ S. Stevens, C. Bankhead, T. Mukhtar e.a. (2017), 'Patient-level and practice-level factors associated with consultation duration: a cross-sectional analysis of over one million consultations in English primary care', in: BMJ Open, nr. 7. Te raadplegen via: bmjopen.bmj.com/content/7/11/e018261.long. Zie ook A. Wilson en S. Childs (2002), 'The relationship between consultation length, process and outcomes in general practice: a systematic review', in: British Journal of General Practice 2002, nr. 52, p. 1012-1020. Te raadplegen via: www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1314474/pdf/12528590.pdf. Zie ook D. Stacey, F. Légaré, K. Lewis e.a. (2017), 'Decision aids for people facing health treatment or screening decisions', in: Cochrane Database of Systematic Reviews, nr. 4. Te raadplegen via: www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD001431.pub5/epdf/full.

¹⁰² Zie H. Jung, T. Jung, S. Liebrand e.a. (2018), 'Meer tijd voor patiënten, minder verwijzingen', in: Huisarts en wetenschap 2018, 61(3). Te raadplegen via: www.iph.nl/assets/uploads/2020/12/artikel-henw-meer-tijd-voor-patienten-minder-verwijzingen.pdf. Zie ook LHV (8 januari 2019), 'Patiënten komen minder vaak terug'. Te raadplegen via: meertijdvoordepatient.lhv.nl/praktijkvoorbeelden/patienten-komen-minder-vaak-terug.

¹⁰³ Zie o.a. NZa (12 september 2022), 'Integraal Zorgakkoord belangrijkste stap naar passende zorg'. Te raadplegen via: www.nza.nl/actueel/nieuws/2022/09/12/integraal-zorgakkoord-belangrijke-stap-naar-passende-zorg.



korter dan vijf minuten, (ii) tussen de vijf en 20 minuten en (iii) langer of gelijk aan 20 minuten (**BIJLAGE 3**, p. 9).

1.2 Regulier consult

De maximumtarieven voor verrichtingen voor op naam van de zorgaanbieder ingeschreven verzekerden bedragen:

| Prestatiebeschrijving | Maximumtarief |
|---|---------------|
| Consult regulier korter dan 5 minuten | € 5,75 |
| Consult regulier vanaf 5 minuten tot 20 minuten | € 11,51 |
| Consult regulier 20 minuten en langer | € 23,02 |
| Visite regulier korter dan 20 minuten | € 17,26 |
| Visite regulier 20 minuten en langer | € 28,77 |
| Vaccinatie regulier | € 5,75 |

- (87) In 2015 werd er ook al onderscheid gemaakt tussen deze consulten. Toen was er een tarief voor een telefonisch consult en een tweedeling tussen consulten (i) korter dan 20 minuten en (ii) langer dan 20 minuten.¹⁰⁴ Hoewel een huisarts in beperkte mate een hoger tarief in rekening kan brengen naarmate het consult meer tijd kost (tot de financiële valbijl zodra een consult 20 min of langer duurt waarmee de NZa de klok van het ondernemersrisico voor de huisarts laat doortikken), is deze glijdende schaal met afkapping al lang niet (meer) representatief en zeker niet toepasbaar in 2023. Dat geldt temeer als het IZA in 2023 na zou moeten worden gekomen door de huisartsen.
- (88) De glijdende schaal staat haaks op hetgeen de zorginkoper, de NZa en VWS menen te mogen verwachten van de huisartsen. Zo wordt er vanaf 2023 permanent ingezet op MTVP. Die trend is ingezet met het HLA¹⁰⁵ en recent in het IZA.¹⁰⁶ In onderstaande afbeelding wordt samengevat waarom deze glijdende schaal niet voor kostendekkende tarieven zorgt.



¹⁰⁴ Zie Huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg 2015 - TB/CU-7089-04, p. 6. Te raadplegen via puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_5759_22/4/.

¹⁰⁵ **BIJLAGE 9.**

¹⁰⁶ **BIJLAGE 10.**



- (89) Kort gezegd gaat het om het volgende probleem. Elk consult van een huisarts van 20 of meer minuten – of dat nu 20 minuten of 60 minuten duurt – levert een huisarts hetzelfde tarief op, namelijk € 23,02. Elk gemiddeld consult – of dat nu vijf of negentien minuten duurt – levert een huisarts hetzelfde tarief op, namelijk € 11,51. Bij de tariefonderbouwing is volgens de NZa slechts rekening gehouden met het gegeven dat iedere huisartsenpraktijk in enige mate te maken krijgt met *incidenteel* langere consulten of visites.¹⁰⁷ Dit is – zo moet de NZa weten – allang niet meer representatief voor de huidige situatie in een huisartsenpraktijk en al helemaal niet in 2023 (dat zal hierna worden toegelicht).
- (90) Daarnaast houdt de NZa onterecht het opbrengstenresultaat van consulten uit 2015 aan. In dat jaar waren consulten gemiddeld veel minder lang en konden huisartsen aldus meer opbrengsten uit consulten halen. Dat wordt hieronder inzichtelijk gemaakt. Bovendien staat het haaks op het uitvoerbaar maken van de door de zorginkopers, de NZa en VWS in 2023 e.v. gewenste situatie. Immers in zowel het HLA¹⁰⁸ als IZA¹⁰⁹ staat vermeld dat huisartsen *meer* tijd voor de patiënten *moeten en kunnen* krijgen. Deze documenten zijn door zowel de zorginkopers (vertegenwoordigd door Zorgverzekeraars Nederland), de NZa en VWS ondertekend. Ook in het inkoopbeleid van zorginkopers staat dit vermeld. Het probleem is dat de NZa in de Tariefbeschikking de bekostiging daar bepaald niet op laat aansluiten. Dat maakt dat huisartsen noodzakelijkerwijs alsmar meer tijd voor de patiënt moeten maken zonder dat daar een vergoeding tegenover staat.

Gemiddelde consultduur huisartsen stijgt

- (91) Een consultduur van 10 minuten van een huisarts in Nederland is door de toenemende complexiteit niet meer haalbaar blijkens het rapport van Nivel.¹¹⁰ Deze ook voor de NZa toegankelijke informatie is aanleiding om een andere Tariefbeschikking te nemen. Ook de LHV schrijft op haar website dat er meer tijd moet zijn voor de patiënt. De LHV zet daarbij in op standaard consulten van 15 minuten.¹¹¹ Dit is dus de *minimale* consultduur in plaats van *gemiddelde* consultduur. Onder een peiling van de LHV onder 1.150 huisartsen is bijna 70% van de huisartsen van plan om langere consulten in te gaan zetten.¹¹² Patiënten zijn meer tevreden door langere consulten van huisartsen.¹¹³ De langere consulten van huisartsen komen niet alleen de patiënten ten goede. Het aantal doorverwijzingen naar ziekenhuizen neemt als gevolg van langere consulten drastisch af: *“Uit de pilots blijkt dat in sommige regio's 25 tot wel 40 procent minder verwijzingen naar de ziekenhuizen nodig zijn als de huisarts meer tijd neemt voor de patiënt.”*¹¹⁴

¹⁰⁷ Zie NZa (7 november 2019), 'Beslissing op bezwaar Huisartsenpraktijk Sluis', p. 4. Te raadplegen via: puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_295537_22/1/.

¹⁰⁸ Zie **BIJLAGE 9**, p. 3: "Partijen erkennen dat het belangrijk is dat de ervaren werkdruk onder huisartsen niet te hoog mag zijn en huisartsen voldoende tijd voor en met de patiënt hebben om goede zorg te kunnen verlenen en hun poortwachtersrol te kunnen vervullen. De doelstelling is dat de professional en de patiënt meer tijd en kwaliteit ervaren."

¹⁰⁹ Zie **BIJLAGE 10**, p. 66: "Alle partijen zien in dit kader het belang van Meer Tijd Voor de Patiënt (MTVP) in de huisartsenpraktijk om de huisartsenzorg toekomstbestendig te houden. Meer tijd voor patiënten in het spreekuur en de praktijk is een middel waarmee verwijzingen naar de 2e lijn, medicatie en diagnostiek beperkt kunnen worden en de kwaliteit van zorg kan verbeteren."

¹¹⁰ Zie Nivel (18 november 2021), 'Bijlage bij Jaarrapport 2020: Zorg door de huisarts Nivel Zorgregistraties Eerste Lijn: Jaarcijfers 2020 en trendcijfers 2016-2020', p. 5. Te raadplegen via: www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/1004117_0.pdf.

¹¹¹ Zie LHV, 'Meer tijd voor de patiënt'. Te raadplegen via: lhv.nl/thema/praktijkzaken/meer-tijd-voor-de-patient/.

¹¹² Zie RTL Nieuws (6 oktober 2021), 'Huisartsen willen door met langer consult van 15 minuten: 'Minder doorverwijzingen'. Te raadplegen via: rtlnieuws.nl/nieuws/nederland/artikel/5258158/huisartsen-consult-10-minuten-kwartier-meer-tijd-voor-patienten.

¹¹³ Zie H. Jung, T. Jung, S. Liebrand e.a. (2018), 'Meer tijd voor patiënten, minder verwijzingen', in: Huisarts en wetenschap 2018, 61(3). Te raadplegen via: www.iph.nl/assets/uploads/2020/12/artikel-henw-meer-tijd-voor-patienten-minder-verwijzingen.pdf.

¹¹⁴ Zie RTL Nieuws (6 oktober 2021), 'Huisartsen willen door met langer consult van 15 minuten: 'Minder doorverwijzingen'. Te raadplegen via: rtlnieuws.nl/nieuws/nederland/artikel/5258158/huisartsen-consult-10-minuten-kwartier-meer-tijd-voor-patienten.



- (92) Een samenwerkingsverband van huisartsenbelangenbehartigers¹¹⁵ verwoordt in een manifest de behoefte dat standaardconsulten 15 minuten zijn. Op 1 juli 2022 hebben 12.000 huisartsen, medewerkers en sympathisanten deze wens op het Malieveld in Den Haag geuit. De Tweede Kamer heeft haar steun uitgesproken voor langere consulten van huisartsen en het verbeteren van de werkomstandigheden van de huisartsen.¹¹⁶
- (93) De gemiddelde consultduur in de spreekkamer op de huisartsenpost steeg in 2020 naar bijna 15 minuten.¹¹⁷ Dit is waarschijnlijk een gevolg van de toename van het aantal patiënten met hulpvragen met een hogere urgentie in de afgelopen jaren.¹¹⁸ Sinds 1993 is de gemiddelde consultduur met 6 minuten gestegen:
- | | | |
|----|---|------------------------------|
| a. | In de periode 1993-2001 duurde een gemiddeld consult | 9 minuten. ¹¹⁹ |
| b. | In 2007-2008 was de gemiddelde consultduur | 10,7 minuten. ¹²⁰ |
| c. | In 2012 was de gemiddelde consultduur nog | 11 minuten. ¹²¹ |
| d. | In de periode 2015-2016 was de gemiddelde consultduur ca. | 13 minuten. ¹²² |
| e. | In 2017 was de gemiddelde consultduur zo'n | 13,5 minuten. ¹²³ |
| f. | In 2018 was de gemiddelde consultduur ca. | 14,5 minuten. ¹²⁴ |
- (94) Er is aldus een trend dat consulten van huisartsen steeds langer zijn gaan duren terwijl de huisartsen daardoor, als gevolg van de tariefstructuur voor consulten, vermoedelijk deels niet voor vergoed worden (omdat een deel van het gemiddelde voortvloeit uit de 20 minuten of meer consulten en die zijn voor de NZa 'ondernemersrisico' wat neerkomt op zonder vergoeding werk verrichten). Dit is in onderstaande grafiek inzichtelijk gemaakt. Opvallend is dat er tussen 2015 en 2020 al een verschil van twee minuten zit in de duur van een consult. Wanneer deze trend geëxtrapoleerd wordt naar 2023 betekent dit dat de gemiddelde consultduur waarschijnlijk is opgelopen tot 16,5 minuten. Dat is een toename van 27% in de duur van een consult ten opzichte van 2015. Daarbij komt dat huisartsenpraktijken vaak niet alleen huisartsen in dienst hebben die consulten uitvoeren, maar bijvoorbeeld ook praktijkondersteuners (somatiek). Een gemiddeld consult van een praktijkondersteuner duurt volgens het onderzoek van Nivel ca. 26 minuten.¹²⁵

¹¹⁵ Dit betreft LHV, VPHuisartsen, Actiegroep 'Help de huisarts verzuip't' en Actiegroep 'De Bezorgde Huisartsen'.

¹¹⁶ Zie de aangenomen Motie 35925-52 Kuiken/Hijink (28 oktober 2021), Tweede Kamer, vergaderjaar 2021–2022, 35 925 XVI, nr. 52, "[...] verzoekt de regering om de NZa te vragen om verdere differentiatie van de consultduur naar vijftien minuten mee te nemen in de doorontwikkeling van de huisartsenbesteding zodat dit bijdraagt aan de inkoop van meer passende zorg door de zorgverzekeraar en daarmee minder doorverwijzingen naar het ziekenhuis." Te raadplegen via: www.tweedekamer.nl/downloads/document?id=2021D40534. Zie ook Kamerstukken II 2021-22, 29689, nr. 1162. Te raadplegen via: zoek.officielebekendmakingen.nl/kst-29689-1162.html.

¹¹⁷ Zie InEen (december 2021), 'Benchmark Huisartsenposten 2020', p. 10. Te raadplegen via: ineen.nl/wp-content/uploads/2021/12/InEen-Benchmark-Bulletin-2020V4.pdf.

¹¹⁸ Zie InEen (december 2021), 'Benchmark Huisartsenposten 2020', p. 10. Te raadplegen via: ineen.nl/wp-content/uploads/2021/12/InEen-Benchmark-Bulletin-2020V4.pdf.

¹¹⁹ Zie M. Cardol, L. van Dijk, J.D. de Jong, D.H. de Bakker, G.P. Westert (2004), 'Tweede Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. Huisartsenzorg: wat doet de poortwachter?', Utrecht/Bilthoven: NIVEL/RIVM. Te raadplegen via: nivel.nl/sites/default/files/bestanden/ns2_rapport2.pdf, p. 12 en nivel.nl/sites/default/files/bestanden/rapport_werkbelasting_huisartsen.pdf, p. 34.

¹²⁰ Zie Meijers, M., oude Hartman, T., Dulmen, S. van, Noordman, J. (2020), 'Patiënten stellen meer praktische vragen aan de huisarts'. Huisarts en Wetenschap: 2020, augustus. Te raadplegen via: postprint.nivel.nl/PPpp7522.pdf.

¹²¹ Zie Nivel (maart 2016), 'De werkbelasting van huisartsen – Nederland in internationaal perspectief', p. 34. Te raadplegen via: nivel.nl/sites/default/files/bestanden/rapport_werkbelasting_huisartsen.pdf.

¹²² Zie Meijers, M., oude Hartman, T., Dulmen, S. van, Noordman, J. (2020), 'Patiënten stellen meer praktische vragen aan de huisarts'. Huisarts en Wetenschap: 2020, augustus, p. 2. Te raadplegen via: postprint.nivel.nl/PPpp7522.pdf.

¹²³ Zie InEen (september 2018), 'Benchmarkbulletin Huisartsenpost 2017', p. 5. Te raadplegen via: ineen.nl/wp-content/uploads/2020/02/InEen-Benchmarkbulletin-Huisartsenposten-2017.pdf.

¹²⁴ Zie InEen (september 2019), 'Benchmark Huisartsenposten 2018', p. 13. Te raadplegen via: ineen.nl/wp-content/uploads/2022/03/Benchmarkbulletin-huisartsenposten-2018.pdf.

¹²⁵ Zie Nivel (september 2016), 'Praktijkondersteuners (POH's) in beeld: Aantallen, kenmerken en geografische spreiding in Nederland', p. 26. Te raadplegen via: www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/Rapport_analyse_arbeidsmarkt_POH.pdf.



- (95) Deze trend zet zich, zoals hierboven is toegelicht (MTVP en verplichte vergroting takenpakket), om tal van redenen voort. VWS, de NZa, de zorginkopers en de tweedelijnszorgaanbieders zetten daar ook allen op in (zie IZA). Hierdoor kan de gemiddelde consultduur uit 2015 niet meer als basis gelden voor de Tariefbeschikking.
- (96) Het Kostenonderzoek 2015 liet zien dat er een toename is in de consulten van 20 minuten of langer.¹²⁶ Huisartsenpraktijken hebben daarbij niet meer slechts incidenteel (zoals de NZa stelt)¹²⁷ te maken met langere consulten dan 20 minuten. Zeker in vergelijking met 2015/2016 waar een gemiddeld consult nog slechts ca. 13 minuten duurde, hebben huisartsenpraktijken evident te maken met de noodzaak om met veel meer langere consulten te werken. Consulten duren nu in vergelijking tot 2015/2016 ca. 27% langer. Daarbij is de wens van de zorginkopers, VWS, de NZa en andere zorgaanbieders dat er door middel van langere consulten MTVP is (zie bijvoorbeeld het IZA). Daarmee weet de NZa dat dit percentage eerder zal moeten stijgen dan dalen.¹²⁸
- (97) Dat er sprake is van ontoereikende bekostiging als gevolg van de Tariefbeschikking is als volgt toe te lichten. De huisartsen die van consulten van 10 minuten naar consulten van (minimaal) 15 minuten hebben moeten gaan, kennen een verlies van twee consulten van € 11,51 per uur. Zij kunnen immers geen zes maar slechts vier consulten per uur draaien. Dit economische verlies hebben veel huisartspraktijken al noodgedwongen moeten nemen. Het daadwerkelijke (maximale) economische verlies voor huisartsen per normpraktijk is daarbij als volgt te berekenen.¹²⁹
- Een consult van 15 minuten levert (bij zes uur spreekuur per dag) € 276,24 per dag op (4 x 6 x € 11,51). Bij een reëel werkjaar van 43 weken is dat dus € 59.391 (€ 276,24 x 5 x 43).
 - Een consult van 10 minuten levert (bij zes uur spreekuur per dag) € 414,36 per dag op (6 x 6 x € 11,51). Bij een reëel werkjaar van 43 weken is dat dus € 89.087 (€ 414,36 x 5 x 43).
- (98) Dit betekent dat het verlies voor de normpraktijk bijna € 30.000 per jaar is (€ 29.696). Per ingeschreven patiënt van een huisartsen normpraktijk (2095) is dat meer dan € 14 per jaar. Dit

¹²⁶ Zie Kostenonderzoek 2015 (**BIJLAGE 8**), p. 49.

¹²⁷ Zie NZa (7 november 2019), 'Beslissing op bezwaar Huisartsenpraktijk Sluis', p. 4. Te raadplegen via: puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_295537_22/1/.

¹²⁸ De toename tussen 13 en 16,5 minuten is 26,92%.

¹²⁹ We zijn bij de berekening uitgegaan van één fte huisarts die ca. 50 uur werkt (geen 40 uur) en ca. 40% administratie heeft. Zie hiervoor ook D. van Hassel (2020), 'Working hours of general practitioners. Identifying differences in working hours with data obtained by a real time measurement tool', diss. Nijmegen: Radboud Universiteit Nijmegen (NIVEL), p. 119-121. Te raadplegen via: www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/1003902.pdf.



verlies wordt door de NZa met de Tariefbeschikking niet gecompenseerd. In 2015 werd voor een consult van 10 of 15 minuten € 9,04 vergoed.¹³⁰ In 2023 zal dit € 11,51 zijn. Een toename van nog geen € 2,50 in acht jaren heft de negatieve gevolgen voor huisartsen die zoals de NZa weet noodzakelijkerwijs in 2023 nog MTVP moeten nemen niet op. Deze € 2,50 is immers alleen het gevolg van jaarlijkse inflatiecorrectie. €2,50 per consult levert immers bij vier consulten per uur (bij zes uur spreekuur per dag) per dag voor 43 weken € 12.900 op. Dat is in ieder geval ca. € 17.000 te weinig – als er *geen* sprake was van inflatie. Dit alles terwijl de inflatie historisch hoog (14,5% september 2022)¹³¹ is en ook voor 2023 een historisch gezien hoge inflatie verwacht wordt.

- (99) Doordat in de Tariefbeschikking geen rekening is gehouden met een toenemende gemiddelde consulttijd – terwijl dit wel vereist is vanuit het oogpunt van JZOJP en MTVP, vergrijzing en gedwongen substitutie van zorg (IZA) – zit er ook op dit punt een fundamentele fout in de Tariefbeschikking. De Tariefbeschikking voorziet op dit punt niet in kostendekkende tarieven voor huisartsenzorg. De NZa heeft niet voldaan aan het motiverings- en zorgvuldigheidsbeginsel. De Tariefbeschikking kan daarom geen stand houden.
- c. Langer wordende gemiddelde werkweek van de huisarts
- (100) Doordat het takenpakket van huisartsen door toedoen van externe factoren is verzaamd en de gemiddelde consultduur mede door de door derden opgelegde MTVP flink is toegenomen, is de gemiddelde werkweek van huisartsen ook gedwongen toegenomen. Daar wordt in de Tariefbeschikking geen, althans onvoldoende, rekening mee gehouden.
- (101) In het Kostenonderzoek 2015, waar de Tariefbeschikking op wordt gebaseerd, wordt ten aanzien van de werkweek van de huisarts allereerst een aantal opmerkelijke aannames gedaan. Zo wordt een huisarts-eigenaar aangemerkt met een werktijdfactor. Een huisarts-eigenaar die 40 uren of meer per week werkt wordt aangemerkt met een werktijdfactor per week van 1. Een huisarts-eigenaar die 24 uur per week werkt (parttime), heeft een werktijdfactor van $24/40 = 0,6$.¹³² De werktijdfactor per week per persoon kan maximaal 1 zijn.¹³³ Volgens het Kostenonderzoek 2015 besteden praktijkhouders (per fte) gemiddeld in totaal 52,05 uur per week.¹³⁴ Een werktijdfactor van 1,3 zou men denken, maar de door de NZa bedachte werktijdfactor kan maximaal 1 zijn. Deze gekunstelde, administratieve truc is ook op zichzelf beschouwd verkeerd gekozen. De werktijdfactor van huisartsen is gemiddeld namelijk gemiddeld (veel) meer dan 1. Deze '1' is namelijk gebaseerd op 40 uren in plaats van ca. 52 uren. Door van 40 uur uit te gaan wordt de arbeidskostencomponent in de Tariefbeschikking niet conform de realiteit vastgesteld.
- (102) Daarnaast geldt dat huisartsen in 2023 nog meer uren gemiddeld per week dienen te gaan werken. Waar het Kostenonderzoek 2015 uitgaat van ca. 52 uren per week, geldt dat huisartsen in 2018 al 59,3 uur per fte per week werkten.¹³⁵ Als het gaat om een zelfstandig gevestigde huisarts loopt het aantal werkuur per fte in 2018 zelfs op naar 61 uur.¹³⁶ Dit zal anno 2023 in ieder geval niet minder zijn geworden. Dat de NZa aldus met het Kostenonderzoek 2015 uitgaat van een gemiddelde werkweek van 40 uren (of zelfs 52.05 uren) is daarmee voorzienbaar onzorgvuldig.

¹³⁰ Zie Tariefbeschikking huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg 2015, TB/CU-7089-01. Te raadplegen via: puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_5759_22/4/.

¹³¹ Zie CBS (6 oktober 2022), 'Inflatie stijgt naar 14,5 procent in september'. Te raadplegen via: www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2022/40/inflatie-stijgt-naar-14-5-procent-in-september.

¹³² Kostenonderzoek 2015 (BIJLAGE 8), p. 6.

¹³³ Kostenonderzoek 2015 (BIJLAGE 8), p. 6.

¹³⁴ Kostenonderzoek 2015 (BIJLAGE 8), p. 7.

¹³⁵ Nivel (november 2018), 'De werkweek van de Nederlandse huisarts in 2018', p. 24. Te raadplegen via: www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/Werkweek_van_de_nederlandse_huisarts_2018.pdf.

¹³⁶ Nivel (november 2018), 'De werkweek van de Nederlandse huisarts in 2018', p. 24. Te raadplegen via: www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/Werkweek_van_de_nederlandse_huisarts_2018.pdf.



- d. Groei personele samenstelling en toename personeelskosten van huisartsenpraktijken
- (103) Door de verplichte vergroting van het takenpakket van de huisarts (zowel zorginhoudelijk als administratief) en de door exogene ontwikkelingen (vergrijzing, verzwaren van de problematiek) en MTVP is er ook meer personeel per huisartsenpraktijk vereist dan in 2015.
- (104) Het Kostenonderzoek 2015 ging uit van 3,68 fte per huisartspraktijk.¹³⁷ Het Kostenonderzoek 2015 zette uiteen dat er anno 2015, 24,7% meer personeel werd ingezet in de praktijk dan in 2010.¹³⁸ Deze toename was toe te schrijven aan de stijging van de inzet van huisartsenfuncties en praktijkondersteuners. In 2020 was in een gemiddelde huisartsenpraktijk 5,3 fte aan personeel in de dagzorg werkzaam.¹³⁹ Er is geen reden om aan te nemen dat het aantal fte in 2021 en 2022 anders was. Vermoedelijk is het aantal personeelsleden ten opzichte van 2020 zelfs gegroeid. De inzet van huisartsenfuncties en praktijkondersteuners is immers alleen maar gestegen als gevolg van de hiervoor uiteengezette vergroting van het takenpakket van huisartsen. Dit betekent dat er in 2023 minstens 1,62 fte meer in een huisartsenpraktijk werken dan door de NZa wordt verondersteld in haar Tariefbeschikking. Die Tariefbeschikking is immers gestoeld op het Kostenonderzoek 2015. Dat is een toename van maar liefst 44%, ofwel nog veel meer dan de toename van 24,7% die plaats had in de periode tussen 2010 en 2015. Hoewel meer personeel ook meer omzet zou moeten maken, geldt dat veel van de uren van het extra personeel (waaronder bijvoorbeeld de POH-S) veelal indirecte tijd betreffen. In de Tariefbeschikking is geen betaaltitel voor de POH-S of -ouderen opgenomen.
- (105) De ontwikkeling naar een steeds complexere en groeiende zorgvraag zorgt voor een toenemende werkdruk bij huisartsen.¹⁴⁰ De complexere zorgvraag komt vaker bij de huisarts terecht door de hiervoor besproken substitutie naar de eerstelijns. Deze verschuiving van zorg is voor een belangrijk deel opgevangen door praktijkondersteuners somatiek en praktijkondersteuners GGZ. Hoewel daarmee de spreekdrukdruk voor de praktijkhoudende huisarts niet persé is toegenomen, is haar verantwoordelijkheid dat duurzaam wel. Dit omdat deze huisarts te allen tijde (zowel tuchtrechtelijk als arbeidsrechtelijk gezien) eindverantwoordelijk is voor het werk van de praktijkondersteuners en –assistentes. Daar komt bij dat er – zoals in het IZA is gesignaleerd – sprake is van een probleem bij de door- en uitstroom in de GGZ (in de tweede lijn) die de huisartsen negatief raakt (deze blijft verantwoordelijk voor de patiënt zolang deze nog niet in behandeling is in de GGZ).
- (106) De grootste kostenpost van een gemiddelde huisartsenpraktijk is het personeel.¹⁴¹ De afgelopen jaren zijn de personeelskosten alleen maar toegenomen. In 2021 stegen de personeelskosten in de medische zorg met 15%.¹⁴² Dit is een sterkere stijging dan in voorgaande jaren.¹⁴³ Personeelstekort en cao-ontwikkelingen zijn oorzaken die hieraan ten grondslag liggen.¹⁴⁴ In de NZa Monitor contractering huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg 2021 wordt geconcludeerd dat aanvullend personeel vaak wel gewenst is, maar toch wordt geschuwd.¹⁴⁵ De voornaamste reden hiervoor is het financiële risico dat het aantrekken van personeel voor de huisartsenpraktijk met zich brengt.

¹³⁷ Zie Kostenonderzoek 2015 (**BIJLAGE 8**), p. 29.

¹³⁸ Zie Kostenonderzoek 2015 (**BIJLAGE 8**), p. 47.

¹³⁹ Nivel (2020), 'De arbeidsmarkt van de Nederlandse huisartsenzorg in 2020', p. 11. www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/1004166.pdf.

¹⁴⁰ Zwijsen et al (2016), 'Disentangling the concept of "the complex older patient" in general practice: a qualitative study', BMC Family Practice 17:64.

¹⁴¹ SRA, 'Branches in Zicht 2022. De harde cijfers van Nederlandse ondernemingen', p. 62. Te raadplegen via: www.advocatie.nl/content/uploads/Branches-in-Zicht-2022.pdf.

¹⁴² SRA, 'Branches in Zicht 2022. De harde cijfers van Nederlandse ondernemingen', p. 62. Te raadplegen via: www.advocatie.nl/content/uploads/Branches-in-Zicht-2022.pdf.

¹⁴³ In 2019 stegen de personeelskosten met 10% en in 2020 met 8%, zie SRA, 'Branches in Zicht 2022. De harde cijfers van Nederlandse ondernemingen', p. 62. Te raadplegen via: www.advocatie.nl/content/uploads/Branches-in-Zicht-2022.pdf.

¹⁴⁴ Cao huisartsenzorg 2022-2023. Te raadplegen via: www.lhv.nl/product/cao-huisartsenzorg/.

¹⁴⁵ Zie NZa (31 maart 2021), 'Monitor contractering huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg 2021', p. 17-18. Te raadplegen via puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_636620_22/1/.



- (107) Steeds meer huisartsenpraktijken verwachten binnen een jaar een tekort te hebben aan personeel, met name aan huisartsen en doktersassistenten. In 2018 was dit percentage nog 50% en sindsdien neemt het toe, tot 70% in 2021.¹⁴⁶ Vanwege de schaarste aan personeel worden huisartsen gedwongen hun personeel hoger in te schalen dan op grond van de CAO wordt voorgeschreven. Dit betreft zowel het indelen op een hogere trede in de schaal, als ook het indelen in een hogere schaal (bijv. leidinggevende doktersassistente in schaal 6 -> 7, praktijkmanager in 9 -> 10). Vanwege het nijpende personeelstekort in de zorg moeten ook vaak noodgedwongen uitzendkrachten en zzp'ers worden ingezet. Dat zijn veelal waarnemend huisartsen, maar in toenemende mate ook ZZP-doktersassistenten en ZZP-POH's. Deze ZZP-ers zijn veel duurder dan personeel in vast dienstverband. Voor doktersassistenten moet nu bij het uitzendbureau €45 tot € 50 per uur worden betaald, waarnemend huisartsen vragen in 2022 € 67 of hoger per uur (zie ook de geanonimiseerde factuur uit 2022 (**BIJLAGE 14**)).
- (108) Het platform www.waarneembemiddeling.nl wordt gebruikt om waarnemers in te huren. Dit platform maakt gebruik van de vrije prijsvorming op de waarnemersmarkt. Daarbij werkt een waarnemer gemiddeld minder uren per week dan een praktijkhoudende huisarts.¹⁴⁷ De tarieven die worden betaald voor waarnemingen van huisartsen stijgen almaar.¹⁴⁸ Elk jaar wordt door website www.waarneembemiddeling.nl de hoogte van tarieven van waarneming geïnventariseerd. De landelijk gemiddelde uurtarieven die in 2022 werden betaald voor een nachtdienst (€ 105,78), avonddienst (€ 93,31) en een weekenddienst (94,60 euro) zijn sinds vorig jaar wederom gestegen. Betaalde of ontving men bijvoorbeeld voor een nachtdienst in 2021 nog € 99,48, was dat in 2022 € 105,78 euro. Dat is ruim € 6 (6,3%) meer. In 2015 was de betaalde vergoeding voor dezelfde dienst nog ca. € 82,42.¹⁴⁹ Het tarief in 2022 is dus een stijging van 28,3%. Ook tarieven voor weekenddiensten stijgen. In 2021 herkende 15,3% van de ondervraagden het tarief van weekenddiensten als € 95. Inmiddels is dat percentage bijna verdubbeld naar 28,2%. In 2015 herkende 30,1% van de ondervraagde huisartsen een tarief voor een weekenddienst van € 71-75. Waar in 2015 aldus 1/3^e van de huisartsen ca. € 71-75 betaalde voor een waarnemer in het weekend, is dit in 2023 opgelopen naar ca. € 95. Het tarief voor dagwaarnemingen lag in 2021 tussen de € 61 en € 65. Ten opzichte van 2020 is ook hier een stijgende trendlijn te zien.¹⁵⁰
- (109) Per fte huisartseigenaar zette een huisartseigenaar gemiddeld 0,33 fte aan waarnemers in volgens het Kostenonderzoek 2015.¹⁵¹ Dat betekent dat de NZa in 2023 per fte huisartseigenaar (40 uren) nog steeds 13,2 uren (equivalent van 0,33 fte) aan waarnemer rekent. Per jaar is dit ca. 686 uren. Het Kostenonderzoek 2015 gaat uit van kosten voor inhuur (hidha, waarneming en externe inhuur) van € 34.839 per fte huisartseigenaar. Dat betekent dat de NZa rekening heeft gehouden met een gemiddeld uurtarief van ca. € 50,79 (€ 34.839 / 686). Zoals uit bovenstaande blijkt, ligt het gemiddelde uurtarief voor een waarnemer (ook na indexatie van het NZa tarief) beduidend hoger. Ook op dit punt is de Tariefbeschikking onzorgvuldig tot stand gekomen.
- (110) Daarbij komt dat de betaalde waarneemtarieven grote verschillen vertonen tussen provincies. In 2022 hanteert 34,6% van de deelnemende huisartsen in Nederland een uurtarief boven € 105 voor een nachtdienst. En 17,4% hanteert een tarief door tussen de € 101 en € 105. In Zuid-Holland noemt 36,4% van de respondenten een tarief hoger dan € 110 euro. In Limburg en Drenthe worden deze

¹⁴⁶ Nivel (11 oktober 2022), 'Personeelsknelpunten in huisartsenpraktijken zijn toegenomen'. Te raadplegen via: www.nivel.nl/nl/nieuws/personeelsknelpunten-huisartsenpraktijken-zijn-toegenomen.

¹⁴⁷ D. van Hassel, L. van der Velden, R. Batenburg (2014), *Landelijk SMS-tijdsbestedingsonderzoek huisartsen*, Utrecht: Nivel, p. 8. Te raadplegen via: www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/Rapport-Landelijk-SMS-tijdsbestedingsonderzoek-huisartsen.pdf.

¹⁴⁸ Zie www.waarneembemiddeling.nl, 'Tarievenmonitor 2022'. Te raadplegen via: www.waarneembemiddeling.nl/nieuws/tarievenmonitor-2022/.

¹⁴⁹ Zie www.waarneembemiddeling.nl, 'Tarievenmonitor 2015'. Te raadplegen via: www.waarneembemiddeling.nl/tarievenmonitor-2015/.

¹⁵⁰ Zie www.waarneembemiddeling.nl, 'Tarievenmonitor 2021'. Te raadplegen via: www.waarneembemiddeling.nl/nieuws/tarievenmonitor-2021.

¹⁵¹ Kostenonderzoek 2015 (**BIJLAGE 8**), p. 30 (Tabel 12).



hogere tarieven minder vaak gevraagd. Respondenten uit Flevoland en Zeeland noemen dit tarief helemaal niet.¹⁵²

- (111) De tarieven voor waarneming zijn aldus zeer hoog. Dit zou verdisconteerd moeten worden in de Tariefbeschikking. Zoals hierboven uiteen wordt gezet, is dit nu niet het geval.
- (112) Ook de POH-S vergoeding zoals opgenomen in de Tariefbeschikking zorgt niet voor kostendekkende huisartsenzorg. Een POH-S moet rekenen met dezelfde tarieven als een huisarts. De NZa miskent daarmee met de Tariefbeschikking dat een POH-S juist veelal indirecte en niet-patiëntgebonden handelingen moet verrichten. Het LHV Competentieprofiel dat sinds 2017 geldt, maakte het werk van een POH-S breder.¹⁵³ Uit het LHV Competentieprofiel blijkt dat een POH-S zeven competentiegebieden zou moeten bezitten: (1) zorgverlener, (2) communicator, (3) samenwerkingspartner, (4) reflectieve professional, (5) gezondheidsbevorderaar, (6) organisator ; en (7) professional en kwaliteitsbevorderaar.¹⁵⁴ Het zijn van een zorgverlener is daar maar één competentie van. Competenties uit de rollen 2 tot en met 7 zijn niet-patiëntgebonden (en daarmee niet-declarabele) werkzaamheden.
- (113) Het werkgebied van de POH-S (en de POH-ouderen) strekt zich vooral uit over kwetsbare patiënten, óók buiten de ketenzorg. Daarnaast speelt de POH-S in vele gevallen permanent een belangrijke rol in achterstands-¹⁵⁵ of kwetsbare wijken.¹⁵⁶ De begeleiding van deze patiënten met somatische klachten (suikerziekte, COPD, overgewicht etc.) vergt, hoe efficiënt een POH-S of huisarts ook werkt, veel tijd en inzet want zij brengen ook vaak hun niet-medische zorgen mee naar de praktijk. Uit de aard van de werkzaamheden en de doelgroep van een POH-S binnen een huisartsenpraktijk volgt dat deze over het algemeen gesprekken heeft die (veel) langer dan 20 minuten nemen. Zoals hierboven omschreven, duurt een gemiddeld consult volgens het onderzoek van Nivel ca. 26 minuten.¹⁵⁷ Hier wordt noch in het abonnementstarief, noch in het consulttarief rekening mee gehouden.

e. Toename huisvestingskosten

- (114) Het Kostenonderzoek 2015 gaat uit van huisvestingskosten van € 16.919 per praktijkhoudende huisarts.¹⁵⁸ Geïndexeerd naar 2020, is dit een bedrag van ca. € 18.000 per normpraktijk.¹⁵⁹ Een normpraktijk heeft ca. 140m² nodig.¹⁶⁰ Dat betekent dat de Tariefbeschikking uitgaat van ca. € 130 per m². Dat bedrag is voor alle praktijkeigenaren gelijk, onafhankelijk van de plaats waar zij zijn gevestigd.¹⁶¹ De gemiddelde huisvestingskosten zijn in de periode 2015 tot en met 2023 fors gestegen – substantieel meer dan de gemiddelde indexatie. Het Kostenonderzoek 2015 is gebaseerd op data uit 2015. In die periode hadden huisartsen niet te maken met torenhoge

¹⁵² Zie Waarneembemiddeling.nl, 'Tarievenmonitor 2022'. Te raadplegen via: www.waarneembemiddeling.nl/nieuws/tarievenmonitor-2022/.

¹⁵³ Zie Rapport POH Transitie van 20 april 2017. Te raadplegen via www.lhv.nl/product/competentieprofiel-poh/.

¹⁵⁴ Zie Rapport POH Transitie van 20 april 2017, p. 13. Te raadplegen via: www.lhv.nl/product/competentieprofiel-poh/.

¹⁵⁵ Zie De Eerstelijns (21 april 2021), 'Achterstandswijk: als vanzelfsprekend niet vanzelfsprekend is'. Te raadplegen via: www.de-eerstelijns.nl/2021/04/achterstandswijk-als-vanzelfsprekend-niet-vanzelfsprekend-is/.

¹⁵⁶ Zie Zorgenz (6 februari 2019), 'Huisartsen uit kwetsbare wijken gaan aan de slag met aanpak Krachtige basiszorg'. Te raadplegen via: zorgenz.nl/huisartsen-uit-kwetsbare-wijken-gaan-aan-de-slag-met-aanpak-krachtige-basiszorg/.

¹⁵⁷ Zie Nivel (september 2016), 'Praktijkondersteuners (POH's) in beeld: Aantallen, kenmerken en geografische spreiding in Nederland', p. 26. Te raadplegen via:

www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/Rapport_analyse_arbeidsmarkt_POH.pdf

¹⁵⁸ Zie Kostenonderzoek 2015 (BIJLAGE 8), p. 38.

¹⁵⁹ Zie de Dokter (1/2020), 'Huisartsenpraktijk in centrum wordt onbetaalbaar'. Te raadplegen via: www.lhv.nl/wp-content/uploads/2021/06/dd2001_08-11_huisvesting.pdf.

¹⁶⁰ Zie A. Maes (2 mei 2020), 'Vergoeding huisvestingskosten in zorgtarieven eerste lijn is te laag'. Te raadplegen via: zorgenstelsel.nl/vergoeding-huisvestingskosten-in-zorgtarieven-eerste-lijn-is-te-laag/.

¹⁶¹ Zie de Dokter (1/2020), 'Huisartsenpraktijk in centrum wordt onbetaalbaar'. Te raadplegen via: www.lhv.nl/wp-content/uploads/2021/06/dd2001_08-11_huisvesting.pdf.



huurbedragen. Daarnaast waren de verschillen tussen stad en regio in Nederland nog niet zo extreem groot.¹⁶²

- (115) De woningcrisis heeft niet alleen invloed op particulieren, maar vooral ook op huisartsen.¹⁶³ Werd de huisartsenpraktijk van vroeger enkel bemand door dokter en assistent, tegenwoordig is dat noodzakelijkerwijs anders. Als gevolg van de door de zorginkopers, VWS en NZa gewenste uitbreiding van het takenpakket van de huisartsen (JZOJP en MTVP), is er noodzakelijkerwijs meer ondersteunend personeel in de praktijk werkzaam: zoals meer praktijkondersteuners GGZ, de nieuwe functies - jeugd en - ouderenzorg en meer inzet van assistentes en waarnemers.
- (116) Door de zorginkopers, VWS en NZa gewenste en afgedwongen uitbreiding van het takenpakket (JZOJP en MTVP), en bijbehorende schaalvergroting zijn veel huisartsenpraktijken fysiek (veel) te krap in hun jas komen te zitten. Met tal van negatieve gevolgen van dien. Meer dan drie op de vier huisartsen heeft een huisvestingsprobleem (77%).¹⁶⁴ Hierbij valt te denken aan te krappe, te dure, of ongeschikte huisvesting of een combinatie daarvan.¹⁶⁵ 40% van de huisartsenpraktijken heeft last van te hoge huisvestingskosten.¹⁶⁶ Bijna de helft moet hierdoor keuzes maken die de druk op de huisartsen en het ondersteunend personeel nog verder opvoeren: ze kunnen geen nieuw personeel aantrekken en ook is er geen plek om nieuwe artsen op te leiden.¹⁶⁷ Het gevolg van voorgaande is dat bijna de helft van de praktijken een patiëntenstop moet hanteren zo bleek eerder dit jaar uit een enquête van de LHV.

Ruimtegebrek in cijfers

- 77% van alle huisartsen ondervindt nadelen door ruimtegebrek
- 52% van de praktijkhouders wil dringend verhuizen, verbouwen of uitbreiden
- 43% van de huisartsen vindt de praktijkruimte niet geschikt voor patiëntengroei
- 40% van de praktijken kan door ruimtegebrek geen extra personeel opleiden of aannemen
- 86% van de huisartsen verwacht een actieve rol van gemeenten in huisvestingsproblematiek

- (117) Waar een huisarts in 2013 ca. €2.000-€2.400 per m² kwijt was voor huisvestingskosten, kwam dat in 2021 al uit op €2.800-€3.000.¹⁶⁸ De prijsindex voor koopwoningen steeg van 100% in 2015 tot

¹⁶² Zie VPRO (23 april 2022), 'Nederlandse huisarts kampt met te klein 'huis''. Te raadplegen via: www.vpro.nl/argos/lees/onderwerpen/artikelen/2022/Nederlandse-huisarts-kampt-met-te-klein-huis.html.

¹⁶³ Zie NOS (31 januari 2022), 'Driekwart huisartsen kan geen praktijkruimte vinden of uitbreiden'. Te raadplegen via: nos.nl/artikel/2415160-driekwart-huisartsen-kan-geen-praktijkruimte-vinden-of-uitbreiden.

¹⁶⁴ Zie LHV, 'Huisvestingsproblemen'. Te raadplegen via: www.lhv.nl/thema/praktijkzaken/bouwen-verbouwen-of-huren/huisvestingsproblemen/.

¹⁶⁵ Zie LHV, 'Huisvestingsproblemen'. Te raadplegen via: www.lhv.nl/thema/praktijkzaken/bouwen-verbouwen-of-huren/huisvestingsproblemen/.

¹⁶⁶ Zie LHV, 'Huisvestingsproblemen'. Te raadplegen via: www.lhv.nl/thema/praktijkzaken/bouwen-verbouwen-of-huren/huisvestingsproblemen/.

¹⁶⁷ Zie VPRO (23 april 2022), 'Nederlandse huisarts kampt met te klein 'huis''. Te raadplegen via: www.vpro.nl/argos/lees/onderwerpen/artikelen/2022/Nederlandse-huisarts-kampt-met-te-klein-huis.html.

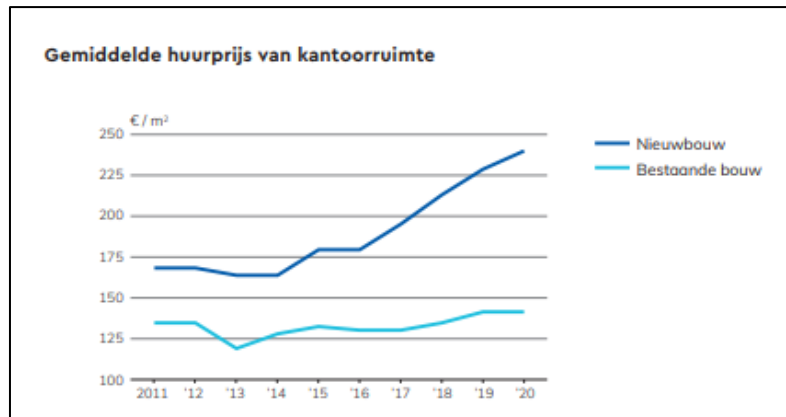
¹⁶⁸ Zie MedischOndernemen (18 oktober 2021), 'Explosieve bouwkosten: wat betekent dat voor uw praktijk?'. Te raadplegen via: www.medischondernemen.nl/blog/explosieve-bouwkosten-wat-betekent-dat-voor-uw-praktijk.



MAVERICK

Competition | Regulation | Litigation

189% in 2022 een stijging van maar liefst 89%.¹⁶⁹ Bouwkosten van nieuwbouw zijn naar schatting € 2.600 - € 3.000 per m². Bij deze nieuwbouwkosten hoort ongeveer een huur van €180 per m² exclusief servicekosten.¹⁷⁰ LHV Bouwadvies gaf desgevraagd aan dat huisartsen sinds 2020 voor een sleutelklare ruimte ca. € 175 - € 195 per m² exclusief servicekosten betalen (**BIJLAGE 15**). Dit is veel meer € 130 per m². Voor een los casco is de gemiddelde prijs € 115 - € 125 per m². Daarbij geeft LHV Bouwadvies aan sinds 2022 te merken dat er steeds vaker over deze bovengrens wordt heengegaan.



(118) Daarnaast zijn er grote verschillen per regio.

| | 2016 €/m ² | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 |
|-------------------------|--------------------------|------|------|------|------|
| Noord-Nederland | | | | | |
| Groningen | 125 | 122 | 126 | 130 | 122 |
| Leeuwarden | 105 | 105 | 100 | 105 | 110 |
| Assen | 80 | 90 | 90 | 104 | 100 |
| Oost-Nederland | | | | | |
| Apeldoorn | 95 | 113 | 105 | 108 | 114 |
| Arnhem | 120 | 130 | 124 | 116 | 119 |
| Enschede | 90 | 110 | 116 | 118 | 113 |
| Hengelo | 90 | 100 | 92 | 90 | 115 |
| Nijmegen | 110 | 115 | 121 | 119 | 116 |
| Zwolle | 114 | 114 | 114 | 114 | 119 |
| Midden-Nederland | | | | | |
| Amersfoort | 117 | 115 | 122 | 133 | 135 |
| Utrecht | 150 | 158 | 171 | 174 | 173 |
| Almere | 95 | 95 | 115 | 115 | 118 |
| West-Nederland | | | | | |
| Amsterdam | 197 | 205 | 216 | 221 | 221 |
| Den Haag | 140 | 141 | 149 | 155 | 157 |
| Rotterdam | 144 | 146 | 161 | 160 | 156 |
| Haarlemmermeer [1] | 151 | 151 | 152 | 149 | 154 |
| Zuid-Nederland | | | | | |
| Breda | 126 | 126 | 132 | 130 | 135 |
| Den Bosch | 127 | 134 | 128 | 136 | 134 |
| Tilburg | 124 | 111 | 111 | 120 | 120 |
| Eindhoven | 115 | 121 | 137 | 132 | 134 |
| Heerlen | 85 | 90 | 105 | 110 | 100 |
| Maastricht | 102 | 110 | 115 | 123 | 120 |

¹⁶⁹ Zie NVM Business (2021), 'Kantoren in cijfers 2021', p. 50. Te raadplegen via: www.nvm.nl/media/dnin504s/20210630-web-spread-nvm-kantoren-in-cijfers-2021.pdf. Zie ook CBS (24 oktober 2022), 'Bestaande koopwoningen; verkoopprijzen prijsindex 2015=100'. Te raadplegen via: www.cbs.nl/nl-nl/cijfers/detail/83906NED.

¹⁷⁰ Zie A. Maes (2 mei 2020), 'Vergoeding huisvestingskosten in zorgtarieven eerste lijn is te laag'. Te raadplegen via: zorgenstelsel.nl/vergoeding-huisvestingskosten-in-zorgtarieven-eerste-lijn-is-te-laag/.



- (119) Hierbij is nog geen rekening gehouden met de torenhoge energiekosten anno 2022/2023 en de oplopende inflatie van ca. 10%.¹⁷¹ De inflatie in Nederland is in september gestegen naar 17,1%.¹⁷² Ook wordt door de NZa geen rekening gehouden met de fors hogere kosten voor het noodzakelijkerwijs laten aanpassen, verbouwen of uitbreiden van een praktijk. De kosten daarvoor - van vergunning, verbouwing tot inrichting - zijn fors gestegen. De situatie is ook op dit vlak kort gezegd niet vergelijkbaar met 2015. De bouwkostenindex van het CBS steeg in de periode 2015-2022 maar liefst 40,5%.¹⁷³

| Perioden | Bouwkosten totaal | | Looncomponent | | Materiaalcomponent | | |
|------------------------------|-------------------|--|---------------|--|--------------------|--|------|
| | Prijsindex | Mutaties tov dezelfde periode vorig jaar | Prijsindex | Mutaties tov dezelfde periode vorig jaar | Prijsindex | Mutaties tov dezelfde periode vorig jaar | |
| | 2000=100 | % | 2000=100 | % | 2000=100 | % | |
| 2015 augustus | 139,9 | | 2,0 | 146,8 | 1,6 | 135,3 | 2,2 |
| 2016 augustus | 143,0 | | 2,2 | 149,4 | 1,7 | 138,7 | 2,5 |
| 2017 augustus | 146,7 | | 2,5 | 152,4 | 2,1 | 143,7 | 3,6 |
| 2018 augustus | 150,8 | | 2,8 | 156,9 | 2,9 | 147,7 | 2,8 |
| 2019 augustus | 154,5 | | 2,5 | 160,6 | 2,4 | 151,5 | 2,5 |
| 2020 augustus | 158,0 | | 2,3 | 167,0 | 4,0 | 152,4 | 0,6 |
| 2021 augustus | 165,9 | | 5,0 | 166,6 | -0,2 | 168,0 | 10,2 |
| 2022 augustus ¹⁷³ | 180,4 | | 8,8 | 172,1 | 3,3 | 191,1 | 13,8 |

Bron: CBS

- (120) Wat de NZa eveneens miskent is dat de behoefte aan werkruimte door toename van het aantal benodigde fte (minimaal +2 fte) om te voldoen aan de JZOJP en MTVP erg is toegenomen. Dit maakt dat zelfs als de indexatie een volledige compensatie zou geven voor gestegen huur, verbouw-/uitbreidingskosten en de kosten voor vergunningen, de Tariefbeschikking nog steeds tekortschiet. Dit omdat er weinig tot geen compensatie is voor de extra vierkante meters die huisartsen permanent moe(s)ten inzetten sinds 2015 als gevolg van door de zorginkopers, VWS en NZa gewenste en afgedwongen uitbreiding van het takenpakket en bijbehorende schaalvergroting van veel huisartsenpraktijken. Daarbij komt dat er een zeer hardnekkig probleem is op de woningmarkt / de (ver)bouw van (nieuwe) gebouwen, waardoor er in 2023 bepaald geen sprake is van een verlichting, maar juist van een voorzienbare verergering van deze problematiek.

- (121) Met deze fors hogere huisvestingskosten in 2023 dan in 2015 is geen rekening gehouden in de Tariefbeschikking.

f. Conclusie

- (122) Geconcludeerd moet worden dat de NZa in de Tariefbeschikking geen rekening houdt met de kostenposten die in hoofdstuk V zijn beschreven. De NZa miskent diverse (fors gestegen) kosten die sinds 2015 voortvloeien uit: (a) de vergroting van het takenpakket van huisartsen, (b) de noodzakelijke toename van de duur van een consult, (c) de langere gemiddelde werkweek van huisartsen, (d) de groei van de personele samenstelling en toenemende personeelskosten van de huisartsenpraktijk en (e) stijgende huisvestingskosten. Als toegelicht weet de NZa dat ieder van de punten mede door VWS, zorginkopers en de NZa van de huisartsen wordt gevraagd en/of zien op onderwerpen waar de huisartsen zelf geen invloed hebben.

VI. NEGATIEVE GEVOLGEN BELEID NZA

- (123) De NZa weet daarbij ook al jaren wat de gevolgen zijn van haar beleid voor de sector. Er zijn steeds minder huisartsen bereid het praktijkhouderschap op zich te nemen. De ontoereikende vergoeding in combinatie met de steeds verder oplopende belasting van de huisarts-praktijkhouder is daar

¹⁷¹ Zie CBS 6 oktober 2022, 'Inflatie stijgt naar 14,5 procent in september'. Te raadplegen via: www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2022/40/inflatie-stijgt-naar-14-5-procent-in-september.

¹⁷² Zie NOS (30 september 2022), 'Inflatie stijgt naar recordhoogte van 17,1 procent'. Te raadplegen via: nos.nl/artikel/2446511-inflatie-stijgt-naar-recordhoogte-van-17-1-procent.

¹⁷³ Zie CBS (28 oktober 2022), 'Nieuwbouwwoningen; inputprijsindex bouwkosten 2000=100, vanaf 1990'. Te raadplegen via: opendata.cbs.nl/statline/#/CBS/nl/dataset/80444ned/table?fromstatweb.



direct debet aan.¹⁷⁴ Onder meer deze toegenomen verantwoordelijkheid en werkzaamheden die inherent zijn aan een niet naar behoren functionerende door- en uitstroom in de GGZ naar de tweede lijn, leidt er in toenemende mate toe dat significant minder huisartsen praktijkhouder willen worden. Dit temeer nu de prikkel om dit te (blijven) doen veel te beperkt is. Als waarnemer is zonder een vergelijkbare verantwoordelijkheid en ANW-dienstbelasting vrijwel net zo veel te verdienen als door een praktijkhouder. Dat terwijl de NZa weet dat de verantwoordelijkheden van een waarnemer vele malen minder zijn. Zie ook het overzicht van alle werkzaamheden bij [xx] in dit bezwaarschrift dat *niet* ten laste komen van de waarnemer.

- (124) Uit openbaar onderzoek volgt, zo weet de NZa, dat continuïteit van een vaste huisarts een belangrijke voorspeller is van lagere sterftecijfers, minder ziekenhuisopnames, minder gebruik van spoedeisende hulp en minder verwijzingen naar specialistische zorg.¹⁷⁵ Recent was dat voor de inwoners van Lexmond zelfs de reden om door middel van crowdfunding een eigen vaste huisarts mogelijk te maken.¹⁷⁶ Hoewel dit een zeer lovenswaardig initiatief is, laat dit voorbeeld zien dat de aantrekkingskracht van de huisartspraktijkhouder teveel onder druk staat en dat de zorgverzekeraars hun zorgplicht niet serieus nemen.
- (125) De toenemende verzwaring van het huisartsenvak treft, zo wordt onder andere in het IZA bevestigd, de huisarts-praktijkhouder. Door de verzwaring van het vak in combinatie met de ondermaatse beloning van de praktijkhouder – zeker afgezet tegen de forse stijgingen van de vergoeding voor waarnemers – is het praktijkhouderschap steeds minder aantrekkelijk. Huisartsen willen steeds minder vaak praktijkhouder worden. Was in 2015 nog bijna 84% van de huisartsen praktijkhouder.¹⁷⁷ In 2021 was dit nog maar 51%.¹⁷⁸ Emeritus-hoogleraar Frans Meijman waarschuwde recent nog in een open brief de minister van VWS en de vaste Kamercommissie voor de gevolgen van afnemende aantallen praktijkhouders.¹⁷⁹
- (126) Uit cijfers van de Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten blijkt dat de afgelopen tien jaar gemiddeld 122 huisartsen hun registratie vóór hun 65ste jaar beëindigden. Overledenen zijn in dat aantal niet meegenomen. Vooral huisartsen jonger dan 50 hingen afgelopen jaar hun stethoscoop aan de wilgen.¹⁸⁰
- (127) Als huisartsen geen praktijkhouder meer willen worden of vroegtijdig stoppen is dat niet alleen een enorme kapitaalvernietiging (de opleiding kost de samenleving al snel € 200.000). Het is funest voor de continuïteit van de poortwachtersrol die de huisarts moet vervullen. Daarbij is het een signaal dat het vak van huisarts blijkbaar steeds onaantrekkelijker wordt, waarbij de toename in werkdruk en -belasting een grote rol zal spelen. Wanneer er minder praktijkhouders komen, neemt de druk bij de resterende praktijkhouders op met name de avond/nacht/weekend diensten (ANW) belasting navenant toe. Dit proces leidt tot een zichzelf versterkende neerwaartse spiraal. Door in de Tariefbeschikking opnieuw geen acht te slaan op deze feiten en omstandigheden wordt de neerwaartse spiraal door de NZa versterkt.

¹⁷⁴ Zie Medisch Contact (13 oktober 2021), '*Driekwart huisartsen vindt werkdruk te hoog*'. Te raadplegen via: www.medischcontact.nl/nieuws/laatste-nieuws/nieuwsartikel/driekwart-huisartsen-vindt-werkdruk-te-hoog.htm.

¹⁷⁵ Zie Sandvik e.a. (2022), '*Continuity in general practice as predictor of mortality, acute hospitalisation, and use of out-of-hours care*', in: British Journal of General Practice. Te raadplegen via: bjgp.org/content/bjgp/72/715/e84.full.pdf.

¹⁷⁶ Zie Medisch Contact (5 augustus 2022), '*Een vaste huisarts, mede mogelijk gemaakt door dorpsbewoners*'. Te raadplegen via: www.medischcontact.nl/nieuws/laatste-nieuws/nieuwsartikel/een-vaste-huisarts-mede-mogelijk-gemaakt-door-dorpsbewoners.htm.

¹⁷⁷ Zie Nivel (maart 2016), '*Cijfers uit de registratie van huisartsen – Peiling 2015*', p. 11. Te raadplegen via: www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/cijfers-uit-de-registratie-van-huisartsen-peiling-jan-2015.pdf.

¹⁷⁸ Zie Nivel (2021), '*Cijfers uit de registratie van huisartsen 2021*'. Te raadplegen via: www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/1004234.pdf.

¹⁷⁹ Zie Huisarts Vandaag (12 oktober 2022), '*Hele gebieden zonder huisarts is een groot en onderschat probleem*'. Te raadplegen via: huisartsvandaag.nl/hele-gebieden-zonder-huisarts-is-een-groot-en-onderschat-probleem/.

¹⁸⁰ Zie Medisch Contact (2 maart 2022), '*Jonge huisartsen haken af*'. Te raadplegen via: www.medischcontact.nl/nieuws/laatste-nieuws/artikel/jonge-huisartsen-haken-af.htm.



- (128) De NZa heeft de tariefsverhoging m.b.t. de ANW-diensten gekoppeld aan een ‘eerlijkere’ verdeling van de ANW-diensten over *alle* huisartsen. Deze verdeling gaat evenwel met enkel de komst van nieuwe ANW-tarieven per 1 januari 2023 niet in heel Nederland van de grond komen. Hoewel de nu aangekondigde verhoging van de ANW-tarieven terecht is, lost de NZa hiermee slechts een deel (ANW) van het probleem op papier op. De NZa onderschrijft dat ook.¹⁸¹ Dat heeft te maken met het volgende. Waarnemende huisartsen kunnen ook met de tariefsverhoging m.b.t. de ANW-diensten niet worden gedwongen om meer avond/nacht/weekend diensten te draaien. Waarnemers blijven enkel gebonden aan het minimum van vijf diensten per jaar om hun BIG-registratie te behouden. Zij kunnen dus blijven weigeren meer diensten te gaan draaien en dat probleem doet zich in de praktijk nog steeds voor. Er is geen reden om aan te nemen dat dit in 2023 in heel Nederland anders is. Waarnemers missen immers de prikkel om eigenstandig meer ANW-diensten te gaan draaien.
- (129) De NZa weet ook dat zonder de noodzakelijk permanente fysieke inzet van waarnemers en hun commitment aan een regioplan het hogere ANW-tarief niet per 2023 uitbetaald zal worden door zorgverzekeraars. Dat is wat er op het moment door zorgverzekeraars wordt gecommuniceerd. Kortom, *de facto* zal het hogere ANW-tarief in 2023 voorlopig niet in heel Nederland een positieve rol kunnen gaan spelen. Deze moeilijkheden aan de aanbodzijde van de zorg in combinatie met de toenemende vraag naar zorg leiden op termijn zelfs tot een tekort aan zorgpersoneel.¹⁸²
- (130) Huisartsen kampen voorts met het feit dat de NZa tarieven in onvoldoende mate zijn meegegroeid met de ICT- en personeelsinvesteringen die gedaan moeten worden om e-health-toepassingen goed in te kunnen zetten. Dit gaat bovendien ten koste van de innovatie van de zorg, waar als het IZA wordt gevolgd juist veel van mag worden verwacht. Uit onderzoek van het NIVEL blijkt dat huisartsen niet toekomen aan de ontwikkeling van e-health binnen de praktijk:
- “Een belangrijke barrière bij het toepassen van e-health die door huisartsen wordt ervaren, is het gebrek aan tijd. In de interviews met huisartsen wordt unaniem aangegeven dat dit en de bijkomende tijdsdruk op de praktijken en de huisartsen als een groot probleem wordt ervaren. De huisartsen ervaren dat de druk momenteel zo hoog is dat er weinig ruimte is om “andere” dingen te doen. Het innoveren, laat staan implementeren van verschillende e-health-toepassingen, zodat deze blijvend gebruikt kunnen worden, krijgt daardoor niet voldoende aandacht op dit moment.”¹⁸³*
- (131) Een huisarts verwoordt het als volgt:
- “Ik ben echt aan het overleven. Ik werk 11/12 uur per dag. En dan is er geen ruimte meer voor innovatie.”¹⁸⁴*
- (132) Dit alles leidt er onder andere toe dat er steeds meer huisartsen die praktijk houden met een burn-out zijn. Als belangrijkste stressfactoren noemen huisartsen achtereenvolgens praktijkadministratie, diensten en de emotionele zwaarte van het vak, het managen van personeel en praktijk en de omgang met overheid en zorgverzekeraars. Voor velen is het een uitdaging dat de zorgvraag complexer wordt, maar de consulttijd niet meegroeit: ze hebben te weinig tijd per patiënt. Daarbij

¹⁸¹ Zie NZa-Magazine 02 (8 november 2022), ‘De handen ineen voor toekomstbestendige anw-zorg’: “De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) heeft deze aanpassingen inmiddels doorgevoerd in de regelgeving die per 1 januari 2023 van kracht is. Maar: alleen hogere en gedifferentieerde uurtarieven verlichten de huidige werkdruk van huisartsen niet. Daarom wordt in het integraal zorgakkoord de voorwaarde gesteld dat de anw-diensten anders verdeeld moeten worden onder praktijkhouders, huisartsen in dienst (hidha’s) en waarnemende huisartsen in de regio.”. Te raadplegen via: magazines.nza.nl/nza-magazines/2020/02/de-handen-ineen-voor-toekomstbestendige-anw-zorg.

¹⁸² D. van Hassel (2020), ‘Working hours of general practitioners. Identifying differences in working hours with data obtained by a real time measurement tool’, diss. Nijmegen: Radboud Universiteit Nijmegen (NIVEL), p. 24-25. Te raadplegen via: www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/1003902.pdf.

¹⁸³ Plukker, R., Bent-Dorr, R. van der, Tuyl, L. van (2022) ‘Gebruik e-health in de huisartsenpraktijk geremd door gebrek aan tijd en complexe bekostiging: een exploratie van perspectieven van huisartsen, zorgverzekeraars en HIS-leveranciers’, Utrecht: Nivel, 2022, p. 4. Te raadplegen via: www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/1004303.pdf.

¹⁸⁴ Plukker, R., Bent-Dorr, R. van der, Tuyl, L. van (2022) ‘Gebruik e-health in de huisartsenpraktijk geremd door gebrek aan tijd en complexe bekostiging: een exploratie van perspectieven van huisartsen, zorgverzekeraars en HIS-leveranciers’, Utrecht: Nivel, 2022, p. 4. Te raadplegen via: www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/1004303.pdf.



kent -zo weet de NZa- het huisartsenberoep steeds meer vrouwen.¹⁸⁵ Met name vrouwelijke huisartsen noemen ook de combinatie van werk en privéleven een bron van stress. Wat verder ook zij van dit punt, het staat buiten kijf dat veel huisartsen structureel overwerken.

- (133) In het LHV-onderzoek 'Hoe wil de huisarts dokteren?' (2019/2020) gaven huisartsen aan op welke manier ze hun vak wilden uitoefenen. Huisartsen in opleiding melden dat 65% zich binnen 10 jaar als praktijkhoudende huisarts ziet werken. Dat percentage stijgt naar 71% vlak na de opleiding tot huisarts. Toch werkt 10 jaar later nog maar 58% van hen daadwerkelijk als praktijkhouder. Het vak van praktijkhouder heeft door de ondermaatse beloning in combinatie met de almaar stijgende verantwoordelijkheid een slechte reputatie gekregen.¹⁸⁶

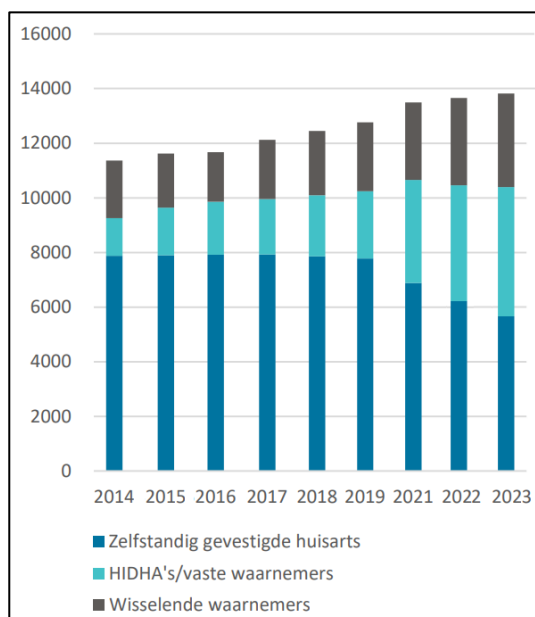


- (134) Sinds het begin van dit millennium starten en werken steeds meer huisartsen als waarnemer. De instroom van zelfstandige huisartsen neemt daarom fors en gestaag af met de eerder beschreven neerwaartse spiraal tot gevolg. Dat is gelet op de hiervoor beschreven ambities op het gebied van continuïteit, zorg dichtbij de patiënt en wetenschappelijk bewezen voordelen van een praktijkhoudende huisarts, een negatieve trend waar de NZa mede voor verantwoordelijk is.
- (135) Als gevolg van het beleid van de NZa komt er almaar meer druk te liggen op zelfstandig gevestigde huisartsen die een praktijk houden. Het aantal praktijkhoudende huisartsen neemt hierdoor gestaag af, terwijl de verantwoordelijkheid van de praktijkhouder alleen maar toeneemt. Als waarnemend huisarts is immers meer te verdienen. Het aantal waarnemende huisartsen neemt daardoor flink toe. De ratio praktijkhoudende huisartsen versus waarnemende huisartsen neemt overigens al sinds 2000 af. Was in 2000 bijna 10% wisselend waarnemer, in 2021 is dit 21%. In 2000 werkte 6% van alle huisartsen in loondienst of als vaste waarnemer, in 2021 is dit 28% van de huisartsen. Dat betekent dat in 2021 ca. 49% van de huisartsen (wisselende/vaste) waarnemer is en 51% praktijkhoudende huisarts. Voornamelijk in de afgelopen jaren – sinds 2015 – is het aantal waarnemende huisartsen flink toegenomen. Dit is inzichtelijk in onderstaande figuur.¹⁸⁷

¹⁸⁵ D. van Hassel (2020), 'Working hours of general practitioners. Identifying differences in working hours with data obtained by a real time measurement tool', diss. Nijmegen: Radboud Universiteit Nijmegen (NIVEL), p. 24-25. Te raadplegen via: www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/1003902.pdf.

¹⁸⁶ Zie LHV, 'Het gewenste carrièrepad van huisartsen'. Te raadplegen via: www.lhv.nl/wp-content/uploads/2021/09/LHV_factsheet_Gewenste-carrierepad-huisarts_Hoe-wil-de-huisarts-dokteren.pdf.

¹⁸⁷ Zie het bronbestand: Nivel (2022), 'Cijfers uit de registratie van huisartsen 2021', www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/1004234.pdf. De cijfers voor de jaren 2022 en 2023 zijn geëxtrapoleerd op basis van een *best effort* inschatting vanuit de data over de voorliggende jaren.



- (136) Waarnemers hebben veel minder verplichtingen.¹⁸⁸ Omdat de verplichting om 24/7 huisartsenspoedhulp te bieden voor het grootste gedeelte op de praktijkhouders rust,¹⁸⁹ wordt een steeds kleinere pool van huisartsen verantwoordelijk voor de invulling van de diensten. Door de ondermaatse betaling en de hoge werkdruk in de diensten lukt het ook steeds minder om de diensten te 'verkopen', waardoor de praktijkhouder met de dienst blijft zitten. Deze verplichting is nog een reden waarom steeds minder huisartsen ervoor kiezen om praktijkhouder te worden.

VII. CONCLUSIE

- (137) De Tariefbeschikking is in strijd met artikel 50 Wmg en het zorgvuldigheidsbeginsel, het motiveringsbeginsel en het beginsel van zorgvuldige belangenafweging (evenredigheidsbeginsel). Door de ontwikkeling van de beschreven kosten is het Kostenonderzoek 2015 al vele jaren niet representatief laat staan voldoende voor een onderbouwing van de Tariefbeschikking. De vergoeding die huisartsen krijgen op basis van het Kostenonderzoek 2015 is ruim onvoldoende om de kosten anno 2023 te kunnen dekken. Hier heeft de NZa in de Tariefbeschikking niet (voldoende) rekening mee gehouden. Dat de tarieven worden geïndexeerd doet hier niet aan af.
- (138) De Huisartsen verzoeken de NZa het bezwaarschrift gegrond te verklaren en een nieuwe tariefbeschikking te nemen waarin de tarieven voor huisartsenzorg minimaal kostendekkend worden vastgesteld.

¹⁸⁸ Zie VPRO (23 april 2022), 'Nederlandse huisarts kampt met te klein 'huis''. Te raadplegen via: www.vpro.nl/argos/lees/onderwerpen/artikelen/2022/Nederlandse-huisarts-kampt-met-te-klein-huis.html.

¹⁸⁹ Zie CBb 5 juni 2018, ECLI:NL:CBB:2018:274, r.o. 9: "Het College is ten slotte van oordeel dat verweerster voldoende aannemelijk heeft gemaakt dat het opnemen van de borging van de ANW-zorg in de beschrijving van de prestatie "inschrijving" nodig is, zowel om te verduidelijken dat het borgen van de ANW-zorg behoort tot de activiteiten die een huisarts in het kader van het inschrijftarief dient te leveren als om te voorkomen dat een huisarts die die zorg niet borgt toch aanspraak zou kunnen maken op het volledige inschrijftarief."



MAVERICK

Competition | Regulation | Litigation

Amsterdam, 8 november 2022

Gemachtigden,

D.W.L.A. Schrijvershof

P. Sippens Groenewegen

A.J.H. Kingma

| Bijlagen bij aanvullend bezwaarschrift | |
|---|--|
| 1 | Prestatie- en tariefbeschikking huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg 2023 - TB/REG-23617-01 |
| 2 | Prestatie- en tariefbeschikking huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg 2023 - TB/REG-23617-02 |
| 3 | Prestatie- en tariefbeschikking huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg 2023 - TB/REG-23617-03 |
| 4 | Pro forma bezwaar van de Huisartsen tegen de Tariefbeschikking d.d. 3 augustus 2022 |
| 5 | E-mail NZa m.b.t. uitstel indienen aanvullende gronden van bezwaar d.d. 6 oktober 2022 |
| 6 | Beleidsregel huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg 2023 met kenmerk BR/REG-23132a d.d. 27 september 2022 |
| 7 | Verantwoordingsdocument Toelichting op de berekening van de tarieven huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg |
| 8 | Praktijkkostenonderzoek huisartsen 2015 – feitenrapport |
| 9 | Bestuurlijk akkoord huisartsenzorg 2019 t/m 2022 |
| 10 | Integraal Zorgakkoord 2022 |
| 11 | Brief minister van VWS aan LHV ihkv IZA (ongedateerd) |
| 12 | Brief minister van VWS aan LHV ihkv IZA d.d. 15 september 2022 |
| 13 | Handreiking LHV 'Meer tijd voor de patiënt in de praktijk of regio' |
| 14 | Geanonimiseerde factuur waarneming 2022 |
| 15 | E-mail LHV Bouwadvies – Huurprijzen huisartsenpraktijk d.d. 27 oktober 2022 |