



Geadresseerden:
Zie hiervoor verzendlijst in bijlage 1

Behandeld door
mr. I.M. Koopman

Telefoonnummer
030 – 285 08 77

E-mailadres
jur@nza.nl

Kenmerk
433032-1455582

Datum
29 maart 2023

Betreft

Beslissing op bezwaar

Geachte heer, mevrouw,

Hierbij ontvangt u de beslissing op bezwaar van de Nederlandse Zorgautoriteit inzake het op 15 augustus 2022 door u ingediende bezwaarschrift namens Landelijke Huisartsen Vereniging en Vereniging Praktijkhoudende Huisartsen met het zaaknummer 433032. Tevens treft u een verslag van de hoorzitting aan.

De Nederlandse Zorgautoriteit is, op grond van artikel 20 van de Wet marktordening gezondheidszorg, voornemens deze beslissing op bezwaar te publiceren op haar website: www.nza.nl. Wij publiceren het verslag van de hoorzitting niet.

Bevat deze beslissing op bezwaar vertrouwelijke gegevens, gevoelige bedrijfsinformatie of andere gegevens waarvan u publicatie wenst te voorkomen, dan kunt u schriftelijk gemotiveerd aangeven welke gegevens het betreft.

Als wij binnen twee weken geen reactie van u hebben ontvangen, publiceren wij de beslissing op bezwaar.

Hoogachtend,
Nederlandse Zorgautoriteit

mr. R.N. van Donk
unitmanager Juridische Zaken

BESLISSING OP BEZWAAR

Bij brief van 15 augustus 2022, die door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) is ontvangen op 16 augustus 2022, hebben de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV), statutair gevestigd te Utrecht en Vereniging Praktijkhoudende Huisartsen (VPH), statutair gevestigd te Amsterdam (hierna: bezwaarden 1), bezwaar gemaakt tegen de Prestatie- en tariefbeschikking huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg van 29 juli 2022 met kenmerk TB/REG-23617-02.

Bij brief van 3 augustus 2022, die door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) is ontvangen op 3 augustus 2022, hebben Stichting De Bevlogen Huisartsen, statutair gevestigd te Haarlem en 129 huisartsen, zoals genoemd in bijlage 2 bij deze beslissing op bezwaar (hierna: bezwaarden 2), bezwaar gemaakt tegen de Prestatie- en tariefbeschikking huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg van 30 juni 2022 met kenmerk TB/REG-23617-01.

Bij brief van 30 augustus 2022, die door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) is ontvangen op 30 augustus 2022, heeft Huisartsen Eemland B.V., statutair gevestigd te Amersfoort (hierna: bezwaarde 3), bezwaar gemaakt tegen de Prestatie- en tariefbeschikking huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg van 29 juli 2022 met kenmerk TB/REG-23617-02.

Bij brief van 1 augustus 2022, die door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) is ontvangen op 1 augustus 2022, heeft Huisartsenpost de Gelderse Vallei B.V., statutair gevestigd te Ede (hierna: bezwaarde 4), bezwaar gemaakt tegen de Prestatie- en tariefbeschikking huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg van 29 juli 2022 met kenmerk TB/REG-23617-02.

De bestreden beschikking met kenmerk TB/REG-23617-01 van 30 juni 2022 is vervangen door de prestatie- en tariefbeschikking met kenmerk TB/REG-23617-02, die is vastgesteld op 29 juli 2022. Laatstgenoemde tariefbeschikking is vervangen door de prestatie- en tariefbeschikking met kenmerk TB/REG-23617-03, die is vastgesteld op 27 september 2022. Laatstgenoemde beschikking treedt in werking per 1 januari 2023. De bezwaren worden geacht op grond van artikel 6:19 Algemene wet bestuursrecht (Awb) mede gericht te zijn tegen de laatstgenoemde beschikking.

Bij brief van 29 september 2022 hebben bezwaarden 1 het bezwaar aangevuld met nadere gronden.

Bij brief van 9 november 2022 hebben bezwaarden 2 het bezwaar aangevuld met nadere gronden.

Bij brief van 24 november 2022 hebben bezwaarden 1 aanvullende stukken op het bezwaar ingediend.

Bij e-mail van 24 november 2022 hebben bezwaarden 2 aanvullende stukken op het bezwaar ingediend.

Bij e-mail van 28 november heeft de NZa de door bezwaarden 1 en 2 aanvullende stukken aan alle bezwaarden en derde-belanghebbenden gestuurd.

Naar aanleiding van de bezwaren zijn belanghebbenden op 6 december 2022 gehoord.

Bij brief van 28 december 2022 aan bezwaarden 1, 2, 3 en 4 heeft de NZa de termijn van zes weken waarbinnen zij moet beslissen op de bezwaarschriften met toepassing van artikel 7:10, derde lid, van de Algemene wet bestuursrecht (Awb) verlengd met zes weken.

In haar vergadering van 28 maart 2023 heeft de Raad van Bestuur van de NZa de hierboven vermelde beschikking heroverwogen. De NZa heeft besloten dat niet tegemoet kan worden gekomen aan de bezwaren en dat het oorspronkelijke besluit ongewijzigd in stand blijft. De bezwaren worden dan ook ongegrond verklaard. Hieronder geven wij u de reden daarvoor.

DE AANGEVOERDE BEZWAREN

Bezwaarden 1

Bezwaarden 1 voeren, samengevat, aan dat de tarieven in het bestreden besluit niet kostendekkend zijn. Daarnaast is het schrappen van de mogelijkheid om de prestaties intensieve zorg in rekening te kunnen brengen voor een visite aan een patiënt met (een verdenking op) COVID-19 onzorgvuldig.

Ten aanzien van de onderbouwing van de tarieven

Volgens bezwaarden 1 heeft de NZa de tarieven onterecht gebaseerd op het kostenonderzoek over het boekjaar 2015, terwijl zij in eerdere overleggen hebben aangekaart dat aanpassingen moeten worden doorgevoerd. De kosten uit dit onderzoek zijn naar de mening van bezwaarden 1 niet meer reëel en representatief omdat de praktijkvoering van huisartsen sinds 2015 wezenlijk is veranderd. Hierdoor zijn kostenposten toegenomen. Wijzigingen ten opzichte van 2015 betreffen volgens bezwaarden 1: a) een toename van huisvestingskosten, b) een toename van personeelskosten, c) de indexatie is onvoldoende en d) prijsstijgingen vanwege inflatie. Tijdens de hoorzitting hebben bezwaarden 1 aangegeven dat zij geen voorstander zijn van een kostenonderzoek over het meest recent afgesloten representatieve boekjaar (2019). De NZa zou de tarieven ook op een andere wijze kunnen herijken. Tot slot brengen bezwaarden 1 naar voren dat de NZa op grond van bijzondere omstandigheden (ad e) zou moeten afwijken van de toepassing van haar vigerende beleid bij de vaststelling van de bestreden tarieven.

Ad a) Huisvestingskosten

Bezwaarden 1 geven aan dat de NZa er, bij de bepaling van de tarieven in het bestreden besluit, ten onrechte aan voorbij is gegaan dat zich in de normatieve behoefte en omvang van de huisvestingskosten een aanzienlijke wijziging heeft voorgedaan ten opzichte van 2015. Bezwaarden 1 verwijzen hiervoor naar het oplopende tekort aan huisartsen, een toenemende (intensievere zorg vragende) patiëntenpopulatie en de steeds verdergaande substitutie en taakuitbreiding van de huisarts. Daarnaast stellen bezwaarden 1 dat de kosten van vastgoed explosief zijn gestegen sinds 2015. Tenslotte zijn bezwaarden 1 van mening dat de bestreden beschikking ten onrechte uitgaat van een gewogen gemiddelde van huisvestingskosten.

Ad b) Personeelskosten

Bezwaarden 1 voeren aan dat de gemiddelde huisartsenpraktijk sinds 2015, mede als gevolg van taakherschikking en substitutie van zorg naar de eerstelijns, meer (ondersteunend) personeel heeft. Daarnaast zou het, gezien de krapte op de arbeidsmarkt, niet reëel zijn bij de bepaling van de tarieven uit te gaan van het indexatiepercentage Overheidsbijdrage in de arbeidskostenontwikkeling. Tenslotte ontvangen bezwaarden 1 veel signalen dat het uiteindelijke inkomen van huisarts-eigenaren als gevolg van de hogere kosten de afgelopen jaren veelal is gedaald.

Ad c) Indexatie onvoldoende

De enkele indexatie maakt het voorgaande volgens bezwaarden 1 niet anders en rechtvaardigt de huidige maximumtarieven niet.

Ad d) Inflatie

Bezwaarden 1 zijn bovendien van mening dat in de bestreden beschikking niet kan worden aangesloten bij de gebruikelijke indexatie, zoals neergelegd in de Beleidsregel indexering, vanwege de enorme prijsstijgingen van reguliere noodzakelijke (verbruiks)materialen en vaste energielasten. Ook de verhoging van de tarieven in de bestreden beschikking naar aanleiding van het verzoek van de Minister van VWS (hierna: minister) in zijn brief van 20 september 2022 in verband met onder meer de verhoging van het wettelijk minimumloon en de uitzonderlijke inflatie, is naar de mening van bezwaarden 1 onvoldoende. Bezwaarden 1 verwijzen hierbij ook naar het gegeven dat er geen (incidentele) nacalculatie plaatsvindt.

Ad e) Bijzondere omstandigheden

Bezwaarden 1 zijn van mening dat, gelet op de huidige omstandigheden in het algemeen en de enorme prijsstijgingen in het bijzonder, sprake is van bijzondere omstandigheden die voor huisartsen onevenredig zijn in verhouding tot de met de beleidsregels te dienen doelen. Tijdens de hoorzitting hebben bezwaarden 1 nader toegelicht dat de gehanteerde NZa-systematiek, waarbij geen nacalculatie over 2022 plaatsvindt, mede gelet op de hiervoor genoemde prijsstijgingen onevenredig nadelig is voor huisartsen. De NZa had dan ook van haar beleid moeten afwijken bij de bepaling van de tarieven in de bestreden beschikking, aldus bezwaarde 1.

Ten aanzien van het schrappen van tarief thuisvisites bij COVID-19

Bezwaarden 1 zijn van mening dat de NZa ten onrechte en ongemotiveerd de mogelijkheid om de prestatie intensieve zorg in rekening te kunnen brengen voor een visite aan een patiënt met (een verdenking op) COVID-19 heeft geschrapt in de bestreden beschikking. Bezwaarden 1 voeren aan dat het aannemelijk is dat huisartsen ook in 2023 nog thuisvisites brengen aan patiënten met (een verdenking op) COVID-19.

Bezwaarden 1 zijn op grond van het voorgaande van mening dat de bestreden beschikking is vastgesteld in strijd met (het doel en de strekking van) de Wet marktordening gezondheidszorg (hierna: Wmg), de artikelen 3, 8 en 9 van de Beleidsregel algemeen kader tariefprincipes evenals het motiveringsbeginsel zoals omschreven in artikel 3:46 van de Algemene wet bestuursrecht (hierna: Awb), het zorgvuldigheidsbeginsel zoals omschreven in artikel 3:2 van de Awb en het evenredigheidsbeginsel zoals omschreven in artikel 3:4 lid 2 van de Awb en het verbod op willekeur.

Bezwaarden 2

Bezwaarden 2 voeren, samengevat, aan dat de tarieven uit het bestreden besluit, die zijn gebaseerd op het kostenonderzoek over het jaar 2015, niet kostendekkend zijn. De NZa heeft volgens bezwaarden 2 verzuimd een kostenonderzoek uit te voeren of een anderszins gedegen inhoudelijke afweging te maken om rekening te houden met alle wijzigingen die zich sinds 2015 hebben voltrokken. Bezwaarden 2 verwijzen naar de volgende voornaamste wijzigingen waarmee geen rekening zou zijn gehouden in de onderbouwing van de tarifiering: a) vergroting takenpakket huisartsen, b) noodzakelijke toename duur van consulten, c) de langer wordende gemiddelde werkweek van huisartsen, d) groei personele samenstelling en stijgende personeelskosten en e) de toename van huisvestingskosten.

Ad a. Vergroting takenpakket huisartsen

Bezwaarden 2 stellen dat het takenpakket van de huisarts de afgelopen jaren is verzaamd, zowel inhoudelijk als administratief. Er heeft een verschuiving van zorg uit de tweedelij, GGZ en ouderzorg naar de eerstelijnszorg plaatsgevonden. Bezwaarden 2 verwijzen naar patiënten met suikerziekte en COPD. Deze zorg valt anno 2023 onder de verantwoordelijkheid van de huisarts. Daarnaast hebben huisartsen in toenemende mate een prominente rol in de GGZ gekregen en hebben huisartsen als gevolg van de

vergrijzing te maken met meer ouderenzorg. De zorg wordt complexer en er is sprake van meer multi-morbiditeit, aldus bezwaarden 2. Verder geven bezwaarden 2 aan dat steeds meer moet worden afgestemd en/of samengewerkt met derden waardoor huisartsen meer tijd aan indirect patiëntgebonden tijd kwijt zouden zijn.

Ad b. Noodzakelijke toename duur consult

Bezwaarden 2 geven aan dat een gemiddeld consult in 2023 langer duurt dan een consult in 2015, volgens bezwaarden duurt een gemiddeld consult in 2023 zelfs 27% langer dan in 2015. Hierdoor zou een huisarts meer tijd voor de patiënt moeten maken zonder dat daar een vergoeding tegenover staat.

Ad c. Langer wordende gemiddelde werkweek van de huisarts

Doordat het takenpakket van de huisarts is verzaamd en de gemiddelde consultduur is toegenomen, is de gemiddelde tijdsbesteding per week van huisartsen ook toegenomen, aldus bezwaarden 2.

Ad d. Groei personele samenstelling en toename personeelskosten

Bezwaarden 2 stellen dat, door de vergroting van het takenpakket van de huisarts en exogene ontwikkelingen, een gemiddelde huisartsenpraktijk meer personeel nodig heeft dan in 2015. De substitutie van de zorg naar de eerstelijns wordt binnen een huisartsenpraktijk voor een belangrijk deel opgevangen door praktijkondersteuners somatiek (hierna: POH-S) en praktijkondersteuners GGZ (hierna: POH-GGZ). De personeelskosten zijn hierdoor toegenomen voor huisartsenpraktijken aldus bezwaarden.

Ad e. Toename huisvestingskosten

Bezwaarden 2 geven aan dat de gemiddelde huisvestingskosten voor een huisartsenpraktijk sinds 2015 substantieel meer zijn gestegen dan de gemiddelde indexatie. Huisartsen zouden in 2015 niet te maken hebben gehad met hoge huurbedragen. De uitbreiding van het takenpakket van de huisarts en meer tijd voor de patiënt hebben tot gevolg dat veel praktijken ruimere huisvesting nodig hebben. Daarnaast speelt anno 2022-2023 dat de energiekosten en de inflatie hoog zijn. De tarieven in het bestreden besluit houden ten onrechte geen rekening met deze toename van huisvestingskosten, aldus bezwaarden 2.

Bezwaarden 2 hebben tijdens de hoorzitting aangegeven dat zij van mening zijn dat de NZa niet per definitie een kostenonderzoek waarbij alle kosten en productie worden uitgevraagd, hoeft uit te voeren. De NZa zou tarieven ook op een andere wijze moeten kunnen herijken.

Bezwaarden 3 en 4

Bezwaarden 3 en 4 voeren, samengevat, aan dat de maximum uurtarieven die huisartsen in rekening kunnen brengen bij de huisartsendienstenstructuur waarin zij participeren (hierna: ANW-uurtarieven), ontoereikend zijn. Daarnaast zijn bezwaarden 3 en 4 van mening dat zij belemmerd worden in hun bedrijfsvoering door de budgetteringskaders. Deze budgetteringskaders zijn, zoals bezwaarde 4 tijdens de hoorzitting heeft bevestigd, omschreven in de Beleidsregel huisartsendienstenstructuur. Bezwaarden 3 en 4 verzoeken de NZa in hun bezwaarschrift om volledige substitutievrijheid binnen de vastgestelde exploitatiebegroting, voor de bekostiging volledig uit te gaan van gerealiseerde productie en om opheffing van niet werkende productieplafonds.

STANDPUNT VAN DERDE-BELANGHEBBENDEN

InEen heeft zich afgemeld voor de hoorzitting en geen schriftelijke zienswijze op de bezwaren gegeven.

Zorgverzekeraars Nederland heeft als toehoorder deelgenomen aan de hoorzitting. ZN heeft geen schriftelijke zienswijze op de bezwaren gegeven.

Patiëntenfederatie Nederland heeft zich afgemeld voor de hoorzitting en geen schriftelijke zienswijze op de bezwaren gegeven.

ACHTERGROND VAN HET BELEID

Voor de beoordeling van de bezwaren in deze zaak is de achtergrond van en de toelichting op de onderstaande regelgeving relevant.

Beleidsregel algemeen kader tariefprincipes - BR/REG-21152

De Beleidsregel algemeen kader tariefprincipes (hierna: Beleidsregel tariefprincipes) geeft een beschrijving van de uitgangspunten die de NZa hanteert bij het vaststellen van tarieven op grond van haar bevoegdheden uit de Wmg. Hieronder worden enkele relevante tariefprincipes vermeld.

In artikel 3 van de Beleidsregel is de tariefgrondslag als tariefprincipe opgenomen. Als tariefgrondslag hanteert de NZa volgens de beleidsregel het uitgangspunt dat tarieven of onderdelen van tarieven, worden onderbouwd op basis van gemaakte kosten. Daarbij kan de NZa gebruik maken van de volgende bronnen om kosten te bepalen; de werkelijke historische kosten van een zorgaanbieder of van een (geselecteerde) groep van zorgaanbieders, van openbare gegevens van een zorgaanbieder of van een (geselecteerde) groep van zorgaanbieders of van een beschrijvende norm die beoogt de werkelijke kosten te benaderen (artikel 3, lid 3). De NZa maakt een keuze uit mogelijke referentiegroepen, bijvoorbeeld de gehele populatie of een (groep) zorgaanbieder(s) waarvan is vastgesteld dat deze een modaal kostenniveau heeft/hebben (artikel 3, lid 4). Om op basis van een referentiegroep te komen tot een landelijk tarief, kiest de NZa bij voorkeur voor een onderbouwing door middel van een (gewogen) gemiddelde voor het bepalen van de kosten. Indien wordt gekozen voor een andere methodiek, wordt deze keuze met redenen onderbouwd (artikel 3, lid 5). De NZa hanteert als uitgangspunt dat voor dezelfde prestaties in beginsel dezelfde tarieven gelden, ongeacht welke zorgaanbieder de zorg levert (artikel 5). Afwijkende hoge of lage kosten voor individuele patiënten zijn voor de NZa in beginsel geen reden om een tarief naar boven of beneden bij te stellen (artikel 6, lid 1).

De NZa voert periodiek kostenonderzoeken uit met als doel het herijken van de tarieven. De tarieven dienen dekking te geven aan de redelijke kosten van zorg. Bij de besluitvorming tot herijking van de tarieven vindt een afweging op hoofdlijnen plaats van administratieve lasten voor de zorgaanbieders, reguleringszekerheid en de dynamiek van kostenontwikkelingen in de zorgsector. Vanuit deze afweging stelt de NZa ofwel een nieuw kostenonderzoek in en herijkt de tarieven ofwel kiest zij ervoor tarieven vooralsnog niet te herijken. Hierbij streeft de NZa een periode van maximaal 7 jaar na.¹ In tussenliggende jaren hanteert de NZa een index voor de veranderingen in de sectoren. Deze index bestaat uit de loonindex Overheidsbijdrage in de Arbeidskostenontwikkeling index (hierna: OVA), een materiële index en een index voor kapitaallasten. Met de toepassing van deze indexen houdt de NZa rekening met ontwikkelingen in de markt, zoals ontwikkelingen in arbeidskosten en inflatie (artikel 8, lid 1). De NZa monitort ontwikkelingen in de sectoren. De NZa kan er derhalve per (deel)sector voor kiezen om de

¹ Zie hiervoor de toelichting bij artikel 8 van de Beleidsregel algemeen kader tariefprincipes.

tarieven met een hogere of lagere frequentie te herijken. Bij deze keuze kunnen signalen vanuit het veld een rol spelen om bijvoorbeeld tot versneld herijken van tarieven over te gaan (artikel 8, lid 2).

Beleidsregel indexering – BR/REG-22157

In de Beleidsregel indexering is vastgelegd op welke wijze de NZa jaarlijks het inkomens- en praktijkkostenbestanddeel in de gereguleerde tarieven voor onder meer de huisartsenzorg indexeert. Deze indexatie vindt zowel voor- als nacalculatorisch plaats. De aanpassing van het in de beleidsregelwaarden opgenomen inkomensbestanddeel en de personele loonkostencomponent voor jaar t is gebaseerd op het door de minister voor dat jaar aangegeven Ova. Deze aanpassing bestaat uit:

- een structurele doorwerking in jaar t van de uit het definitieve Ova-indexcijfer blijkenende verschil tussen de voor- en eindcalculatie van jaar t-1;
- een 100% voorcalculatie van het voorlopige Ova-indexcijfer voor het jaar t.

De aanpassing van de in de beleidsregelwaarden opgenomen materiële kostencomponent voor jaar t is gebaseerd op gegevens uit de tabel 'Middelen en bestedingen' van het Centraal Economisch Plan (CEP) van het Centraal Planbureau (hierna: CPB) van het jaar t. Deze aanpassing bestaat uit:

- een structurele doorwerking in jaar t van het uit het CEP blijkenende verschil tussen de voor- en eindcalculatie van jaar t-1;
- een 100% voorcalculatie van het voorlopige CEP-indexcijfer voor het jaar t.

Omdat bij de vaststelling van de tarieven het definitieve indexatiepercentage voor het jaar t nog niet bekend is, wordt gewerkt met een voorlopig indexatiepercentage (voorcalculatie). Het verschil tussen de voorlopige index en de definitieve index jaar t, die een jaar later wordt vastgesteld, wordt meegenomen in het structurele tarief voor het jaar t+1 (nacalculatie).

Beleidsregel huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg 2023 – BR/REG- 23132a en Prestatie- en tariefbeschikking huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg 2023 – TB/REG-23617-03

Op grond van artikel 59, onderdeel b, van de Wmg heeft de minister met de brief van 14 juli 2014 (kenmerk 642423-123512-MC) en de brief van 11 juli 2017 (met kenmerk 1153348-165402), aan de NZa ten behoeve van de Beleidsregel huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg (hierna: de beleidsregel) een aanwijzing gegeven op grond van artikel 7 van de Wmg. Deze beleidsregel legt op grond van artikel 57, eerste lid, onderdeel b en c, van de Wmg vast op welke wijze de NZa gebruik maakt van haar bevoegdheid om tarieven en prestatiebeschrijvingen vast te stellen op het gebied van huisartsgeneeskundige zorg en multidisciplinaire zorg. De bekostiging van de huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg bevat diverse bekostigingselementen en is daardoor complex. Dit komt door de samenloop van prestaties met gereguleerde maximumtarieven en prestaties met vrije tarieven en de verschillende type prestaties (inschrijving per verzekerde, consult per tijdseenheid, verrichtingen per activiteit). De per 2015 ingevoerde bekostigingssystematiek kent drie segmenten en een restcategorie.

Segment 1

Segment 1 richt zich op de basisvoorziening huisartsenzorg. Dit segment heeft betrekking op zorgvragen en aandoeningen waarvoor de huisarts doorgaans fungeert als eerste aanspreekpunt voor de patiënt en tevens fungeert als poortwachter. Deze zorgvragen en aandoeningen kunnen grotendeels binnen de huisartsenpraktijk gediagnosticeerd, behandeld en begeleid worden. Segment 1 is opgebouwd rondom vier hoofdelementen: de inschrijving op naam, het consult, de separate bekostiging van de functie POH-GGZ, en een aantal specifieke verrichtingen. In artikel 5 van de Beleidsregel is segment 1 nader beschreven en zijn de binnen segment 1 te onderscheiden prestaties toegelicht. Voor alle prestaties zoals beschreven in

artikel 5 van de beleidsregel geldt dat de NZa maximumtarieven vaststelt. Uitzondering hierop vormt de prestatie onderlinge dienstverlening, hiervoor geldt een vrij tarief.

Segment 2

Segment 2 richt zich op multidisciplinaire eerstelijnszorg, waarbij naast de huisartsen(zorg) ook andere disciplines betrokken zijn om een integrale behandeling te leveren. Dit segment heeft betrekking op zorgvragen en aandoeningen die voortkomen uit specifieke kenmerken van een (in omvang) substantieel deel van de populatie. Een ondersteuningsstructuur is wenselijk om deze programmatisch vormgegeven zorg te leveren. Dit segment bestaat uit drie categorieën van prestaties: Organisatie en infrastructuur (O&I), segment 2A (S2A) en segment 2B (S2B). In artikel 6 van de Beleidsregel is segment 2 nader beschreven en zijn de binnen segment 2 te onderscheiden prestaties toegelicht. Voor alle prestaties O&I, zoals beschreven in artikel 6 lid 1 van de beleidsregel, geldt een tarief per ingeschreven verzekerde per kwartaal. Deze prestaties kennen een vrij tarief en mogen alleen in rekening worden gebracht indien hier een overeenkomst met de zorgverzekeraar van de desbetreffende verzekerde aan ten grondslag ligt. Voor alle gecontracteerde prestaties multidisciplinaire zorg, zoals beschreven in artikel 6 lid 2 van de beleidsregel, geldt een tarief per geïnccludeerde patiënt per kwartaal. Deze prestaties kennen een vrij tarief en mogen alleen in rekening worden gebracht indien hier een overeenkomst met de zorgverzekeraar van de desbetreffende verzekerde aan ten grondslag ligt. Voor alle niet gecontracteerde prestaties multidisciplinaire zorg, zoals beschreven in artikel 6 lid 3 van de beleidsregel, geldt een tarief per geïnccludeerde patiënt per kwartaal. Deze prestaties kennen een maximumtarief.

Segment 3

Segment 3 biedt de ruimte aan zorgverzekeraars en zorgaanbieders om (belonings)afspraken te maken over de resultaten van de inzet in huisartsenzorg of multidisciplinaire zorg of over zorgvernieuwing. Ruimte voor zorgvernieuwing in segment 3 wordt onder meer geboden via de prestatie meekijkconsult. Daarnaast biedt segment 3 de ruimte aan zorgverzekeraars en zorgaanbieders om praktijkgebonden afspraken te maken rondom huisartsenzorg of multidisciplinaire zorg, bijvoorbeeld over het leveren van zorg die niet onder de andere segmenten valt of maatwerkafspraken². In artikel 7 van de beleidsregel is segment 3 nader beschreven en zijn de binnen segment 3 te onderscheiden prestaties toegelicht. Alle prestaties binnen segment 3 kennen een vrij tarief en kunnen alleen in rekening worden gebracht indien hier een overeenkomst met de zorgverzekeraar van de desbetreffende verzekerde aan ten grondslag ligt.

Buiten segment

Prestaties die niet goed zijn onder te brengen in één van de drie segmenten, worden in een separaat artikel (artikel 8, prestaties buiten segmenten) beschreven. Dit betreft de restcategorie. Prestaties buiten de segmenten zijn onder meer de prestaties voor Anw-verrichtingen in een huisartsendienstenstructuur.

Verantwoordingsdocument Toelichting op de berekening van de tarieven huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg (versie september 2022)

De prestaties die aan de basis liggen van de (gereguleerde) tariefonderbouwing zijn de inschrijving, het consult en het passantenconsult. De tarieven voor deze prestaties betreffen de zogenaamde basistarieven.

De NZa hanteert voor de onderbouwing van de huisartsenzorg als uitgangspunt dat de gereguleerde tarieven, of onderdelen van de tarieven, bepaald worden op basis van de werkelijke historische kosten uit

² Hierbij kan worden gedacht aan afspraken over regionale, afwijkende huisvestingslasten.

het meest recente beschikbare boekjaar ten tijde van het kostprijsonderzoek van een geselecteerde groep zorgaanbieders.

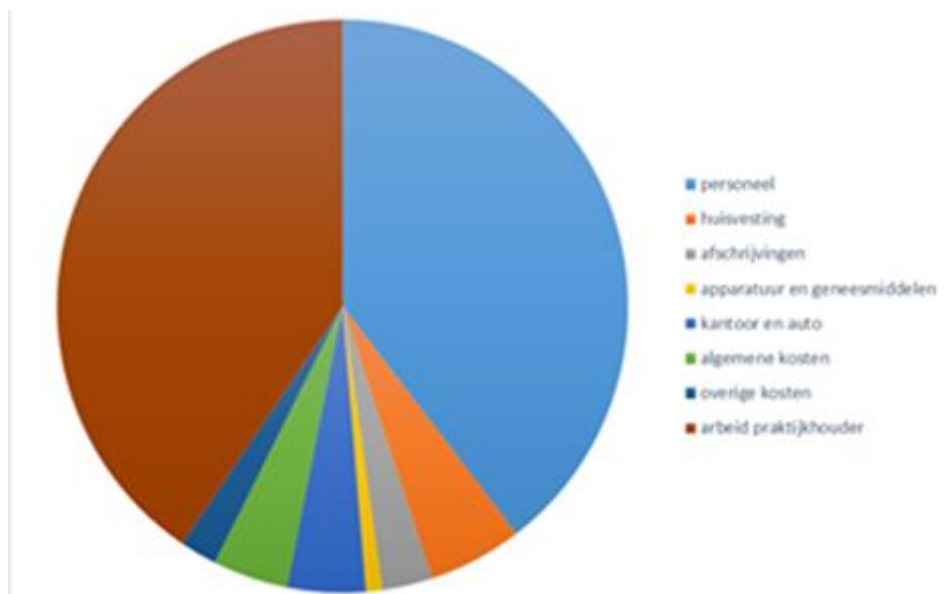
De tarieven zijn in beginsel gebaseerd op gemiddelde kosten van zorgaanbieders die vervolgens gewogen worden om tot een landelijk tarief te komen. Het meest recente kostprijsonderzoek vond plaats in 2016-2017 over het boekjaar 2015, waarna de NZa op 20 juli 2017 de herijkte tarieven voor 2018 heeft vastgesteld.

Voor een aantal prestaties en kostensoorten bevatte het onderzoek geen gegevens die gebruikt kunnen worden. De Beleidsregel tariefprincipes geeft de mogelijkheid om in een dergelijke situatie het tarief via een beschrijvende norm te bepalen. De tarieven voor de huisartsenzorg zijn derhalve voor een deel via een normatieve (modelmatige) methode ontwikkeld. Het betreft de normatieve arbeidskostencomponent voor de huisartseigenaar (hierna: NAC), de vergoeding voor gedeerd rendement op het eigen vermogen in de praktijkkosten (hierna: VGREV) en de onderbouwing van tarieven voor de opslag POH-GGZ, ANW-consulten en enkele andere prestaties.

Bij de berekening van de tarieven gaat de NZa uit van het principe dat een gemiddelde zorgaanbieder zijn totale kosten (praktijkkosten en arbeidskosten) moet kunnen dekken uit zijn opbrengsten. De huisartsenzorg kent echter naast tariefgereguleerde prestaties ook niet-tariefgereguleerde prestaties. Deze niet-tariefgereguleerde prestaties vormen een substantieel onderdeel van de omzet van huisartsenpraktijken. Dit betekent dat binnen de huisartsenzorg een (substantieel) gedeelte van de kosten gedekt worden uit niet-tariefgereguleerde activiteiten. In 2015 bedroeg het niet-tariefgereguleerde deel van de relevante opbrengsten 22,74%. Tariefgereguleerde activiteiten beslaan 77,26% van de relevante opbrengsten. De tariefherijking houdt rekening met het feit dat huisartspraktijken hun omzet deels uit tariefgereguleerde en deels uit niet-tariefgereguleerde activiteiten halen.

Voor de berekening van het tarief maakt de NZa de beleidskeuze om alleen het deel van de praktijk- en arbeidskosten te gebruiken dat toegerekend kan worden aan de relevante tariefgereguleerde activiteiten. Om de praktijkkosten toe te rekenen aan tariefgereguleerde en aan niet-tariefgereguleerde activiteiten zal de omzetverhouding tussen beide groepen (77,26% vs. 22,74%) worden gehanteerd. Dit betekent dat in de tariefformules 77,26% van de arbeids- en praktijkkosten wordt gebruikt. De resterende 22,74% van de kosten wordt verondersteld te worden gedekt uit de opbrengsten van de niet-gereguleerde activiteiten.

Elk gereguleerd tarief bestaat uit de volgende kostenverhouding (op basis van gemeten kosten in het laatste kostenonderzoek):



De tarieven voor Anw-verrichtingen in een hds zijn per 1 januari 2023 gedifferentieerd en herijkt.

BEOORDELING VAN HET BEZWAAR

De NZa ziet de volgende onderdelen in de bezwaarschriften van de bezwaarden terugkomen:

- 1) De NZa kan de tarieven voor huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg 2023 niet redelijkerwijs baseren op het kostenonderzoek dat is uitgevoerd over het jaar 2015,
- 2) de NZa heeft ten onrechte de mogelijkheid geschrapt om de prestatie intensieve zorg in rekening te brengen voor een visite aan een patiënt met (een verdenking op) COVID-19,
- 3) de ANW-uurtarieven zijn ontoereikend, en
- 4) de hoge inflatie en hoge energieprijzen zijn bijzondere omstandigheden waardoor de NZa niet bij haar beleid kan blijven dat er geen nacalculatie plaatsvindt voor 2022.

Hieronder zal de NZa deze vier onderdelen beoordelen.

1 **Tarieven huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg 2023 zijn terecht gebaseerd op het kostenonderzoek over 2015**

Bezwaarden 1 en 2 voeren in het algemeen - kort samengevat - aan dat de NZa de tarieven voor huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg 2023 redelijkerwijs niet kan baseren op het kostenonderzoek dat is uitgevoerd over het jaar 2015. Zij geven aan dat de huisartsenzorg sinds 2015 zodanig is veranderd, dat het kostenonderzoek over 2015 niet meer representatief is voor de tariefvaststelling per 2023. Tijdens de hoorzitting hebben bezwaarden 1 en 2 aangevoerd dat de NZa ten onrechte stelt dat zij niet eerder een nieuw kostprijsonderzoek ter onderbouwing van de tarieven had kunnen uitvoeren. De NZa had volgens bezwaarden 1 en 2 de tarieven voor 2023 ook kunnen herijken zonder uitgebreid kostenonderzoek over het meest recent afgesloten representatieve boekjaar. De NZa had er volgens bezwaarden 1 en 2 voor

kunnen kiezen slechts specifieke onderdelen van de tarieven te herijken of op basis van openbare gegevens herijkte tarieven vast te stellen.

De NZa volgt bezwaarden 1 en 2 hierin niet. In de heroverweging op bezwaar is de NZa van mening dat zij de tarieven in 2023 terecht baseert op het meest recente kostenonderzoek met een jaarlijkse indexering.

Samenvattend komt de NZa als volgt tot deze conclusie. De tarieven in de huisartsenzorg worden periodiek herijkt. In de tussenliggende jaren worden de tarieven geïndexeerd. De NZa is inmiddels gestart met de voorbereidingen voor een kostenonderzoek over 2022. Dit kostenonderzoek leidt tot een herijking van de tarieven in de huisartsenzorg met ingang van 2025. Als gevolg van COVID-19 was het niet mogelijk een kostenonderzoek uit te voeren over de jaren 2020 en 2021 omdat deze jaren niet representatief zijn. Daarnaast was het niet mogelijk in deze jaren een kostenonderzoek uit te voeren omdat dit administratief te belastend was in de corona-jaren.

De NZa begrijpt dat een herijking van tarieven met ingang van 2025 als laat wordt ervaren door de huisartsen. Een aanpassing van de tarieven in de huisartsenzorg is echter niet op zorgvuldige wijze mogelijk zonder de uitvoering van een volledig kostenonderzoek waarbij opbrengsten, productie, praktijkkosten en tijdsbesteding bij huisartsen worden uitgevraagd.

Er is voorts geen aanleiding tot een versneld en/of extra kostenonderzoek in de huisartsenzorg. Zoals hierboven uiteen is gezet, staat tegenover eventueel hogere kosten in 2023 ook een hogere omzet. Indien de kosten in de huisartsenzorg sterker stijgen dan de omzet, zou dit tot gevolg hebben dat er onder aan de streep minder over blijft voor huisarts-eigenaren. Uit cijfers van het CBS zoals opgenomen in paragraaf 1.5.1 blijkt echter dat het resultaat voor belasting van de totale groep huisartsen-eigenaren (fors) is toegenomen tussen 2015 en 2020. Dit is, bij elkaar genomen, een indicatie dat het geheel van prestaties en tarieven in de huisartsenzorg gemiddeld genomen dekking geeft aan redelijke kosten van zorg. In combinatie met de administratieve lasten die horen bij een kostenonderzoek en de wens van bezwaarden 1 om geen kostenonderzoek over 2019 (meest recent afgesloten representatieve boekjaar) uit te voeren, heeft de NZa terecht besloten dat er geen aanleiding is tot een versneld en/of extra kostenonderzoek in de huisartsenzorg.

Hieronder licht de NZa haar beslissing toe en gaat hierbij ook in op de specifiekere argumenten van bezwaarden.

1.1 Tarieven zijn gebaseerd op deugdelijk kostenonderzoek

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.³ De NZa kan tarieven die dekking geven aan redelijke kosten van zorg vaststellen op basis van historische kosten. Van belang hierbij is dat het onderzoek deugdelijk is en de toets der kritiek kan doorstaan.⁴ De tarieven voor de huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg in 2023 zijn gebaseerd op een kostenonderzoek dat is uitgevoerd over het boekjaar 2015. In dit kostenonderzoek is uitgegaan van de werkelijke historische kosten van een representatieve geselecteerde groep zorgaanbieders. Het onderzoek vond plaats tussen de zomer van 2016 en het voorjaar 2017. De herijkte tarieven voor 2018 zijn op 20 juli 2017 vastgesteld door de NZa. Het is inherent

³ Verantwoordingsdocument Toelichting op de berekening van de tarieven huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg, versie juni 2022.

⁴ CBb 14 juli 2016, ECLI:NL:CBB:2016:180.

aan een zorgvuldig kostenonderzoek op basis van historische kosten dat hier een lange periode mee is gemoeid. De deugdelijkheid van dit kostenonderzoek wordt in de bezwaren niet betwist.

Bezwaarden 1 geven in hun bezwaar aan dat met een tarief gebaseerd op gemiddelde kosten niet aan het uitgangspunt dat een gemiddelde zorgaanbieder zijn totale kosten moet kunnen dekken uit de opbrengsten wordt voldaan. Deze stelling wordt door bezwaarden 1 niet gemotiveerd. Het is inherent aan een tariefberekening die is gebaseerd op gemiddelden, dat er praktijken zijn met lagere dan gemiddelde kosten en praktijken met hogere dan gemiddelde kosten. Dit is op zich geen reden om een berekeningssystematiek als zodanig onrechtmatig te achten.⁵

Bezwaarden 1 en 2 geven aan dat de NZa in de Circulaire Vaststelling beleid huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg 2018 met kenmerk CI/17/29c (hierna: Circulaire) heeft onderkend dat ten tijde van de vaststelling van de herijkte tarieven per 2018 niet voldoende rekening is gehouden met toekomstige ontwikkelingen. Dit is echter niet juist. De NZa heeft in de Circulaire aangegeven dat zij de kritiek van partijen, dat de methode om tarieven vast te stellen op basis van de gemeten kosten, omzet en productie niet voldoende rekening zou houden met toekomstige en/of wenselijke ontwikkelingen, serieus neemt.

Bezwaarden 1 stellen in het bezwaarschrift dat aan deze toezegging om op een andere wijze naar tariefonderbouwing te kijken geen gevolg is gegeven. De NZa begrijpt deze stelling van bezwaarden 1 niet. De NZa is in het voorjaar van 2021 gestart met een verbetertraject voor de bekostiging van de huisartsenzorg, omdat in de praktijk knelpunten worden ervaren met de huidige bekostiging.⁶ Tijdens diverse bijeenkomsten⁷ heeft de NZa in dit kader ook met partijen gesproken over welke mogelijkheden er zijn om de tarieven voor huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg te onderbouwen. Hierbij is onder meer gekeken of de tarieven op een meer normatieve wijze kunnen worden onderbouwd en is onderzocht welke alternatieve manieren van kostentoerekening, naast omzet, mogelijk zijn.

1.2 Periodieke herijking en indexatie

Op basis van de Beleidsregel tariefprincipes herijkt de NZa tarieven in zorgsectoren periodiek. Met periodiek streeft de NZa een periode van maximaal 7 jaar na.⁸ Tarieven worden periodiek en niet jaarlijks herijkt, omdat een jaarlijks kostenonderzoek leidt tot zware administratieve lasten bij zorgaanbieders. In de tussenliggende jaren indexeert de NZa de tarieven waardoor deze de kostenontwikkeling volgen. Door voor de indexatie van personele en materiële kosten aan te sluiten bij cijfers van het CPB is er sprake van een betrouwbare bewezen systematiek.

De NZa heeft de tarieven in de huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg sinds de herijking in 2018 jaarlijks geïndexeerd conform de Beleidsregel indexering. Normaliter indexeert de NZa op basis van de indexpercentages die zijn gebaseerd op de ramingen in het Centraal Economisch Plan in maart. Ten behoeve van de tarieven 2022 en 2023 heeft daar naderhand nog een herziening op plaats gehad op basis van de ramingen in de Macro Economische Verkenning in september. Hierdoor is nog beter rekening gehouden met de (daadwerkelijke) kostenontwikkeling.

⁵ CBB, 31 maart 2015, ECLI:NL:CBB:2015:43.

⁶ De volgende partijen zijn uitgenodigd voor de bijeenkomsten in het kader van het verbetertraject huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg: LHV, VPH, InEen, ZN en VWS.

⁷ 22 juni 2021, 7 september 2021, 14 oktober 2021, 15 februari 2022, 31 maart 2022, 1 november 2022.

⁸ Zie hiervoor de toelichting bij de Beleidsregel tariefprincipes.

Een periodieke herijking na zeven jaar betekent dat de tarieven voor de huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg uiterlijk in 2025 weer worden herijkt. De NZa is inmiddels gestart met de voorbereidingen voor een nieuw kostenonderzoek. In dit kostenonderzoek worden de kosten, financiële (balans)informatie, personele inzet in fte, opbrengsten, productie en de gemiddelde tijdsinzet per week van de functies die niet in loondienst zijn, zoals de praktijkhouder / eigenaar over het boekjaar 2022 uitgevraagd (meest recent afgesloten boekjaar). Dit kostenonderzoek leidt tot een herijking van de tarieven voor huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg per 2025.

De tarieven voor huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg 2023 zijn dus vastgesteld conform de beleidsregels van de NZa.

1.3 Eerstvolgende herijking

De NZa had het voornemen een nieuw kostenonderzoek ten behoeve van de herijking van de tarieven voor huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg te starten in de zomer van 2022. Dit kostenonderzoek zou worden gebaseerd op het jaar 2021, het op dat moment meest recent afgesloten boekjaar. De NZa heeft in het Bestuurlijk Overleg van 13 oktober 2021 met vertegenwoordigers van zorgaanbieders en zorgverzekeraars⁹ besproken en gezamenlijk vastgesteld dat de boekjaren 2020 en 2021 niet bruikbaar zijn als onderzoeksjaren door de effecten van COVID-19 op de productie, omzet en kosten, waardoor het geen representatieve jaren betreft.

In een bijeenkomst van 15 februari 2022¹⁰ heeft de NZa met onder meer bezwaarden 1 en ZN besproken over welk jaar een kostprijsonderzoek zou moeten plaatsvinden. Hierbij is het voorstel van de NZa om de historische kosten over het boekjaar 2019 uit te vragen en te gebruiken voor een herijking besproken. Bezwaarden 1 hebben aangegeven dat een onderzoek over het jaar 2019 niet gewenst was, aangezien 2019 niet het meest recente boekjaar was. Mede door de afwezigheid van draagvlak voor een dergelijk onderzoek, heeft de NZa derhalve afgezien van haar voorstel.

Vanuit (onder meer) bezwaarden 1 is aangegeven dat 2022 een normaler jaar zou worden dan 2021, daarbij is 2022 een recenter jaar dan 2019. De NZa heeft naar aanleiding van de input vanuit dit overleg besloten dat een nieuw kostenonderzoek wordt uitgevoerd over 2022. De voorbereidingen voor dit kostenonderzoek zijn, zoals hierboven al is aangegeven, inmiddels gestart. Dit kostenonderzoek zal leiden tot een herijking van de tarieven per 2025. Dit betekent dat de tarieven conform het in de Beleidsregel tariefprincipes opgenomen tijdsbestek na 7 jaar weer worden herijkt.

1.4 Aanpassing tarieven zonder kostenonderzoek?

Bezwaarden 1 hebben tijdens het overleg op 15 februari 2022 gevraagd of een tussentijdse aanpassing van tarieven mogelijk is, omdat een kostenonderzoek over het jaar 2022 pas in 2025 tot herijkte tarieven leidt. De NZa heeft destijds partijen uitgenodigd om te bekijken wat de mogelijkheden volgens hen zijn en uiteen te zetten hoe zij een eventuele (alternatieve) tussenstap voor zich zien. De NZa heeft in een daarop volgende bijeenkomst op 31 maart 2022 aangegeven dat de NZa het niet wenselijk vindt om uitsluitend bepaalde kostenposten (zoals ICT, huisvesting) te wijzigen zonder naar het totaalplaatje aan kosten te

⁹ Bij dit Bestuurlijk Overleg waren de volgende partijen aanwezig: LHV, VPH, InEen, Patiëntenfederatie, Zorgverzekeraars Nederland, VWS en NZa.

¹⁰ Bij deze bijeenkomst waren de volgende partijen aanwezig: LHV, VPH, InEen, ZN, VWS en NZa.

kijken. Tijdens deze bijeenkomst zijn er geen concrete en bruikbare ideeën voor een tussentijdse (integrale) aanpassing door een van de partijen genoemd.

Tijdens de hoorzitting hebben bezwaarden 1 en 2 aangegeven dat zij van mening zijn dat een herijking van de tarieven met ingang van 2025 te laat is en dat de tarieven voor huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg kunnen worden aangepast zonder dat de NZa hiervoor een kostenonderzoek uitvoert.

De NZa begrijpt dat een herijking van tarieven met ingang van 2025 als laat wordt ervaren door de huisartsen. In de heroverweging op bezwaar heeft de NZa onderzocht of een aanpassing van de tarieven in de huisartsenzorg mogelijk is zonder de uitvoering van een volledig kostenonderzoek. Dit is niet mogelijk. De NZa kan (op dit moment) alleen op zorgvuldige wijze de tarieven in de huisartsenzorg herijken op basis van een kostenonderzoek waarbij de opbrengsten, productie, praktijkkosten en tijdsbesteding bij huisartsen worden uitgevraagd. Hieronder zal de NZa achtereenvolgens uitleggen waarom het niet mogelijk is de tarieven op enkele onderdelen aan te passen, de tarieven voor huisartsenzorg op basis van openbare data te herijken of de tarieven volledig normatief te herijken.

1.4.1 Tarieven kunnen niet op enkele onderdelen worden aangepast

Bij een aanpassing van de tarieven in de huisartsenzorg kan niet alleen kan worden ingezoomd op bepaalde mogelijk hogere kosten, maar moet worden gekeken naar het totaalplaatje. De NZa dient op basis van artikel 3:2 van de Awb op grond van een zorgvuldige belangenafweging tot haar besluit te komen. Indien de tarieven in de huisartsenzorg op slechts enkele onderdelen worden aangepast, bestaat het aanzienlijke risico dat tarieven worden vastgesteld die onvoldoende of juist te veel dekking geven aan redelijke kosten van zorg. Hiervoor zijn meerdere redenen. Wij leggen dit hieronder uit aan de hand van huisvestingskosten.

Ten eerste staan kosten vrijwel nooit op zichzelf. Als voorbeeld kan worden verwezen naar een huisarts die een nieuw pand betreft. De kans is groot dat dit nieuwe pand energiezuiniger is dan de oude huisvesting. De huur of rente die wordt betaald voor de nieuwe energiezuinige huisvesting zal naar verwachting hoger zijn dan voor de oude niet-energiezuinige huisvesting. Tegelijkertijd zullen de energiekosten bij energiezuinige huisvesting weer lager zijn. Deze verschillende kostenposten kunnen daardoor niet los van elkaar worden gezien. De tarieven alleen aanpassen aan hogere huur- of rentelasten is daardoor niet zorgvuldig. Het zou net zo min zorgvuldig zijn tarieven alleen aan te passen omdat de energiekosten lager zijn bij nieuwe energiezuinige huisvesting.

Ten tweede is het aannemelijk dat tegenover hogere kosten, een hogere omzet staat. Bezwaarden 1 en 2 stellen dat huisartsen meer ruimte nodig hebben doordat de huisarts meer taken heeft gekregen. Hierdoor zouden de huisvestingskosten zijn gestegen. Tegenover de extra taken, staat echter ook extra omzet doordat huisartsen hiervoor extra prestaties en tarieven in rekening kunnen brengen. Zoals is uitgelegd in "Achtergrond van het beleid" zit in elk gereguleerd tarief een stukje huisvestingskosten. Bij elk extra tarief dat in rekening wordt gebracht, zit dus ook een stukje extra vergoeding voor huisvestingskosten. Dit betekent dat productiecijfers nodig zijn voor een herijking van tarieven per prestatie (en niet alleen een geïsoleerde kostenontwikkeling). Alleen een vergelijking maken tussen de absolute bedragen die een specifieke huisartsenpraktijk kwijt is aan huisvestingskosten in 2015 en 2023 zonder rekening te houden met de productie en omzet, is daardoor niet zorgvuldig.

Tenslotte is van belang dat de tarieven voor de huisartsenzorg uitgaan van een gewogen gemiddelde. Dit betekent dat bij de berekening van tarieven niet alleen gekeken wordt naar praktijken die de afgelopen

jaren een nieuw huurcontract hebben gesloten, in hun pand hebben geïnvesteerd vanwege een verbouwing of verduurzaming, of een nieuwe praktijkruimte hebben gekocht. In de tarieven worden ook praktijken meegenomen die al zeer lang eenzelfde huurcontract hebben of een pand in eigendom hebben. Deze praktijken hebben veel lagere huisvestingskosten dan de gemiddelde praktijk. Er zijn dus altijd praktijken die hogere huisvestingskosten hebben dan gemiddeld, maar ook praktijken die lagere huisvestingskosten hebben dan gemiddeld. Alleen kijken naar mogelijke hogere huisvestingskosten die horen bij een nieuw huurcontract of een nieuw gekocht pand in plaats van de werkelijke kosten uit te vragen bij een representatieve groep huisartsenpraktijken, leidt tot tarieven die afwijken van de (gewogen) gemiddelde kosten, met mogelijk negatieve gevolgen voor de betaalbaarheid van zorg.

1.4.2 Herijking op basis van openbare gegevens niet mogelijk

Bezwaarden 1 en 2 gaven tijdens de hoorzitting aan dat de NZa de tarieven ook zou kunnen herijken op basis van openbare gegevens. Bezwaarden 2 verwijzen in hun bezwaarschrift naar veel openbare gegevens.

De NZa heeft in de heroverweging op bezwaar onderzocht of het mogelijk is om op basis van openbare gegevens de tarieven in de huisartsenzorg te herijken. Dit is niet mogelijk. Voorwaarde voor het gebruik van openbare gegevens ten behoeve van een herijking van de tarieven is dat er voldoende representatieve gegevens beschikbaar zijn. De tarieven voor de huisartsenzorg worden gebaseerd op de opbrengsten, productie, praktijkkosten en tijdsbesteding van huisartsenpraktijken. Gelet op de samenhang van verschillende opbrengsten, productie, praktijkkosten en tijdsbesteding moeten de gegevens ook op hetzelfde jaar zien. Dergelijke representatieve gegevens zijn in openbare bronnen niet voorhanden.

Verder is inzicht in de tijdsbesteding van de praktijk-eigenaar vereist om het aantal fte praktijk-eigenaren per praktijk te kunnen vaststellen zodat de normatieve arbeidskostencomponent aan 1 fte huisarts-eigenaar kan worden gekoppeld.

De gegevens waar bezwaarden 2 in het bezwaarschrift naar verwijzen zijn niet representatief en bevatten ook verder niet voldoende informatie over de opbrengsten, productie, praktijkkosten en tijdsbesteding van een recent jaar. Hierdoor zijn de door bezwaarden 2 genoemde gegevens niet bruikbaar voor een tariefherijking door de NZa. De NZa heeft ook verder geen voldoende representatieve openbare data gevonden waarop de NZa tarieven kan baseren.

1.4.3 Normatieve aanpassing niet mogelijk

Tenslotte zou de NZa de tarieven in de huisartsenzorg mogelijk ook volledig normatief kunnen onderbouwen.¹¹ Hoewel in de bezwaren niet is verwezen naar een volledig normatieve herijking van de tarieven, heeft de NZa in de heroverweging op bezwaar bekeken of dit een mogelijkheid zou zijn. De NZa hanteert als uitgangspunt dat tarieven, of onderdelen van tarieven, worden onderbouwd op basis van kosten.¹² De reden hiervoor is dat historische kosten goed meetbaar zijn. Vanwege een informatiegebrek of ter stimulering kan de NZa er ook voor kiezen tarieven te onderbouwen aan de hand van normen. Voorwaarde hiervoor is dat er een bruikbare en geaccepteerde norm bestaat. Dit betekent bijvoorbeeld dat je moet weten hoe een huisartsenpraktijk vandaag de dag of over 5 jaar er uit moet zien, wil je tarieven

¹¹ Naast het normatieve arbeidskostencomponent zouden dan ook de overige personeels- en materiële kosten normatief worden onderbouwd.

¹² Artikel 3, lid 1, van de Beleidsregel tariefprincipes.

normatief kunnen onderbouwen en rekening kunnen houden met toekomstige ontwikkelingen in de tarieven. De NZa heeft onderzocht en met de leden van het Technisch Overleg besproken welke mogelijkheden er nog meer zijn om tarieven in de huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg te kunnen herijken.¹³ Tijdens de bijeenkomsten bleek echter dat er geen eenduidig beeld is in de sector hoe de huisartsenpraktijk van nu en in de toekomst er uit ziet. De verschillende partijen hebben verschillende visies. De NZa kan echter niet bepalen hoe een norm er uit moet zien. Immers, de zorgaanbieders bepalen uiteindelijk zelf hoe de zorgverlening er uit moet zien en hoe de zorg moet worden georganiseerd. Door het ontbreken van bruikbare en geaccepteerde normen kunnen de tarieven in de huisartsenzorg voor 2023 niet volledig normatief worden onderbouwd en aangepast.

1.4.4 Herijking alleen mogelijk op basis van kostenonderzoek

De NZa komt, gelet op het voorgaande, tot de conclusie dat het niet mogelijk is zorgvuldig de tarieven 2023 aan te passen of te herijken zonder dat hiervoor een nieuw kostenonderzoek wordt uitgevoerd waarbij de kosten, financiële (balans)informatie, personele inzet in fte, opbrengsten, productie en de gemiddelde tijdsinzet per week wordt uitgevraagd.

1.4.5 Vergelijking met Corona-regelingen

Bezwaarden 2 verwezen tijdens de hoorzitting naar de regelingen die de Nederlandse overheid heeft vastgesteld naar aanleiding van de uitbraak van COVID-19. Deze ondersteuningsprogramma's waren in korte tijd opgezet en voorzagen in achteraf-correcties, dat functioneerde uitstekend, aldus bezwaarden 2. De NZa is van mening dat het bestreden besluit niet kan worden vergeleken met regelingen om ondernemers te ondersteunen gedurende de corona-pandemie.

De NZa stelt voor veel prestaties in de huisartsenzorg maximumtarieven vast. De NZa kan, als deze tarieven vaststaan, niet naderhand correcties op de vastgestelde tarieven doorvoeren. Dit zou in strijd zijn met het rechtszekerheidsbeginsel. Het werken met voorschotten heeft verder geen voordelen aangezien dit niets zou veranderen aan de frequentie van tariefherijkingen en daarmee de hoogte van het tarief.

1.5 Versnelde herijking niet noodzakelijk

Op basis van de Beleidsregel tariefprincipes kan de NZa besluiten tot een versnelde herijking van tarieven in een sector naar aanleiding van signalen uit het veld. Aanwijzingen dat de kostenontwikkeling in een sector sterk afwijkt van de tariefontwikkeling op basis van de reguliere indexatie kunnen een reden zijn voor een versnelde herijking. Met onder meer bezwaarden 1 is tijdens de bijeenkomst van 15 februari 2022 besproken of een kostenonderzoek over het jaar 2019 gewenst zou zijn. Het voordeel van een kostenonderzoek over het jaar 2019 zou zijn dat de tarieven eerder konden worden herijkt. Door (onder meer) bezwaarden 1 is echter aangegeven dat een dergelijk onderzoek niet gewenst was. Tijdens de hoorzitting is dit door bezwaarden 1 en 2 (nogmaals) bevestigd.

Desondanks had de NZa een kostenonderzoek over 2019 kunnen uitvoeren indien de NZa van mening was dat dit noodzakelijk was om kostendekkende tarieven vast te stellen. De NZa ziet dat de huisartsenzorg te maken heeft met knelpunten. Dit betekent echter nog niet dat de maximumtarieven niet meer gemiddeld kostendekkend zijn. Ook is de NZa bekend met de door bezwaarden 1 en 2 genoemde

¹³ Technisch overleggen van 14 oktober 2021, 15 februari 2022 en 31 maart 2022.

(kwalitatieve) signalen. Deze signalen rechtvaardigen naar de mening van de NZa echter geen extra en/of versneld kostenonderzoek.

Zoals hieronder uiteen zal worden gezet, staat tegenover eventueel hogere kosten in 2023 ook een hogere omzet. Indien de kosten in de huisartsenzorg gemiddeld genomen sterker stijgen dan de omzet, zou dit tot gevolg hebben dat er onder aan de streep minder over blijft voor huisarts-eigenaren. Uit cijfers van het CBS zoals opgenomen in paragraaf 1.5.1 blijkt echter dat het resultaat voor belasting van de totale groep huisartsen-eigenaren (fors) is toegenomen tussen 2015 en 2020. Dit is, bij elkaar genomen, een indicatie dat het geheel van prestaties en tarieven in de huisartsenzorg gemiddeld genomen dekking geeft aan redelijke kosten van zorg. In combinatie met de administratieve lasten die horen bij een kostenonderzoek en de wens van bezwaarden 1 om geen kostenonderzoek over 2019 (meest recent afgesloten representatieve boekjaar) uit te voeren, heeft de NZa dan ook terecht besloten dat er geen aanleiding is tot een versneld en/of extra kostenonderzoek in de huisartsenzorg.

Hieronder zal de NZa dit aan de hand van de door bezwaarden 1 en 2 genoemde (kwalitatieve) signalen verder toelichten.

1.5.1 Personeelskosten

Bezwaarden 1 en 2 stellen dat de personeelskosten zijn toegenomen sinds 2015. Zij geven in dit kader aan dat de gemiddelde huisartsenpraktijk sinds 2015 enerzijds meer (ondersteunend) personeel heeft en dat dit niet is meegenomen in de tarieven 2023, anderzijds zijn de lonen van het personeel meer gestegen dan waar de jaarlijkse indexatie in de tarieven rekening mee heeft gehouden. Tenslotte stellen bezwaarden 1 dat het uiteindelijke inkomen van huisarts-eigenaren hierdoor de afgelopen jaren veelal is gedaald.

Meer ondersteunend personeel, maar ook meer omzet

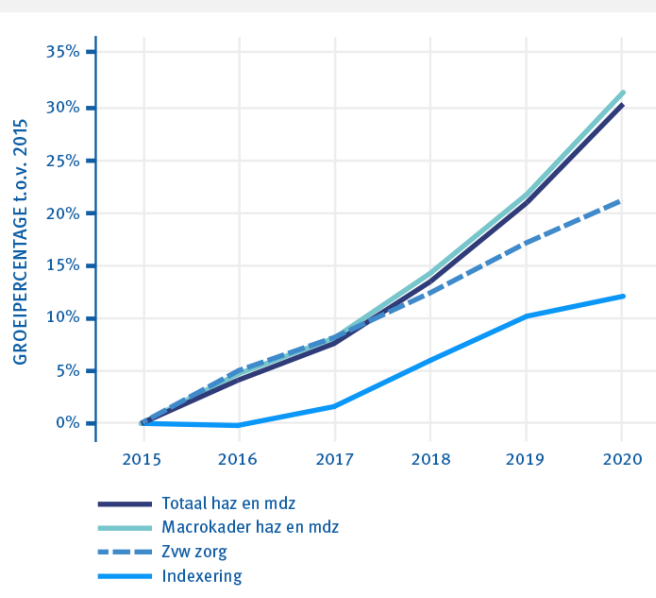
Bezwaarden 1 en 2 stellen dat zij meer (ondersteunend) personeel in dienst hebben per normpraktijk dan in 2015. Hierdoor heeft een huisartsenpraktijk meer personeelskosten. Deze extra kosten zouden niet zijn meegenomen in de tarieven van 2023. Bezwaarden 1 en 2 hebben dit echter niet onderbouwd.

Huisartsenpraktijken kunnen de zorg geleverd door het extra (ondersteunend) personeel in rekening brengen bij de zorgverzekeraar en/of de patiënt. Zoals in de 'Achtergrond van het beleid' is uitgelegd bestaat het tarief van elke prestatie in de huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg uit (onder meer) de normatieve arbeidskostencomponent van de huisarts-eigenaar en personeelskosten. Wanneer er meer prestaties in rekening worden gebracht dan in 2015, behaalt een huisartsenpraktijk ook meer omzet om de toegenomen kosten te dekken.

Het klinkt de NZa niet raar in de oren dat de personeelskosten voor een gemiddelde huisartsenpraktijk zijn toegenomen sinds 2015. Tegelijkertijd ziet de NZa ook een sterke omzetstijging aan de kant van de huisartsenzorg. De omzet in de huisartsenzorg is daarbij veel sterker toegenomen dan alleen de indexatie of de gemiddelde toename van kosten van zorg in de Zorgverzekeringswet zoals ook blijkt uit onderstaande figuur¹⁴.

¹⁴ Deze figuur komt uit de Monitor contractering huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg 2021.

JAARLIJKSE PROCENTUELE GROEI TOTALE UITGAVEN HUISARTSENZORG EN MULTIDISCIPLINAIRE ZORG TEN OPZICHT VAN 2015



Door alleen naar de extra kosten te kijken die horen bij meer (ondersteunend) personeel, wordt een te eenzijdige benadering toegepast.

Bezwaarden 2 stellen dat de uren van dit extra personeel (waaronder de POH-S) veelal indirecte tijd betreffen en dat het bestreden besluit geen aparte betaaltitel kent voor de POH-S. Segment 1 kent geen prestaties specifiek uitgevoerd door de POH-S. Dit wil echter niet zeggen dat de zorg geleverd door de POH-S (en ander extra ondersteunend personeel) niet op een kostendekkende wijze wordt bekostigd. De kosten van de POH-S zijn, net als de kosten van ander ondersteunend personeel (bijvoorbeeld de doktersassistent), reguliere personeelskosten en daarmee opgenomen in alle tarieven. Verder kunnen verrichtingen die door een POH-S (of doktersassistenten) worden uitgevoerd onder verantwoordelijkheid van de huisarts als consult, visite of verrichting in rekening worden gebracht. Daarnaast is van belang dat een POH-S vaak zogenaamde ketenzorg levert (bijvoorbeeld zorg aan diabetespatiënten) waarvoor in het bestreden besluit wel specifieke prestaties zijn opgenomen in segment 2. Doordat meer personeel ook leidt tot meer omzet, kan de NZa bezwaarden 2 dan ook niet volgen dat de kosten van extra personeel niet zouden zijn meegenomen in de tarieven van 2023.

OVA toereikend

Bezwaarden 1 en 2 stellen dat de lonen van het personeel meer zijn gestegen dan waar de indexatie rekening mee heeft gehouden. Bezwaarden 1 en 2 onderbouwen deze stelling niet. De NZa heeft in de heroverweging in bezwaar gekeken naar de ontwikkelingen van de CAO Huisartsenzorg¹⁵ en de CAO Huisarts in dienst bij een huisarts¹⁶. Wij zien dat de lonen onder zowel de CAO Huisartsenzorg als de CAO Huisarts in dienst bij een huisarts sinds 2015 met ongeveer 23% zijn gestegen.

¹⁵ <https://www.lhv.nl/wp-content/uploads/2022/06/Cao-Huisartsenzorg-2022-2023-def-versie-februari-2023.pdf>

¹⁶ <https://www.lhv.nl/wp-content/uploads/2022/10/Cao-hidha-2022-2023-def.pdf>

	1 maart 2015	1 januari 2023	%Stijging
CAO Huisartsenzorg			
Schaal 5 (dokterassistente B) ¹⁷	€ 2.810	€ 3.466	+23,3%
Schaal 7 (POH)	€ 3.558	€ 4.380	+23,1%
Schaal 8 (POH-GGZ A)	€ 3.831	€ 4.635	+21,0%
CAO Huisarts in dienst bij een huisarts			
Trede 8	€ 6.486	€ 7.985 ¹⁸	+23,1%

De OVA is sinds 2015 gestegen met 27,4%.¹⁹ De NZa is uitgegaan van de schaalindeling uit het Handboek functiewaardering huisartsenzorg 2023 en gaat er van uit dat deze schaalindeling past bij de gemiddelde praktijk in 2023. De NZa kan de stelling van bezwaarden 1 en 2 dat lonen van het personeel meer zijn gestegen dan waar de indexatie rekening mee heeft gehouden zonder nadere onderbouwing dan ook niet volgen.

Inkomen praktijk eigenaren niet gedaald

Bezwaarden 1 geven aan veel signalen te ontvangen dat het uiteindelijke inkomen van praktijk eigenaren de afgelopen jaren veelal is gedaald. Dit volgt echter niet uit cijfers van het CBS. Uit cijfers van het CBS²⁰ volgt dat het resultaat voor belasting van de totale groep van huisarts-eigenaren tussen 2015 en 2020 met bijna 34% is gestegen.

Perioden	Zorgpraktijken (SBI2008)	Zelfstandigen aantal	Bedrijven	Bedrijfsresultaat		Financieel resultaat		Overig financieel resultaat	Financieel resultaat	Resultaat uit deelnemingen	Buitengewoon resultaat		Resultaat voor belasting
				Totaal bedrijfsopbrengsten min euro	Rentebaten	Rentelasten	Buitengewone baten				Buitengewone lasten		
2015	8621 Praktijken van huisartsen	10 140	390	2 658	1	19	7	-11	7	15	6	8	1 104
2016	8621 Praktijken van huisartsen	10 370	370	2 797	1	18	7	-10	5	16	5	11	1 182
2017	8621 Praktijken van huisartsen	10 700	390	2 890	1	17	8	-8	6	18	6	12	1 194
2018	8621 Praktijken van huisartsen	10 940	400	3 004	0	16	5	-10	6	18	6	12	1 240
2019	8621 Praktijken van huisartsen	11 550	430	3 250	0	15	8	-7	16	18	6	12	1 348
2020*	8621 Praktijken van huisartsen	11 630	480	3 437	0	13	6	-7	15	21	17	4	1 478

Bron: CBS

1.5.2 Vergroting takenpakket huisarts

Bezwaarden 2 voeren aan dat het takenpakket van de huisarts is vergroot sinds 2015. Dit komt door een verschuiving van chronische zorg van de tweede naar de eerstelijns en stelselwijzigingen in de GGZ, de ouderenzorg en het sociaal domein. Daarnaast verwijzen bezwaarden 2 naar een toename van indirect patiëntgebonden werkzaamheden. Tijdens de hoorzitting hebben bezwaarden 2 aangegeven dat het inkomen van huisartsen-eigenaren ten onrechte niet is gestegen, terwijl dit naar hun mening wel zou

¹⁷ Schaalindeling komt uit het Handboek functiewaardering huisartsenzorg 2023, te raadplegen op de website van de LHV; <https://www.lhv.nl/product/handreiking-functiewaardering-huisartsenzorg/>

¹⁸ Per 1 oktober 2022.

¹⁹ In de tariefberekening huisartsenzorg wordt gebruik gemaakt van het volgende personele kostenbestanddeel: 2015: € 112.650 en 2023: € 143.490. De stijging van het personele kostenbestanddeel is daarmee 27,4%.

²⁰ CBS statline, <https://opendata.cbs.nl/#/CBS/nl/dataset/84602NED/table>

moeten als gevolg van de vergroting en verzwaring van het takenpakket. Ook zou de normatieve arbeidskostencomponent onvoldoende rekening houden met het ondernemerschap en ondernemersrisico van de huisarts-eigenaar.

De NZa ziet dat het takenpakket van de huisartsen groter is geworden de afgelopen tien jaar. Wel moet hierbij de kanttkening worden gemaakt dat het bezwaar ziet op de tarieven voor de huisartsenzorg in de Zorgverzekeringswet (Zvw). Extra taken vanuit bijvoorbeeld het sociaal domein en de Wet langdurige zorg kunnen echter niet via de Zvw-prestaties en tarieven worden bekostigd, maar vinden een financieringsgrondslag aldaar.

GGZ

Bezwaarden 2 stellen dat zij sinds 2014 in toenemende mate een prominentere rol in de GGZ hebben gekregen. Binnen de huisartsenzorg is invulling gegeven aan deze rol door de zorg voor een (groot) deel bij een POH-GGZ onder te brengen. In (vrijwel) elke huisartsenpraktijk zijn ook een of meerdere POH-GGZ te vinden. Het bestreden besluit kent apart prestaties en tarieven voor de POH-GGZ. Zo is er de prestatie "opslagmodule praktijkondersteuner ggz" die de huisarts in rekening kan brengen voor al zijn op naam ingeschreven verzekerden. Daarnaast zijn er verschillende soorten consulten voor de POH-GGZ. Indien meer GGZ-zorg wordt geleverd door een huisartsenpraktijk kunnen ook meer van deze consulten in rekening worden gebracht.

De NZa ziet in de declaratiedata een groei in de totale jaarlijkse declaraties in verband met zorgverlening door de POH-GGZ:²¹

	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Declaraties in miljoenen euro's	€ 161,8	€ 174,6	€ 187,8	€ 206,3	€ 249,6	€ 265,1
Procentuele cumulatieve groei		7,9%	16,1%	27,5%	54,3%	63,8%

Met de extra omzet die door huisartsen wordt behaald met GGZ-zorgverlening kan extra personeel in dienst worden genomen om deze zorg te verlenen. De NZa is van mening dat, gelet op de met de extra ggz-zorglevering gepaard gaande groei van de omzet, er geen directe noodzaak is om versneld een kostenonderzoek te starten.

Ouderen

Bezwaarden 2 voeren aan dat het aantal ouderen in Nederland is toegenomen sinds 2015. Zij geven aan dat de zorg door de huisarts aan ouderen zwaarder is dan de zorg aan niet-ouderen.

De bekostiging van de huisartsenzorg houdt echter ook rekening met deze zwaardere zorgvraag. Immers, huisartsen kunnen een hoger inschrijftarief in rekening brengen voor oudere ingeschreven verzekerden. Het inschrijftarief differentieert in de volgende leeftijdscategorieën:

- tot 65 jaar;

²¹ Kerncijfers ggz | Geestelijke gezondheidszorg (ggz) en forensische zorg (fz) | Nederlandse Zorgautoriteit (nza.nl) en declaratiedata uit Vektis.

- 65 jaar tot 75 jaar;
- 75 jaar tot 85 jaar;
- Vanaf 85 jaar.

Een ouder wordende populatie heeft dus tot gevolg dat er hogere tarieven voor de prestaties inschrijving in rekening worden gebracht door de huisartsen.

De NZa ziet in 2020 en 2021 de volgende cumulatieve groei ten opzichte van 2019 per leeftijdscategorie in declaraties voor de prestaties inschrijving:²²

type inschrijftarief	2020	2021
tot 65	1,9%	5,6%
65-75	3,4%	8,2%
75-85	5,4%	13,2%
vanaf 85	3,9%	8,8%
Totaal	2,5%	6,8%

Deze verschuiving heeft tot gevolg dat er in deze jaren ook meer omzet uit inschrijvingen wordt behaald. Omdat de bekostiging van de huisartsenzorg rekening houdt met de gemiddeld zwaardere zorgvraag van oudere ingeschreven patiënten en huisartsen de afgelopen jaren ook meer omzet hebben behaald uit inschrijvingen door de ouder wordende populatie, is er geen directe noodzaak om versneld een kostenonderzoek te starten.

Substitutie tweede en derde lijn

Bezwaarden 2 geven aan dat er sinds 2015 een substitutie van tweedelijns zorg naar de eerstelijns heeft plaatsgevonden. Hierdoor is de huisarts in 2023 bijvoorbeeld verantwoordelijk voor de zorg aan patiënten met suikerziekte of COPD waar deze zorg voorheen door de internist of longarts werd verleend. De NZa herkent dit beeld. Dit betekent echter niet dat het bestreden besluit geen rekening houdt met deze verschuiving van de zorg. In segment 2 zijn bijvoorbeeld specifiek voor de zorg aan patiënten met Diabetes Mellitus type 2 en COPD prestaties vastgesteld. De NZa ziet dat het aantal declaraties van deze prestaties sinds 2015 flink is toegenomen.

De NZa ziet in de declaraties in segment 2 de volgende ontwikkelingen:²³

	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Declaraties in miljoenen euro's	€ 447,8	€ 467,8	€ 490,0	€ 490,9	€ 510,4	€ 557,0	€ 573,7
Procentuele cumulatieve groei		4,5%	9,4%	9,6%	14,0%	24,4%	28,1%

²² Bron: declaratiedata uit Vektis.

²³ Bron: declaratiedata uit Vektis.

De NZa is van mening dat, gelet op de met de groei van de omzet voor zorg aan patiënten met suikerziekte of COPD, er geen directe noodzaak is om versneld een kostenonderzoek te starten.

Percentage indirect patiëntgebonden tijd

Bezwaarden 2 geven aan dat indirect patiëntgebonden en niet-patiëntgebonden werkzaamheden niet direct bij een patiënt of diens zorgverzekeraar in rekening kunnen worden gebracht. Dit betekent echter niet dat huisartsen niet betaald worden voor deze werkzaamheden. De kosten voor deze werkzaamheden zijn meegenomen in de tarieven voor de direct patiëntgebonden werkzaamheden. Bij de declaratie van bijvoorbeeld het inschrijftarief of een consult ontvangt een huisarts dan ook een vergoeding voor indirect- en niet-patiëntgebonden werkzaamheden.

Bezwaarden 2 stellen dat huisartsen sinds 2015 meer tijd kwijt zijn aan indirect patiëntgebonden werkzaamheden. Zij vergelijken voor hun stelling dat huisartsen sinds 2015 meer tijd kwijt zijn aan indirect patiëntgebonden werkzaamheden het kostenonderzoek van de NZa over 2015 met een onderzoek van Nivel uit 2018²⁴. Uit het onderzoek van de NZa volgt dat huisartsen in 2015 65% van hun tijd aan direct patiëntgebonden werkzaamheden besteedden, uit een onderzoek van Nivel uit 2018 komt naar voren dat dit percentage in 2018 zou zijn gedaald tot 54%.

Deze vergelijking is naar het oordeel van de NZa echter scheef. De NZa en Nivel hanteren verschillende definities. Dit blijkt (bijvoorbeeld) uit het gegeven dat ANW-diensten zijn meegenomen in het percentage van 64,7%²⁵ direct patiëntgebonden werkzaamheden in 2015, maar in het Nivelonderzoek zijn ANW-diensten geschaard onder indirect patiëntgebonden activiteiten. Daarnaast blijkt uit het onderzoek van Nivel dat, vergeleken met een onderzoek van Nivel uit 2013, een iets kleiner deel van de werktijd wordt besteed aan direct patiëntgebonden activiteiten (56% in 2013 en 54% in 2018) en een iets groter deel aan niet-patiëntgebonden zaken. Uitgaande van de onderzoeken van Nivel lijkt de toename van de indirecte patiëntgebonden werkzaamheden tussen 2015 en 2018 zeer beperkt. Uit het onderzoek van Nivel uit 2018 volgt naar de mening van de NZa dan ook geen directe noodzaak om versneld een kostenonderzoek te starten.

Ondernemerschap huisarts-eigenaar

Bezwaarden 2 zijn van mening dat de NZa in het NAC van een huisarts-eigenaar onvoldoende rekening houdt met het ondernemerschap van de huisarts-eigenaar. Zo het bestreden besluit slechts rekening houden met 4 uur voor ondernemerswerkzaamheden. Dit is niet juist.

De NZa gaat uit van 1 fte voor een huisarts-eigenaar bij een werkweek van 40 uren of meer. Dat een huisarts-eigenaar een gemiddelde werkweek heeft van 52 uur²⁶ is naar de mening van de NZa, gelet op de functie en het daarbij behorende norminkomen, normaal en gebruikelijk.²⁷ Daarnaast deelt de NZa de mening van bezwaarden 2, dat het NAC niet meer passend is, omdat dit is gebaseerd op het

²⁴ S. Versteeg, E. Vis, L. van der Velden, R. Batenburg, De werkweek van de Nederlandse huisarts in 2018, Nivel (November 2018), https://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/Werkweek_van_de_nederlandse_huisarts_2018.pdf

²⁵ Gemiddeld 31,16 uur direct patient gebonden tijd en 2,54 uur ANW-diensten op een gemiddelde totale werkweek van 52,05 uur, Praktijkkostenonderzoek huisartsen 2015, paragraaf 4.2, https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_3629_22/.

²⁶ Praktijkkostenonderzoek huisartsen 2015, paragraaf 4.2.

²⁷ Zie hiervoor ook de uitspraken van het CBb van 1 december 2015, ECLI:NL:CBB:2015:370 en van 5 maart 2015, ECLI:NL:CBB:2015:43.

Bezoldigingsbesluit Burgerlijke Rijksambtenaren en de CAO gezondheidscentra, niet. Dat de hoogte van het norminkomen – in 2023 vastgesteld op € 161.350,67 – zó ver afstaat van de economische realiteit dat het niet redelijk is te achten, is niet gebleken. Dat de normatieve arbeidskostencomponent sinds 2013 geënt is op het Bezoldigingsbesluit Burgerlijke Rijksambtenaren en de CAO gezondheidscentra met daarbij behorende bedragen maakt dat niet anders.²⁸

De stelling van bezwaarden 2 dat vrijwel geen rekening is gehouden met het ondernemersrisico van huisarts-eigenaren is ook niet juist. Het ondernemersrisico is in de tariefbepaling meegenomen binnen de component praktijkkosten, door middel van een vergoeding voor gederfd rendement op eigen vermogen (VGREV).²⁹

1.5.3 Consultduur

Bezwaarden 2 geven aan dat de prestaties en tarieven voor reguliere consulten niet meer representatief zijn in 2023. Als reden hiervoor geven zij aan dat consulten in 2023 gemiddeld genomen veel langer zouden duren dan in 2015. Hierdoor zouden huisartsen minder opbrengsten uit consulten halen.

Het bestreden besluit kent verschillende prestaties en tarieven voor reguliere consulten³⁰:

- Consult regulier korter dan 5 minuten
- Consult regulier vanaf 5 minuten tot 20 minuten
- Consult regulier 20 minuten en langer

Het “consult regulier vanaf 5 minuten tot 20 minuten” kan (bovenop het toepasselijke inschrijftarief) in rekening worden gebracht indien een consult 5 minuten duurt, maar ook indien het consult 19 minuten duurt. De tarieven in de huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg zijn gemiddeld kostendekkend. Dit betekent dat bij een consult waarbij de patiënt na 7 minuten klaar is bij de huisarts, de huisarts een tarief in rekening mag brengen dat relatief hoog is in verhouding tot de bestede tijd. Omgekeerd geldt dat indien een consult 19 minuten duurt, het tarief relatief laag is in verhouding tot de bestede tijd.

Daarnaast is van belang dat een verdere differentiatie van de consultduur bij een gelijkblijvende productie niet tot een hogere of lagere omzet leidt. Bij een gelijkblijvende productie zullen de tarieven van andere prestaties moeten dalen indien de tarieven voor consulten stijgen. Gebeurt dit niet, dan leidt dit tot een hogere omzet bij gelijkblijvende kosten.

Indien consulten in het algemeen langer duren leidt dit, bij een gelijkblijvend aantal zorgverleners, tot een lagere productie. Een lagere productie leidt tot een lagere omzet. De omzet in de huisartsenzorg is echter veel sterker toegenomen dan alleen de indexatie, zie hiervoor ook paragraaf 4.4.1. Een lagere omzet zou verder, bij gelijkblijvende kosten, leiden tot een lager resultaat voor huisarts-eigenaren. Uit cijfers van het CBS blijkt deze lagere omzet echter niet, zie hiervoor ook paragraaf 4.4.1. Hierdoor is er geen aanleiding voor de NZa om te veronderstellen dat de prestaties en tarieven voor reguliere consulten in combinatie met het inschrijftarief niet meer representatief zijn in 2023.

²⁸ Zie hiervoor ook Cbb 5 maart 2015, ECLI:NL:CBB:2015:43 en 1 december 2015, ECLI:NL:CBB:2015:370.

²⁹ Verantwoordingsdocument Toelichting op de berekening van de tarieven huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg, versie september 2022, paragraaf 8.

³⁰ Het bestreden besluit kent vergelijkbare prestaties voor visites regulier, consulten en visites voor passanten, consulten en visites voor militairen en consulten en visites voor gemoedsbezwaarden.

1.5.4 Gemiddelde werkweek huisarts

Bezwaarden 2 voeren aan dat de gemiddelde werkweek van huisartsen is toegenomen sinds 2015. Zij verwijzen in dit kader naar een onderzoek van Nivel uit 2018³¹ en vergelijken dit onderzoek met het onderzoek van de NZa over 2015. Deze vergelijking is volgens de NZa echter scheef. Uit het kostenonderzoek van de NZa over 2015 blijkt dat huisartseigenaren per fte gemiddeld 52,05 uur per week werken. Uit het onderzoek van Nivel uit 2018 volgt dat huisarts-eigenaren per fte gemiddeld 61 uur per week werken. Uit een onderzoek van Nivel uit 2013 volgt dat huisarts-eigenaren per fte gemiddeld 60,5 uur per week werken.³² Uit de beide onderzoeken van Nivel volgt derhalve dat het aantal werkzame uren per week per fte huisartseigenaren tussen 2013 en 2018 behoorlijk stabiel is. Dat uit het kostenonderzoek van de NZa over 2015 volgt dat huisarts-eigenaren per fte 52,05 uur per week werken, komt waarschijnlijk doordat de NZa en Nivel andere definities en/of een andere onderzoeksmethode hebben gebruikt. Hierdoor kunnen de onderzoeken van Nivel en de NZa niet met elkaar worden vergeleken.

Uit de onderzoeken van Nivel uit 2013 en 2018 volgt naar de mening van de NZa niet dat de werkweek van huisarts-eigenaren in die periode fors is toegenomen waardoor er ook geen directe noodzaak was om versneld een kostenonderzoek te starten.

In dit kader is ook van belang dat de NZa uitgaat van 1 fte huisarts-eigenaar bij een werkweek van 40 uren of meer. Dat een huisarts-eigenaar een gemiddelde werkweek heeft van 52 uur zoals volgt uit het onderzoek van de NZa is naar de mening van de NZa, gelet op de functie en het daarbij behorende norminkomen, normaal en gebruikelijk.³³

1.5.5 Huisvesting

Bezwaarden 1 en 2 voeren aan dat huisartsenpraktijken sinds 2015 hogere huisvestingskosten hebben. Hiertoe verwijzen bezwaarden 1 en 2 onder meer naar een onderzoek van LHV uit 2021. De NZa is bekend met het onderzoek van LHV. Uit dit onderzoek komt naar voren dat 52% van de huisarts-eigenaren grote behoefte heeft om te verhuizen, verbouwen of uit te breiden en zich daar ook op oriënteert. De belemmeringen die worden ervaren zijn onder meer een gebrek aan beschikbare panden, gebrek aan beschikbare ruimte om te bouwen en te hoge huisvestingskosten. Als een huisarts-eigenaar een nieuwe huurovereenkomst moet sluiten, een nieuw pand koopt of verbouwt, zullen de kosten voor huisvesting waarschijnlijk stijgen en afhankelijk van de specifieke situatie, zelfs fors stijgen. Dat deze huisartsen de stijgende kosten als een belemmering ervaren, betekent volgens de NZa echter nog niet dat de tarieven gemiddeld genomen te laag zijn vastgesteld.

Naast een verwijzing naar het onderzoek van LHV uit 2021 in het algemeen, verwijzen bezwaarden 1 en 2 meer specifiek naar de kosten per vierkante meter huisvesting, die sterker zouden zijn gestegen dan waar de indexatie van de tarieven rekening mee houdt. Ook verwijzen zij naar de behoefte aan meer vierkante meters aan huisvesting. Tenslotte verwijzen bezwaarden 1 en 2 naar de grote verschillen in huisvestingskosten per regio en tussen eigendom en huur.

³¹ Zie voetnoot 24.

³² Zie hiervoor figuur 4.5 uit het onderzoek van Nivel uit 2018.

³³ Zie hiervoor ook de uitspraken van het CBb van 1 december 2015, ECLI:NL:CBB:2015:370 en van 5 maart 2015, ECLI:NL:CBB:2015:43.

Kosten per vierkante meter

Bezwaarden 1 en 2 stellen dat de kosten van huisvesting per vierkante meter meer zijn gestegen dan waar de indexatie van de tarieven rekening mee houdt. Bezwaarden 2 verwijzen naar een blog³⁴ waarin is aangegeven dat de bouwkosten van een vierkante meter sleutelklare huisartsenpraktijk in 2013 ca. EUR 2.000-2.400 zou bedragen. Deze bouwkosten zouden in 2021 zijn gestegen tot ca. EUR 2.800-3.000.

Zoals in paragraaf 1.4.1 is uitgelegd zijn de tarieven in het bestreden besluit gebaseerd op gemiddelde kosten van zorgaanbieders. Dit betekent dat de huisvestingskosten van huisartsen worden meegenomen die net een nieuw huurcontract hebben gesloten, maar ook de huisvestingskosten van huisartsen die al 25 jaar een pand in eigendom hebben. In de tarieven wordt dus niet alleen gekeken naar huisartsen die de afgelopen 5 jaar nieuwe huisvesting hebben gekregen of hebben geïnvesteerd in huisvesting en daardoor waarschijnlijk relatief hoge huisvestingskosten hebben.

Daarnaast kunnen huisvestingskosten niet los worden gezien van andere kosten zoals kosten van energie, vergelijk de paragrafen 1.4.1. Dit blijkt ook uit het blog waar bezwaarden 2 naar verwijzen. Hierin is opgenomen dat:

“Een andere belangrijke oorzaak van de explosief gestegen bouwkosten is de overgang naar gasloos bouwen. Sinds 2021 zijn dat ook de nieuwe energie-eisen voor ‘Bijna Energie Neutraal Bouwen’ (BENG). Die eisen zorgen ten opzichte van “vroeger” voor extra bouwkosten van ongeveer 10%.”

Het is dan ook niet juist om vierkante meterprijzen in 2023 alleen te vergelijken met de gemiddelde huisvestingskosten in 2015.

Meer vierkante meters

Bezwaarden 1 en 2 geven aan dat een huisartsenpraktijk in 2023 behoefte heeft aan meer vierkante meter praktijkruimte dan in 2015 in verband met de vergroting van het takenpakket van de huisarts. De vergroting van het takenpakket heeft, zoals in de paragrafen 1.4.1 en 1.5.1 ook al is aangegeven, ook extra omzet tot gevolg. In elk tarief dat extra in rekening wordt gebracht, is ook een stukje huisvestingskosten opgenomen waarmee extra vierkante meters kunnen worden bekostigd. Doordat de extra taken leiden tot extra omzet, is er ook een extra dekking voor huisvestingskosten. De NZa volgt de stelling dat het bestreden besluit geen rekening houdt met (de behoefte aan) meer vierkante meters praktijkruimte dan ook niet.

Verschillen per regio en eigendom en huur

Bezwaarden 1 en 2 merken in hun bezwaarschriften op dat de huisvestingskosten tussen de verschillende regio's erg verschillen en dat er ook verschillen zijn tussen eigendom en huur. In het kostenonderzoek waarop de tarieven voor 2023 zijn gebaseerd, is als uitgangspunt genomen dat wordt uit gegaan van een gewogen gemiddelde. Het is inherent aan een tariefberekening die is gebaseerd op gemiddelden, dat er

³⁴ Medisch ondernemen (18 oktober 2021) “Explosieve bouwkosten: wat betekent dat voor uw praktijk?”,

<https://www.medischondernemen.nl/blog/explosieve-bouwkosten-wat-betekent-dat-voor-uw->

[praktijk#:~:text=Een%20andere%20belangrijke%20oorzaak%20van,extra%20bouwkosten%20van%20ongeveer%2010%25.](https://www.medischondernemen.nl/blog/explosieve-bouwkosten-wat-betekent-dat-voor-uw-praktijk#:~:text=Een%20andere%20belangrijke%20oorzaak%20van,extra%20bouwkosten%20van%20ongeveer%2010%25.)

praktijken zijn met lagere dan gemiddelde kosten en praktijken met hogere dan gemiddelde kosten. Dit is op zich geen reden om een berekeningssystematiek als zodanig onrechtmatig te achten.³⁵

Gelet op het voorgaande is de NZa van mening dat eventuele hogere huisvestingskosten geen aanleiding vormen om versneld een kostenonderzoek te starten.

1.6 Inflatie en energiekosten

Bezwaarden 1 en 2 verwijzen in hun bezwaar naar de hoge energiekosten en de oplopende inflatie. De tarieven in het bestreden besluit zouden hier geen rekening mee houden. Bezwaarden 1 en 2 geven niet aan waarom zij van mening zijn dat deze aangepaste herijking geen rekening houdt met de inflatie en energiekosten.

Op basis van de Beleidsregel indexering worden de tarieven in de huisartsenzorg jaarlijks geïndexeerd. De indexatie van personele en materiële kosten is gebaseerd op cijfers van het CPB. Het ministerie van VWS heeft de NZa in haar brief van 20 september 2022³⁶ verzocht (onder andere) de gereguleerde tarieven in de huisartsenzorg aan te passen in verband met de uitzonderlijk hoge inflatie en de uitzonderlijke maatregelen die daarop door het kabinet zijn genomen. De NZa heeft aan dit verzoek gehoor gegeven en de gereguleerde tarieven in de huisartsenzorg aangepast, waarbij voor zowel het ova-percentage als voor het prijspercentage particuliere consumptie is uitgegaan van de laatste raming van het CPB. Deze nieuwe tarieven zijn opgenomen in het bestreden besluit. De minister heeft in zijn brief van 22 november 2022³⁷ bevestigd dat bijgestelde maximumtarieven geen belemmering vormen om zorgaanbieders te compenseren voor hogere kosten.

De NZa volgt bezwaarden 1 en 2 dan ook niet in hun stelling dat de tarieven voor 2023 geen rekening houden met de hoge energiekosten en de oplopende inflatie.

2 Schrappen COVID-19

Bezwaarden 1 geven aan dat de NZa ten onrechte de mogelijkheid heeft geschrapt om de prestatie intensieve zorg in rekening te brengen voor een visite aan een patiënt met (een verdenking op) COVID-19. Tijdens de hoorzitting hebben zij toegelicht dat zij op basis van richtlijnen nog steeds verplicht zijn persoonlijke beschermingsmiddelen (hierna: PBM) te dragen, waardoor zij extra kosten maken en extra tijd kwijt zijn.

De NZa heeft de prestatie Intensieve zorg met ingang van 1 maart 2020 opengesteld voor visites aan een patiënt met (een verdenking op) COVID-19. De reden hiervoor was dat er nog veel onduidelijk was rondom het bieden van COVID-19 zorg. De NZa heeft het tijdelijke pakket aan maatregelen voor aanvullende bekostiging van zorg in verband met COVID-19 met ingang van 2023 geschrapt.

Op 22 februari 2023 heeft het Outbreak Management Team (hierna: OMT) een advies gegeven aan het kabinet.³⁸ In dit advies geeft het OMT aan dat het er op lijkt dat Nederland in de endemische fase van de

³⁵ CBb, 31 maart 2015, ECLI:NL:CBB:2015:43.

³⁶ https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_722073_22/1/

³⁷ Brief van de minister van VWS van 22 november 2022 met kenmerk 3471530-1040034-FEZ.

³⁸ <https://open.overheid.nl/documenten/ronl-ce55af6c46356ee80738e048b1013e1b489602b2/pdf>

COVID-19-pandemie is beland. Hierdoor zijn volgens het OMT niet alle maatregelen met betrekking tot PBM altijd meer nodig. Naar aanleiding van dit advies heeft het kabinet op 10 maart 2023 besloten dat de laatste corona-adviezen zijn komen te vervallen.³⁹ Hierdoor is de richtlijn van het RIVM voor verzorging, verpleging of medische behandelingen buiten het ziekenhuis met ingang van 13 maart 2023 aangepast, waardoor het preventief gebruik van PBM niet meer nodig is.⁴⁰

In de periode van 1 januari 2023 tot 13 maart 2023 is er geen opleving geweest van COVID-19. De NZa mag er dan ook van uitgaan dat huisartsen beperkt visite aan een patiënt met (een verdenking op) COVID-19 hebben gedaan. Daarnaast is van belang dat het bestreden besluit generieke prestaties kent (zoals consult en visite) en hierbij geen onderscheid maakt tussen verschillende ziektebeelden. Er zijn meer ziektebeelden waarbij een huisarts tijdens een consult of visite PBM zal dragen, of de praktijkruimte na afloop van het consult moet worden ontsmet (bijvoorbeeld bij een patiënt met schurft). Een visite aan een patiënt met (een verdenking op) COVID-19 is daardoor niet afwijkend, waardoor een hoger tarief gerechtvaardigd is.

Gelet op het voorgaande is het bezwaar van bezwaarden 1 ongegrond voor zover het bezwaar is gericht op het schrappen prestatie intensieve zorg bij COVID-19.

3 ANW-uurtarieven

Bezwaarden 3 en 4 voeren, samengevat, aan dat de ANW-uurtarieven ontoereikend zijn. De NZa heeft de ANW-uurtarieven met ingang van 1 januari 2023 herijkt. Op verzoek van het ministerie van VWS⁴¹ heeft de NZa, in afstemming met betrokken partijen⁴², onderzocht hoe het maximum ANW-uurtarief van huisartsen met ingang van 1 januari 2023 kon worden herijkt en gedifferentieerd op basis van het moment van de dienst (avond, nacht, weekend en feestdag).

De ANW-uurtarieven zijn herijkt op basis van de NAC. Hiervoor is gekozen omdat de contractuele verantwoordelijkheid voor het borgen van de ANW-zorg vooralsnog bij de praktijkhoudende huisartsen ligt, wat bepalend is voor de keuze om het tarief te baseren op de normatieve arbeidskosten van de praktijkhouder (de NAC). Voor de differentiatie is aangesloten bij de opslagen uit de cao huisartsenzorg. De ANW-uurtarieven geven, gelet op het voorgaande, dekking aan redelijke kosten van zorg. Het is vervolgens aan bezwaarden 3 en 4 om aannemelijk te maken dat de zorg niet tegen die vergoeding kan worden geleverd. Bezwaarden 3 en 4 hebben niet gemotiveerd waarom de ANW-uurtarieven ontoereikend zouden zijn waardoor hun bezwaar niet slaagt. Ten overvloede merkt de NZa op dat de prestatiesbeschrijvingen voor "Anw-verrichtingen in hds" geen voorwaarden bevat met betrekking tot het implementeren van afspraken uit het Integraal Zorg Akkoord.

De door bezwaarden 3 en 4 genoemde budgetteringskaders, voorwaarden voor substitutie binnen de vastgestelde exploitatiebegroting en productieplafonds volgen niet uit het bestreden besluit maar uit de Beleidsregel huisartsendienstenstructuur en de daarop gebaseerde tariefbeschikking.

³⁹ <https://www.rijksoverheid.nl/actueel/nieuws/2023/03/10/laatste-specifieke-corona-adviezen-vervallen-maar-gebruik-je-gezonde-verstand-bij-luchtwegklachten>

⁴⁰ <https://ici.rivm.nl/covid-19/PBMbuitenziekenhuis>

⁴¹ Brief van het ministerie van VWS van 2 september 2022 met kenmerk 3420129-1033721-CZ.

⁴² Technisch Overleg van 8 september 2022 waarbij de volgende partijen aanwezig waren: LHV, VPH, ZN en InEen.

Gelet op het voorgaande is het bezwaar van bezwaarden 3 en 4 ongegrond.

4 Bijzondere omstandigheden

De NZa kan in beginsel alleen van de beleidsregel afwijken als er sprake is van een bijzondere omstandigheid ex artikel 4:84 van de Algemene wet bestuursrecht.

Bezwaarden 1 hebben een beroep op bijzondere omstandigheden in de zin van artikel 4:84 van de Awb gedaan. Bezwaarden 1 hebben aangegeven dat de NZa, gegeven de huidige omstandigheden niet bij haar beleid kan blijven dat er geen nacalculatie plaatsvindt voor 2022. De NZa zou gebruik moeten maken van haar afwijkingsbevoegdheid.

De huisartsenzorg kent collectieve prestaties en tarieven. De maximumtarieven worden periodiek herijkt en in de tussenliggende jaren geïndexeerd. Deze methode is gekozen om de administratieve lasten zo veel mogelijk te beperken.⁴³ Zoals bezwaarden 1 aangeven is de incidentele nacalculatie met ingang van 2017 komen te vervallen. Hiervoor in de plaats worden de gereguleerde tarieven sinds 2017 gebaseerd op een 100% voorcalculatorische index (in plaats van 50% die tot en met 2016 gold). Hiermee zullen de door de NZa vastgestelde tarieven nauw(er) aansluiten bij de daadwerkelijke kostenontwikkelingen in de sector.

De minister van VWS heeft in zijn brief van 22 november 2022⁴⁴ aangegeven dat hij signalen heeft ontvangen over en van zorgaanbieders die in 2022 werden geconfronteerd met aanzienlijke financiële tegenvallers als gevolg van hogere dan geraamde (energie)prijzen. Uit de signalen blijkt echter ook de diversiteit. Een zorgaanbieder die te maken heeft met variabele energietarieven zit in een lastiger parket dan een zorgaanbieder met een doorlopend contract. Zorgaanbieders hebben volgens de minister zelf ook een verantwoordelijkheid om te kijken of het energieverbruik kan worden verminderd, ook in het kader van duurzaamheid, en ze worden ook geacht het risico van hogere energiekosten tot op zekere hoogte zelf te kunnen dragen. De minister heeft naar aanleiding van de signalen gesprekken gevoerd met branchepartijen van zorgaanbieders en ZN over de wijze waarop er vanuit het kabinet ruimte voor maatwerk kan worden geboden. Of, en in welke mate, compensatie aan de orde zal zijn, is sterk afhankelijk van de individuele situatie en vraagt nauw overleg tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar. Als zorgaanbieders worden geconfronteerd met (1) een bovenmatige stijging van (energie)prijzen, die ze (2) niet redelijkerwijs zelf kunnen voorkomen met maatregelen en/of (3) opvangen binnen hun exploitatie en reserves, kunnen zij zich melden bij de individuele zorgverzekeraars om samen passende (financiële) afspraken te maken.

In de huisartsenzorg stelt de NZa collectieve maximumtarieven vast die gemiddeld kostendekkend zijn. Naar de mening van de NZa kan niet in het algemeen worden gesteld dat de systematiek van indexatie van collectieve maximumtarieven onevenredig nadelige gevolgen heeft voor huisartsen aangezien eventuele nadelige gevolgen afhankelijk zijn van de individuele situatie van een huisartsenpraktijk. Huisartsenpraktijken kunnen zich melden bij de zorgverzekeraars om passende afspraken te maken. Daarnaast zijn er ook regelingen vanuit de rijksoverheid om zorgaanbieders tegemoet te komen aan de hoge energietarieven.⁴⁵ Ook lokale overheden kennen compensatiemogelijkheden voor hoge

⁴³ Zie hiervoor ook paragraaf 1.2.

⁴⁴ Zie voetnoot 37.

⁴⁵ Met ingang van 1 juli 2022 is de btw op energie (stroom en gas) van 21% naar 9% gegaan. Iedereen die op de 1e dag van de maanden november en december in 2022 een kleinverbruikaansluiting had voor elektriciteit (zowel gebouwen die bedoeld zijn om in te wonen als in te

energiekosten.⁴⁶ De NZa is dan ook van mening dat, mede met het oog op een doelmatige bekostiging van de zorg⁴⁷, een eventuele compensatie voor hoge energiekosten over 2022 niet via de algehele verhoging van de tarieven voor huisartsenzorg moet plaatsvinden. Er is naar de mening van de NZa dan ook geen sprake van bijzondere omstandigheden die onevenredig zijn in verhouding tot de met de beleidsregels te dienen doelen.

PROCESKOSTENVERGOEDING

Tot slot hebben bezwaarden 1 en 2 een beroep gedaan op artikel 7:15, tweede lid, Awb.

Voorwaarde om in aanmerking te komen voor een proceskostenvergoeding is dat het bestreden besluit wordt herroepen wegens een aan de NZa te wijten onrechtmatigheid. In deze situatie is hiervan geen sprake. Een en ander betekent dat in dit geval de proceskosten niet vergoed kunnen worden nu niet aan de toepassingsvoorwaarden van artikel 7:15, tweede lid, Awb is voldaan.

CONCLUSIE

Gelet op het voorgaande verklaart de NZa de bezwaren van bezwaarden 1, bezwaarden 2, bezwaarde 3 en bezwaarde 4 ongegrond.

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

Hoogachtend,
Nederlandse Zorgautoriteit,


mw. mr. drs. K. Raaijmakers
plv. voorzitter Raad van Bestuur

Als u het niet eens bent met dit besluit kunt u binnen zes weken na verzending van dit besluit beroep instellen bij het College van Beroep voor het bedrijfsleven.

Adres:
College van Beroep voor het bedrijfsleven
Postbus 20021
2500 EA 's-Gravenhage

Het beroep moet volgens artikel 6:5, eerste lid, van de Algemene wet bestuursrecht schriftelijk en ondertekend worden ingediend en moet ten minste de volgende gegevens bevatten:

- naam en adres van de indiener;
- de dagtekening;

werken), heeft voor die maand of maanden € 190 korting ontvangen: [Hoe krijg ik de € 190 korting op mijn energierekening in november en december \(2022\)? | Rijksoverheid.nl](#)

⁴⁶ Bijvoorbeeld: <https://www.midden-groningen.nl/energiecompensatie-voor-kleine-ondernemers#:~:text=Bent%20u%20een%20kleine%20ondernemer,en%20met%2030%20juni%202023.>

⁴⁷ Kamerstukken II 2004/05, 30186, 3, p. 67.

- een omschrijving van het besluit waartegen het beroep zich richt;
- de gronden (onderbouwing) van het beroep.

Indien beschikbaar moet een afschrift van dit besluit worden meegezonden.

Bijlage 1 Verzendinglijst

KBS Advocaten
Mevrouw mr. M.E.F. Bots en mevrouw mr. S. Snelder
Postbus 13086
3507 LB UTRECHT

per aangetekend mailen:

mef.bots@kbsadvocaten.nl, s.snelder@kbsadvocaten.nl

Maverick Advocaten N.V.
mevrouw mr. A.J.H. Kingma, de heer mr. D.W.L.A. Schrijvershof en de heer mr. P. Sippens Groenewegen
Barbara Strozziilaan 360
1083 HN AMSTERDAM

per aangetekend mailen:

annabel.kingma@maverick-law.com, diederik.schrijvershof@maverick-law.com, piet@groene-wegen.nl

Huisartsen Eemland B.V.
De heer C. Katsma en mevrouw S. van Empelen
Basicweg 12C
3821 BR Amersfoort

per aangetekend mailen:

s.vanempelen@huisartseneemland.nl

Huisartsenpost de Gelderse Vallei B.V.
De heer R. Münstermann, de heer A. van Andel en de heer R. Dekker
Postbus 433
6710 BK EDE GLD

per aangetekend mailen:

R.Dekker@hagv.nl

Patiëntenfederatie Nederland
De heer J-W Mulder
Postbus 1539
3500 BM UTRECHT

per aangetekend mailen:

j.w.mulder@patientenfederatie.nl

Zorgverzekeraars Nederland
Mevrouw A. Boode en de heer M. Theloesen
Postbus 520
3700 AM ZEIST

per aangetekend mailen:

m.Theloesen@zn.nl, a.boode@zn.nl

InEen
Mevrouw M. Lenos
Postbus 2672
3500 GR UTRECHT

per aangetekend mailen:

m.lenos@ineen.nl

Bijlage 2 Individuele huisartsen bezwaarden 2

1. de heer Christof Alexander Zwart, handelend onder de naam C.A. Zwart, wonende te Haarlem en kantoorhoudende aan het Prinsen Bolwerk 3 B te (2011 MA) Haarlem,
2. mevrouw Roellen Vossers, handelend onder de naam De Huisarts, wonende te Overveen en kantoorhoudende aan de Planetenlaan 19 (2024 EN) Haarlem,
3. De maatschap Huisartsenpraktijk Brouwer en Van der Kallen, statutair gevestigd te Rotterdam en kantoorhoudende aan de Lepelaarsingel 49 te (3083 KB) Rotterdam,
4. mevrouw Nienke Laraba Koorn, handelend onder de naam Huisarts@Holtenbroek, wonende te Amersfoort en kantoorhoudende aan het Straussplein 5, te (8031 AE) Zwolle,
5. de heer David Schaap, handelend onder naam Huisartsenpraktijk Tolgaarde B.V., wonende te Blaricum en kantoorhoudende aan de Tolplaats 3 te (3831 JR) Leusden,
6. de besloten vennootschap Huisartsenpraktijk De Gors B.V. statutair gevestigd te Purmerend en kantoorhoudende aan de Lisdoddestraat 30 D te (1441 NN) Purmerend,
7. de maatschap Huisartsenpraktijk Roessingh, statutair gevestigd te Voorst en kantoorhoudende aan de Schoolstraat 11 te (7383 CC) Voorst,
8. de maatschap Huisartsenmaatschap Trynwalden, statutair gevestigd te Oentsjerk en kantoorhoudende aan de Frisiastate 1 te (9062 GX) Oentsjerk,
9. de maatschap Huisartsenpraktijk Heeffe en Cremers, statutair gevestigd te Amsterdam en kantoorhoudende aan de Bremstraat 5 te (1031 EK) Amsterdam,
10. de maatschap Huisartsen Collectief Zandvoort, statutair gevestigd te Zandvoort en kantoorhoudende aan het Beatrixplantsoen 1 b (2042 PW) Zandvoort,
11. de maatschap Huisartsenpraktijk Biersteker-Gijsbers, statutair gevestigd te Rotterdam en kantoorhoudende aan de Vissersdijk 221 te (3011 GW) Rotterdam,
12. mevrouw Maria Louise Dool-Smink, handelend onder de naam Huisartsenpraktijk Dool, wonende te Zeist en kantoorhoudende aan het Hofplein 10 te (3417 JN) Montfoort,
13. mevrouw Nanine Elisabeth Miriam Prins, handelend onder de naam Huisartsenpraktijk Prins, wonende te Heiloo en kantoorhoudende aan de Wijkerstraatweg 204 te (1951 EM) Velsen-Noord,
14. de maatschap Huisartsenpraktijk De Valom, statutair gevestigd te Ureterp en kantoorhoudende aan de Valom 19 te (9247 AV) Ureterp,
15. mevrouw Anais Angenietje Van Essen - Rubingh, handelend onder de naam Huisartsenpraktijk Antarus, wonende te Amsterdam en kantoorhoudende aan de Meteorensingel 35 te (1033 CB) Amsterdam,

16. de heer Pieter Lofvers, handelend onder de naam Huisartsenpraktijk Lofvers 'De Hoeksteen', wonende te Zutphen en kantoorhoudende aan de Burgemeester Smitstraat 23 te (7221 BH) Steenderen,
17. mevrouw Margje Catharina Johanna Meuwissen-Monquil, handelend onder de naam Huisartspraktijk Meuwissen Monquil, wonende te Haarlem en kantoorhoudende aan de Schotersingel 155 te (202 3AD) Haarlem,
18. mevrouw Clara Petronella Ruth Verbeek, handelend onder de naam Praktijk Perte, wonende te Fluitenberg en kantoorhoudende aan het Bilderdijkplein 23a te (7901 JM) Hoogeveen,
19. de maatschap Huisarts van Muiden, statutair gevestigd te Muiden en kantoorhoudende aan de Burgemeester de Raadsingel 15A te (1398 BE) Muiden,
20. de maatschap Medisch Centrum Koornhorst, statutair gevestigd te Amsterdam en kantoorhoudende aan de Koornhorst 28 30 (1104 JA) Amsterdam,
21. de heer Bas Weebers, handelend onder de naam Weebers Medisch, wonende te Bussum en kantoorhoudende aan de Generaal de la Reijlaan 12 A te (1404 BR) Bussum,
22. mevrouw Yolanda Giseline Jansen, handelend onder de naam Huisartsenpraktijk Jansen, wonende te Capelle a/d IJssel en kantoorhoudende aan de Rosestraat 123 te (3071 JP) Rotterdam.
23. de heer Peter Leonard Willem Pijman, handelend onder de naam Huisartsenzorg Minnertsga, wonende te Leeuwarden en kantoorhoudende aan de Fjildleane 16 te (9047 JR) Minnertsga,
24. mevrouw Fadua Sana-Zerouali, handelend onder de naam F. Sana-Zerouali, wonende te Koog aan de Zaan en kantoorhoudende aan de Lagendijk 3b te (1541 KA) Koog aan de Zaan,
25. de besloten vennootschap Huisartsenpraktijk Amsterdam Noord / Waterlandplein B.V., statutair gevestigd te Amsterdam en kantoorhoudende aan de Beverwijkstraat 9C te (1024 VR) Amsterdam,
26. de maatschap Maatschap Wijhese Huisartsen, gevestigd te Wijhe en kantoorhoudende aan het Raadhuisplein 2 te (8131 BN) Wijhe,
27. mevrouw Sterre Philine Hartong, handelend onder de naam Huisartsenpraktijk Holland Park, wonende te Amsterdam en kantoorhoudende aan het Willem Dudokhof 93 te (1112 ZA) Diemen,
28. de maatschap Huisartsenpraktijk De Potgieter, statutair gevestigd te Zeist en kantoorhoudende aan de Potgieterlaan 2 A te (3702 GS) Zeist,
29. de heer Igor Mirco Monzón, handelend onder de naam Huisartsenpraktijk Compas, wonende te Leeuwarden en kantoorhoudende aan de Rengerslaan 2 te (8917 DD) Leeuwarden,
30. mevrouw Mary Helena Brooks-Bon, handelend onder de naam M.H. Brooks huisartsenpraktijk, wonende te Hilversum en kantoorhoudende aan de Vaartweg 163B te (1217 SP) Hilversum,
31. mevrouw Baukje Jantina Boxelaar-Boersma, handelend onder de naam Baukje Boersma, wonende te Groningen en kantoorhoudende aan het Ondenweegshof 1 te (8531 ES) Lemmer,

32. de besloten vennootschap De Zorghoek B.V.. statutair gevestigd te Nieuwerkerk aan den IJssel en kantoorhoudende aan de Verzetstraat 12 te (2661 HX) Bergschenhoek
33. de maatschap Huisartsenpraktijk Schoterpoort, statutair gevestigd te Haarlem en kantoorhoudende aan de Pijnboomstraat 19 te (2023 VN) Haarlem,
34. de maatschap Huisartsenpraktijk Veltman en Willemsen, statutair gevestigd te Heerenveen en kantoorhoudende aan de Burgemeester Falkenaweg 204 te (8443 DH) Heerenveen,
35. de heer Mattheus Adam Bavo Marie Christiaanse, handelend onder de naam MABM Christiaanse, huisarts, wonende te Haarlem en kantoorhoudende aan het Prinsen Bolwerk 3 B te (2011 MA) Haarlem,
36. de maatschap Huisartsenpraktijk Bijvanck, statutair gevestigd te Blaricum en kantoorhoudende aan de Hooibrug 9 te (1261 MV) Blaricum,
37. de heer Pim Noordermeer, handelend onder de naam Huisartsenpraktijk Noordermeer, wonende te Amstelveen en kantoorhoudende aan de Jozef Israëlstraat 1 te (2023 XV) Haarlem,
38. mevrouw Clementine Catharine Augusta Natasja van Oppen, handelend onder de naam Huisartsenpraktijk Bloemendaal, wonende te Santpoort Noord en kantoorhoudende aan de Dennenweg 17 te (2061 HW) Bloemendaal,
39. mevrouw Sandy Ann Timperley-Mostert, handelend onder de naam Praktijk SATM, wonende te Krommenie en kantoorhoudende aan de Boterbloemstraat 9 te (1562 RZ) Krommenie,
40. mevrouw Gertruda Margaretha Theodora Linders-van Soest, handelend onder de naam Haarlem Samen Gezond, wonende te Haarlem en kantoorhoudende aan de Rijksstraatweg 56 te (2022 DB) Haarlem,
41. mevrouw Marianne Elisabeth Poulen-Meyer, handelend onder naam Huisartsenpraktijk Krommenie, wonende te Westzaan en kantoorhoudende aan de Snuiverstraat 25 te (1561 HA) Krommenie,
42. de maatschap Huisartsenpraktijk Hilversum Oost, statutair gevestigd te Hilversum en kantoorhoudende aan de Anthony Fokkerweg 80 C te (1223 NG) Hilversum,
43. mevrouw Daniëlie Patricia Slofstra, handelend onder de naam D.P. Slofstra, Huisarts, wonende te Zutphen en kantoorhoudende aan Het Zwanevlot 220 te (7206 CL) Zutphen,
44. de besloten vennootschap Huisartsen Kleurrijk B.V., statutair gevestigd te Zaanstad en kantoorhoudende aan de Bristolroodstraat 164 te (1503 NZ) Zaandam,
45. mevrouw Martina Anna Maria van Bree, handelend onder de naam Huisarts M.A.M. van Bree, wonende te Overveen en kantoorhoudende aan het Prinsen Bolwerk 3 B te (2011 MA) Haarlem,
46. de maatschap Maatschap M. Prins-Bot en A. Bleuzé, statutair gevestigd te Bergschenhoek en kantoorhoudende aan de Verzetstraat 12 te (2661 HX) Bergschenhoek,

47. mevrouw Nora Mathilde Braam-Ferguson, handelend onder de naam Huisartsenpraktijk Mevrouw Ferguson, wonende te Rotterdam en kantoorhoudende aan de Boergoensestraat 70 te (3082 KC) Rotterdam,
48. de heer Martin Olieman-Bonne, handelend onder de naam Huisartsenpraktijk Berkum, wonende te Zwolle en kantoorhoudende aan de Erasmuslaan 50-5 te (8024 CS) Zwolle,
49. de maatschap Huisartsenpraktijk Blanker & Thiele, statutair gevestigd te Zwolle en kantoorhoudende aan de Voorsterweg 44 003 te (8042 AD) Zwolle,
50. mevrouw Barbara Joyce van Graafeiland, handelend onder de naam Huisartsenpraktijk van Graafeiland, wonende te Workum en kantoorhoudende aan de Vissersburen 17B te (8531 EB) Lemmer,
51. de maatschap Huisartsenpraktijk Brouwer & de Reijger, statutair gevestigd te Zaandam en kantoorhoudende te aan de Noorderven 73 te (1504 AL) Zaandam,
52. mevrouw Evelyn de Jong, handelend onder de naam Huisartsenpraktijk De Jong, wonende te Zeist en kantoorhoudende aan de Laan van Vollenhove 20A te (3706 AA) Zeist,
53. de maatschap Maatschap Huisartsenpraktijk van de Weijer, statutair gevestigd te Oud-Vossemeer en kantoorhoudende aan de Raadhuisstraat 26, 4698 AK Oud-Vossemeer,
54. de maatschap Maatschap F.A. Ritter en N.M.C. Kuipers, statutair gevestigd te Rotterdam en kantoorhoudende aan de Bergweg 310 te (3032 BB) Rotterdam,
55. mevrouw Mirjam Marina Knies, handelend onder de naam Huisartsenpraktijk Knies, wonende te Hooglanderveen en kantoorhoudende aan de Horsterweg 36 te (3891 EV) Zeewolde,
56. de maatschap Maatschap Huisartsenpraktijk Maasbree, statutair gevestigd te Maasbree en kantoorhoudende aan de Achter de Hoven 4C te (5993 CR) Maasbree,
57. de maatschap Huisartsenpraktijk Löwenberg en Kuipers, statutair gevestigd te Bussum en kantoorhoudende aan de Esiaan 1 te (1404 EE) Bussum,
58. mevrouw Claudia Stephanie le Mahieu, handelend onder de naam Navarro Waarneming, wonende te Delft en kantoorhoudende aan de Madoerastraat 23 te (2612 GL) Delft,
59. mevrouw Marije Isis van Grieken, handelend onder de naam MI van Grieken, huisarts, wonende te Ouderkerk aan de Amstel en kantoorhoudende aan de Prinses Beatrixaan 7 te (1111 EX) Diemen,
60. de heer Arnoldus Wilhelmus Johannes Maria Stevens, handelend onder de naam De Rijdende Dokter, wonende te Baarn en kantoorhoudende aan de Borneostraat 24 te (3742 DB) Baarn,
61. mevrouw Judith Hertel, handelend onder de naam Huisartsenpraktijk Hertel, wonende te Amsterdam en kantoorhoudende aan de Irene Vorrinkplein 40G te (1506 WR) Zaandam,
62. de besloten vennootschap DijkDoc B.V., statutair gevestigd te Streefkerk en kantoorhoudende aan de Dorpstraat 47 te (2959 AH) Streefkerk,

63. mevrouw Renate Mari Martes Schoorlemmer, handelend onder de naam Huisartsenpraktijk Schoorlemmer, wonende te Amsterdam en kantoorhoudende aan de Hoogoord 234 te (1102 CM) Amsterdam,
64. mevrouw Hannigje Tan-Koning, handelend onder de naam Medisch Centrum de Weght, wonende te Ouddorp en kantoorhoudende aan de Korteweegje 1 te (3244 AK) Nieuwe-Tonge,
65. de heer Abraham Johan Frans Gerrits, handelend onder de naam Huisartsenpraktijk Gerrits, wonende te Horssen en kantoorhoudende aan de Hertenkamp 1 te (6631 CB) Horssen,
66. mevrouw Sarah Terol, handelend onder de naam S. Terol, arts, wonende te Zandvoort en kantoorhoudende aan de Kromme Spieringweg 533 te (2141 AK) Vijfhuizen,
67. de maatschap Huisartsenpraktijk Poelenburg, statutair gevestigd te Zaandam en kantoorhoudende aan de Dodonaeusstraat 24 te (1504 KJ) Zaandam,
68. mevrouw Leontien Alice Struijk-Vermeulen, handelend onder de naam Huisartsenpraktijk Medicx, wonende te Bleiswijk en kantoorhoudende aan de Cornelis Bloemaertsingel 6 te (3067 NG) Rotterdam,
69. de maatschap Maatschap S. Wessels & M. Wegewijs-de Jong, statutair gevestigd te Reuver en kantoorhoudende aan de Broeklaan 4B te (5953 NB) Reuver,
70. de maatschap Praktijk Noorderlingen, statutair gevestigd te Amsterdam en kantoorhoudende aan de Spelderholt 169 te (1025 BM) Amsterdam,
71. de maatschap Bennebroek Gravenhorst & Wald, statutair gevestigd te Bussum en kantoorhoudende aan de Josef Israëlsaan 1, te (1401 CM) Bussum,
72. de maatschap Huisartsenpraktijk Kruizinga en Van Rooij, statutair gevestigd te Amsterdam en kantoorhoudende aan de Berlaarstraat 201 te (1066 PL) Amsterdam,
73. mevrouw Maria Janneke Philomena Kruijer, handelend onder de naam Huisartspraktijk Kruijer, wonende te Amsterdam en kantoorhoudende aan de Klinkenweg 71 te (1033 PK) Amsterdam,
74. mevrouw Maria Josephina Theresia Luduina Korte, handelend onder de naam Huisartsenpraktijk Korte, wonende te Den Haag en kantoorhoudende aan de Badhuisstraat 224 te (2584 HN) Den Haag,
75. de heer John Walter Kors, handelend onder de naam Apotheekhoudende Huisartspraktijk Kors, wonende te Vledder en kantoorhoudende aan de Pastorieweg 16 te (8381 AX) Vledder,
76. de besloten vennootschap H.B. Burggraaff Huisarts B.V., statutair gevestigd te Weesp en kantoorhoudende aan de Waarschapsstraat IA te (1382 EG) Weesp,
77. de heer Hubertus Leo Hans Dirix, handelend onder de naam Huisartsen Medisch Centrum Groenveld, wonende te Venlo en kantoorhoudende aan de Prinsenstraat 10 te (5913 ST) Venlo,
78. de maatschap Praktijk Delflandplein, statutair gevestigd te Amsterdam en kantoorhoudende aan de Rijswijkstraat 10 te (1062 EE) Amsterdam,

79. de maatschap Maatschap de Eik, statutair gevestigd te Berkel-Enschot en kantoorhoudende aan de Pandgang 2 te (5057 EA) Berkel-Enschot,
80. de maatschap Baggerman & Harderwijk Huisartsen, statutair gevestigd te Rotterdam en kantoorhoudende aan het Stadhoudersplein 37 te (3039 ER) Rotterdam,
81. de heer Joost Janson, handelend onder de naam Huisartsenpraktijk Oostzaan, wonende te Oostzaan en kantoorhoudende aan het Zuideinde 80 te (1511GH) Oostzaan,
82. de heer Bart Josef Maria Behets, handelend onder de naam Huisartspraktijk Behets, wonende te Sint Job in 't Goor (België) en kantoorhoudende aan het Jan Borghoutsplein 1 te (4624 BS) Bergen op Zoom,
83. de besloten vennootschap Huisartsenpraktijk Beysens B.V., statutair gevestigd te Bergen op Zoom en kantoorhoudende aan het Jan Borghoutsplein 1 te (4624 BS) Bergen op Zoom,
84. de heer Wijnand Arthur Geert Hardeman, handelend onder de naam W.A.G. Hardeman, huisarts, wonende te Etten-Leur en kantoorhoudende aan het Jan Borghoutsplein 1 te (4624 BS) Bergen op Zoom,
85. mevrouw Georgina Irma Maria de Mul, handelend onder de naam G.I.M. de Mul Huisarts, wonende te Wouw en kantoorhoudende aan de Jan Borghoutsplein 1 te (4624 BS) Bergen op Zoom,
86. de heer Bastiaan Johannes Molleman, handelend onder de naam Huisarts B.J. Molleman, wonende te Kapellen (België) en kantoorhoudende aan de Jan Borghoutsplein 1 te (4624 BS) Bergen op Zoom,
87. de heer Petrus Hermanus Jacobus Maria Vos, handelend onder de naam P.H.J.M. Vos, huisarts, wonende te Halsteren en kantoorhoudende aan de Jan Borghoutsplein 1 te (4624 BS) Bergen op Zoom,
88. mevrouw Betty Sijsma, handelend onder de naam De Fundatie Huisartsenpraktijk en Apotheek, wonende te Haren en kantoorhoudende aan het Kerkepad Oost 18 te (9244 CE) Beetsterzwaag,
89. mevrouw Annette Elisabeth Eenkema van Dijk, handelend onder de naam A.E. Eenkema van Dijk, wonende te 't Harde en kantoorhoudende aan de Sportlaan 53 te (8084 VA) 't Harde,
90. de maatschap Maatschap Huisartsen Veenstra & Leijstra, statutair gevestigd te Nieuwehorne en kantoorhoudende aan de Schoterlandseweg 76 te (8414 LX) Nieuwehorne,
91. de maatschap Maatschap Huisartsenpraktijk Baario, statutair gevestigd te Baario en kantoorhoudende aan de Kwistbeeklaan 3 te (5991 XH) Baario,
92. de maatschap Huisartsenpraktijk Gijzen & Looije, statutair gevestigd te Zoetermeer en kantoorhoudende aan het Kentgensplein 26C te (2717 HS) Zoetermeer,
93. de maatschap Huisartsenpraktijk Antoniusveld, statutair gevestigd te Venray en kantoorhoudende aan de Dr. Poelstraat 14 te (5802 AX) Venray,
94. de maatschap Maatschap S. Wessels & M. Wegewijs-De Jong, statutair gevestigd te Reuver en kantoorhoudende aan de Broeklaan 4B te (5953 NB) Reuver,

95. mevrouw Julie Engel-Maas, handelend onder de naam Huisartspraktijk Hartje Heuvel, wonende te Breda en kantoorhoudende aan de Kronenburgwerf 23A te (4812 XR) Breda,
96. de maatschap Huisartsenmaatschap Havelte, statutair gevestigd te Havelte en kantoorhoudende aan de Koningskamp 2A te (7971 AH) Havelte,
97. mevrouw Mirjam Hollemans-van Donselaar, handelend onder de naam Huisartsenpraktijk Hollemans, wonende te Barneveld en kantoorhoudende aan het Dorpsplein 1A te (6733 AV) Wekerom,
98. de besloten vennootschap Huisartsenpraktijk Van Der Vegt B.V., statutair gevestigd te Heemkerk en kantoorhoudende aan het Maltezerplein 19 te (1961 JC) Heemskerk,
99. de heer Johannes Theodorus Noordhof, handelend onder de naam Huisartsenpraktijk Noordhof, wonende te Heiloo en kantoorhoudende aan het Geert Groteplein 26-28 te (1813 BM) Alkmaar,
100. mevrouw Catharina Adriana Nitzsche, handelend onder de naam Huisartsenpraktijk 'Generaal', wonende te Bussum en kantoorhoudende aan de Generaal de la Reijlaan 12a te (1404 BR) Bussum,
101. mevrouw Marieke Alida Cornelia de Reus, handelend onder de naam deReus, wonende te Gorsseel en kantoorhoudende aan de Jolinkweg 2 te (7211 DM) Eefde,
102. de heer Mathijs Merijn Roijé, handelend onder de naam Dokter Roijé, wonende te Lochem en kantoorhoudende aan de Slootwijkersteeg 11 te (7241 DS) Lochem,
103. de heer Pieter Gerrit Knibbe, handelend onder de naam Huisartsenpraktijk Oostzaan, wonende te Wijdewormer en kantoorhoudende aan het Zuideinde 80 te (1511 GH) Oostzaan,
104. de maatschap Huisartsenpraktijk Boschdijk, statutair gevestigd te Eindhoven en kantoorhoudende aan de Douglasshout 32 te (5621 DE) Eindhoven,
105. de heer Wtodek Jan Kmak, handelend onder de naam W.J. Kmak, huisarts, wonende te Venlo en kantoorhoudende aan de Averbodestraat 2 te (5921 ES) Venlo,
106. de besloten vennootschap Huisartsenpraktijk Tran B.V., statutair gevestigd te Venlo en kantoorhoudende aan de Averbodestraat 2 te (5921 ES) Venlo,
107. de maatschap Huisartsenpraktijk Wormerveer, statutair gevestigd te Wormerveer en kantoorhoudende aan de Stationsstraat 7 te (1521 DT) Wormerveer,
108. de maatschap Huisartsenpraktijk Bredere, statutair gevestigd te Oss en kantoorhoudende aan de Sterrebos 35 te (5344 AN) Oss,
109. de maatschap Maatschap Huisartsen Westzijderveld, statutair gevestigd te Koog aan de Zaan en kantoorhoudende aan de Molenwerf 15 te (1541 WR) Koog aan de Zaan,
110. de heer Ronald Peter Albronda, handelend onder de naam Huisartsenpraktijk Albronda. wonende te Heijen en kantoorhoudende aan het Leeuwerikplein 1B te (5922 VL) Venlo,

111. mevrouw Henriëtte Martine Benschop, handelend onder de naam Huisartsenpraktijk Benschop, wonende te Grubbenvorst en kantoorhoudende aan het Leeuwerikplein 1B te (5922 VL) Venlo,
112. de heer Carel Machiel Harthoorn, handelend onder de naam C.M. Harthoorn, wonende te Venlo en kantoorhoudende aan het Leeuwerikplein 1B te (5922 VL) Venlo,
113. de heer Frans Musovu Jacobs, handelend onder de naam Huisartspraktijk Jacobs-Arp, wonende te Venlo en kantoorhoudende aan het Leeuwerikplein 1B te (5922 VL) Venlo,
114. de heer Antonius Franciscus Hubertus Maria Schuivens, handelend onder de naam A.F.H.M. Schuivens, wonende te Venlo en kantoorhoudende aan het Leeuwerikplein 1B te (5922 VL) Venlo,
115. de heer Daan van der Stap, handelend onder de naam Huisartsenpraktijk De Ringvaart, wonende te Haarlem en kantoorhoudende aan de Liniewal 2B te (2141 PA) Vijfhuizen,
116. mevrouw Aline Visser, handelend onder de naam Huisartsenpraktijk Visser Bergen, wonende te Bergen (NH) en kantoorhoudende aan de Nassaulaan 24 te (1862 EJ) Bergen (NH),
117. mevrouw Floortje Seveke, handelend onder de naam Praktijk St. Pieter, wonende te Valkenburg aan de Geul en kantoorhoudende aan de Warande 43 te (6305 AX) Schin op Geul
118. de heer Rutger Frankhuisen, handelend onder de naam R. Frankhuisen, wonende te Hertme en kantoorhoudende aan de Stadtlohnallee 9 te (7595 BP) Weerselo,
119. de maatschap Huisartsenpraktijk De Aak, statutair gevestigd te Stiens en kantoorhoudende aan de Griene Leane 5 te (9051 LZ) Stiens
120. de heer Mohamed Afzal Hoesein Bechan, handelend onder de naam Huisartsenpraktijk Milan, wonende te Rotterdam en kantoorhoudende aan de Dierenselaan 14 te (2573 KH) Den Haag,
121. de maatschap Huisartsenpraktijk Helvoirt, statutair gevestigd te Helvoirt en kantoorhoudende aan de Valkenierstraat 8C te (5268 DK) Helvoirt,
122. mevrouw Janine Marieke Hoexum, handelend onder de naam Huisartsenpraktijk Waadsicht, wonende te Leeuwarden en kantoorhoudende aan de Jel Rinckesstrjitte 2 te (8851 ED) Tzummarum,
123. mevrouw Jacoba Nicoline van der Weel-Scheper, handelend onder de naam Huisartsenpraktijk Frederiksoord, wonende te Frederiksoord en kantoorhoudende aan de Majoor van Swietenlaan 2 te (8382 CG) Frederiksoord,
124. mevrouw Seberta Pieternella Boode, handelend onder de naam Huisartspraktijk B.S.P. Boode, wonende te Geleen en kantoorhoudende aan de Daalstraat 28A te (6165 TM) Geleen,
125. de heer Mattheo Mina Beshay, handelend onder de naam Beshay Huisartsenzorg, wonende te Purmerend en kantoorhoudende aan de Nassaulaan 24 te (1862 EJ) Bergen (NH),
126. mevrouw Nienke Annemarie ten Berge, handelend onder de naam N. ten Berge, huisarts, wonende te Den Haag en kantoorhoudende aan de Akeleistraat 35M te (2565 NT) Den Haag,

127. mevrouw Cecilia Walthera Mahler, handelend onder de naam Huisartsenpraktijk Mahler, wonende te Wormer en kantoorhoudende aan de Heiligeweg 55 te (1561 DE) Krommenie,

128. de maatschap Huisartsenpraktijk Medisch Centrum Oost, statutair gevestigd te Oosterblokker en kantoorhoudende aan de Pennekamplaan 57-59 te (1696 CB) Oosterblokker, en

129. de heer Martijn Sonnenberg, handelend onder de naam Huisartsenpraktijk Renswoude, wonende te Veenendaal en kantoorhoudende aan de Vendelier 16 te (3927 WD) Renswoude.