



AANVULLENDE GRONDEN VAN BEROEP

namens

de heer C.A. Zwart, 


(de "Huisartsen")

naar aanleiding van de beslissing op bezwaar van de

Nederlandse Zorgautoriteit

("NZa")

van 22 december 2022 met kenmerk 429935-1432635

Maverick Advocaten N.V.
mr. D.W.L.A. Schrijvershof
mr. A.J.H. Kingma



Groene Wegen B.V.
mr. P. Sippens Groenewegen





MAVERICK

Competition | Regulation | Litigation

“Nederland geldt internationaal als voorbeeld van een land met een sterke eerstelijnszorg. Dat is een kostbaar bezit en iets om zuinig op te zijn. Door de combinatie van ontwikkelingen staat dat bezit echter sterk onder druk en zijn ook in Nederland aanpassingen op korte en lange termijn noodzakelijk. Dat begint met het meer op waarde schatten van het belang van eerstelijnszorg voor de samenleving en daar ook gevolg aan te geven: de daad bij het woord voegen.”

I. INLEIDING¹

- (1) Dit is een (gecombineerd) beroepschrift² tegen twee besluiten van de Nederlandse Zorgautoriteit ("NZa") die gaan over – kort gezegd – de informatieplicht van een zorgverzekeraar, Zilveren Kruis Zorgverzekeringen N.V. ("ZK"), jegens huisartsen op grond van de Regeling transparantie zorginkoopproces Zvw ("Regeling zorginkoop"). De NZa verklaarde het bezwaar van de Huisartsen op 22 december 2022 ongegrond (het "**bestreden besluit**").³ De Huisartsen kunnen zich niet verenigen met het bestreden besluit. De Huisartsen dienen hiermee hun aanvullende gronden van beroep in.

II. ACHTERGRONDEN EN FEITEN

Waar gaat deze procedure eigenlijk over?

- (2) De NZa-besluiten⁴ gaan *an sich* niet over heel spannende materie. Wat de besluiten relevant maakt is de gestolde krampachtigheid waarmee de NZa haar toezichthoudende taken tracht te ontlopen. Zo wringt de NZa zich in de besluiten in de gekste bochten om maar niks te (blijven) doen richting zorgverzekeraars opdat zorgverzekeraars bij de uitoefening van hun inkoopmacht in de eerstelijnszorg hun eigen gang kunnen blijven gaan. Er is daarbij sprake van een patroon aan de zijde van de NZa – terwijl de Autoriteit Consument en Markt ("ACM") of het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport ("VWS") evenmin ingrijpen⁵ – wat maakt dat zorgverzekeraars zich structureel boven de wet verheven achten en daar ondanks afspraken die zij maakten in het kader van 'Het Roer Moet Om' en een Bestuurlijk Akkoord ook naar blijven handelen.⁶

¹ De vindplaats van de quote op pagina 2 is Raad Volksgezondheid & Samenleving (2023), 'De basis op orde – Uitgangspunten voor toekomstgerichte eerstelijnszorg', p. 20. Te raadplegen via: open.overheid.nl/documenten/ronl-559041e5fb3b8a35af8751d6cd9b12682864b924/pdf. Dit rapport wordt ook als **Productie 12** in deze procedure gebracht.

² Dit beroepschrift is grotendeels gelijklopend aan een beroepschrift in een aanverwante zaak (Huisartsenmaatschap Trynwalden (zaaknummer AWB 23/961)) waarvan de aanvullende gronden binnenkort ook worden ingediend. Gezien de overlap wordt uw college verzocht dat beroep gezamenlijk te behandelen met dit beroep.

³ De NZa wees het handhavingsverzoek van de Huisartsen gedeeltelijk af (het "**besluit in primo**"). Met het besluit in primo, gaf de NZa aan ZK een in duur en omvang beperkte waarschuwing wegens het overtreden van artikel 5 lid 3 Regeling zorginkoop. De NZa meende dat ZK de artikelen 4, 5 lid 1 en 7 Regeling zorginkoop niet had geschonden. De Huisartsen maakten daarom bezwaar tegen het besluit in primo. **Productie 1** bevat het bestreden besluit. **Productie 1** bevat tevens de pleitnota's van de Huisartsen en ZK in de bezwaarprocedure. **Productie 2** betreft het besluit van de NZa van 24 februari 2023 in de zaak Huisartsenmaatschap Trynwalden. **Productie 3** betreft het handhavingsverzoek inclusief bijlagen en de aanvulling op het handhavingsverzoek. **Productie 4** is het besluit in primo. Het bezwaarschrift van de Huisartsen wordt inclusief bijlagen als **Productie 5** overgelegd. Het chronologisch overzicht dat ZK in de bezwaarprocedure heeft gebracht en de reactie van de Huisartsen hierop wordt als **Productie 6** in het geding gebracht. **Productie 7** bevat de reacties van ZK op het handhavingsverzoek. **Productie 8** betreft de zienswijze van de Huisartsen op de publicatie van het besluit in primo.

⁴ Het gaat om het bestreden besluit en het besluit van de NZa van 24 februari 2023 in de zaak Huisartsenmaatschap Trynwalden. Tegen dit laatste besluit is beroep ingesteld en dit beroep kent bij uw college het zaaknummer AWB 23/961

⁵ De ACM (voormalig NMa) heeft sinds haar oprichting (1998) nog nooit een zorgverzekeraar ook maar op enige wijze op de vingers getikt of beboet waar het de zorginkoop of schending kartelverbod betreft. Niet dat die aanleiding er niet was, maar de NMa/ACM stelt steeds andere prioriteiten. Zie bijvoorbeeld ACM (27 mei 2005), 'NMa wijst klachten zorgaanbieders tegen zorgverzekeraars af'. Te raadplegen via: www.acm.nl/nl/publicaties/publicatie/5139/NMa-wijst-klachten-zorgaanbieders-tegen-zorgverzekeraars-af. De NMa/ACM heeft wel meerdere zorgaanbieders, zoals huisartsen (LHV) beboet en zij zijn regelmatig onderwerp (geweest) van onderzoek van de ACM. Zie bijvoorbeeld: ACM (20 december 2022), 'ACM start onderzoeken naar beïnvloeding door brancheorganisaties van individuele zorgcontracten'. Te raadplegen via: www.acm.nl/nl/publicaties/acm-start-onderzoeken-naar-beïnvloeding-door-brancheorganisaties-van-individuele-zorgcontracten, ACM (9 januari 2012), 'NMa beboet LHV wegens ongeoorloofde vestigingsadviezen'. Te raadplegen via: www.acm.nl/nl/publicaties/publicatie/6626/NMa-beboet-LHV-wegens-ongoorloofde-vestigingsadviezen en ACM (26 september 2008), 'NMa beboet twee kartels in thuiszorg'. Te raadplegen via: www.acm.nl/nl/publicaties/publicatie/10723/NMa-beboet-twee-kartels-in-thuiszorg. Zie ook ACM (27 oktober 2017), 'Collectief weigeren van zorgcontracten eerste lijn legt rekening bij de patiënt'. Te raadplegen via: www.acm.nl/nl/publicaties/collectief-weigeren-van-zorgcontracten-eerste-lijn-legt-rekening-bij-de-patiënt.

⁶ Wij zien in 2023 een toename aan schendingen van de NZa regeling zorginkoop door diverse zorgverzekeraars en een NZa die daar (opnieuw) niet (ex officio) tegen optreedt.



MAVERICK

Competition | Regulation | Litigation

- (3) Zorgverzekeraars wordt de vrije hand gelaten, terwijl zorgaanbieders door de NZa en de ACM al jaren structureel sneller en steviger worden aangepakt.⁷ Waar bij de NZa zorgverzekeraars⁸ vrijwel uitsluitend in duur en omvang beperkte waarschuwingen⁹ krijgen, worden zorgaanbieders geconfronteerd met zwaardere maatregelen zoals forse boetes in situaties die soortgelijk aan elkaar zijn.¹⁰
- (4) Het bestreden besluit getuigt van onwil en laat zien dat de NZa blind is voor wat er gaande is in huisartsenland. In april 2023 sloeg de Raad voor Volksgezondheid & Samenleving ("RVS") alarm: de huisartsenzorg staat fors onder druk (Productie 12).¹¹ De RVS vindt dit zorgelijk en stelt dat anders kijken naar huisartsenzorg noodzakelijk en urgent is. Daarbij roept de RVS alle betrokkenen, dus ook de NZa en uw college, met een brede maatschappelijke blik naar dit vraagstuk te kijken.¹²
- (5) De wijze waarop zorgverzekeraars omgaan met huisartsen en de toezichthouders als NZa daarop toezien heeft directe negatieve gevolgen voor huisartsen. Duizenden huisartsen stellen zichzelf met grote regelmaat de existentiële vraag: waarom blijf ik onder de gegeven omstandigheden nog langer huisarts? Onder hen zijn meer dan 700 praktijkhoudende huisartsen die betrokken zijn bij de Stichting De Bevlogen Huisartsen ("DBH"). Tevens zijn er tal van studenten geneeskunde die zich de vraag stellen wil en/of kan ik nog wel huisarts (praktijkhouder) worden? Die laatste vraag is gezien de tekorten aan praktijkhouders cruciaal voor de organisatie van de zorg in Nederland. Dit geldt te meer nu de huisarts in de vergrijzende samenleving zowel een zorginhoudelijk als marco-zorgkostenbesparende cruciale rol in het zorgstelsel heeft. Hoe het antwoord op de existentiële vraag straks luidt, is mede afhankelijk van de vraag of er met dit beroep een kentering teweeg wordt gebracht

⁷ Zie ook Bijlage 14 en 15 bij Productie 5 (bezwaarschrift).

⁸ Zorgverzekeraars hebben de laatste jaren voornamelijk waarschuwingen gekregen. De NZa waarschuwde ZK twee keer (zie puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_717330_22/1/ en puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_739320_22/1/), Menzis (zie www.zorgvisie.nl/menzis-schendt-regeling-zorginkoop/), DSW (zie puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_281155_22/1/), VGZ (meermaals: zie puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_284094_22/1/ en puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_279898_22/1/) en Zorg en Zekerheid (zie puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_291643_22/1/) voor overtredingen van de Regeling zorginkoop. In de zomer van 2021 werd ook EUCARE door de NZa gewaarschuwd (zie puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_659801_22/1/). DSW ging eind 2021 opnieuw in de fout en kreeg wederom een waarschuwing van de NZa voor een schending van de Regeling zorginkoop (zie puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_701329_22/1/). De NZa heeft in het verleden De Friesland (nu onderdeel van ZK) en VGZ beboet voor het schenden van de Regeling zorginkoop (zie puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_209503_22/1/). Zorgverzekeraars zijn slechts tweemaal beboet (zie puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_698476_22/1/ en puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_320197_22/1/).

⁹ De kans dat een formele NZa-waarschuwing voor schending van de Regeling zorginkoop uitmond in een NZa-boete voor een zorgverzekeraar is door eigen NZa-beleid klein. De waarschuwingen die de NZa hanteert bij de Regeling zorginkoop zijn en waren vaak onnodig begrensd in reikwijdte. Alleen wanneer binnen een bepaalde periode ten aanzien van dezelfde zorg, hetzelfde artikel van de Regeling zorginkoop nogmaals wordt overtreden, legt de NZa een boete op voor deze nieuwe overtreding. Het feit wil dat in de praktijk voor elke soort zorg een apart inkoopbeleid wordt gepubliceerd. Dat betekent dat zorgverzekeraars de verschillende artikelen uit de Regeling zorginkoop bij de verschillende zorgsoorten kunnen blijven schenden, zonder dat dit als recidive kwalificeert. Zorgverzekeraars binnen één concern kunnen de Regeling zorginkoop daarom met regelmaat blijven schenden, zonder dat sprake is van recidive en een voldoende afschrikwekkende boete van de NZa. Een tabel van deze waarschuwingen is opgenomen in **Productie 6**.

¹⁰ Zie NZa (29 november 2022), 'Boete voor overname zonder voorafgaande goedkeuring'. Te raadplegen via: www.nza.nl/actueel/nieuws/2022/11/29/boete-voor-overname-zonder-voorafgaande-goedkeuring. NZa (3 mei 2022), 'Boete vanwege onrechtmatige declaraties thuiszorgorganisatie'. Te raadplegen via: www.nza.nl/actueel/nieuws/2022/05/03/boete-vanwege-onrechtmatige-declaraties-thuiszorgorganisatie. E.e.a. wordt ook uiteengezet in Bijlage 14 en 15 bij Productie 5 (bezwaarschrift). Andere boetes zijn: puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_711262_22/1/, puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_633941_22/1/, puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_273814_22/1/, puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_234787_22/1/, puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_209867_22/1/. Voor een nadere toelichting wordt verwezen naar 14 en 15 bij Productie 5 (bezwaarschrift).

¹¹ Zie Raad Volksgezondheid & Samenleving (2023), 'De basis op orde – Uitgangspunten voor toekomstgerichte eerstelijnszorg' (Productie 12).

¹² Raad Volksgezondheid & Samenleving (2023), 'De basis op orde – Uitgangspunten voor toekomstgerichte eerstelijnszorg'. Productie 12, p. 27: "De RVS beoogt met dit hoofdlijnenadvies vanuit samenlevingsperspectief een toegevoegde inbreng te leveren aan de ontwikkeling van de visie op de eerstelijnszorg in 2030. We roepen alle betrokkenen op om met een brede maatschappelijke blik naar dit vraagstuk te kijken en waar nodig over de eigen belangen heen te stappen. Daarbij is het van belang om de uitgangspunten als samenhangend geheel te zien in plaats van als losstaande ideeën waaruit gekozen kan worden."



MAVERICK

Competition | Regulation | Litigation

in de wijze waarop alle partijen kijken naar huisartsenzorg. *"Anders kijken betekent dus ook anders organiseren. Dit vraagt doortastendheid, wat zich uit in durf om te veranderen. Het vergt moed om nieuwe wegen te bewandelen en verantwoordelijkheden anders te beleggen"*, aldus RVS.¹³

- (6) DBH steunt deze beroepsprocedures zowel in praktische als in financiële zin. DBH is opgericht in reactie op een van de structurele problemen die zich voordoen in de eerstelijnszorg, zoals het onbetamelijke gedrag dat ZK zich denkt te kunnen permitteren jegens huisartsen (waarover hierna meer). De procedure gaat ook over een toezichthouder die eigenlijk zo niet genoemd mag worden nu deze zelfs in concrete gevallen van wetsovertredingen niet ingrijpt en overigens doet wat politiek wenselijk is.¹⁴
- (7) In deze procedure komt daarmee aan de orde of uw college bereid is de gebruikelijke lankmoedigheid van de NZa een halt toe te roepen. Zodat de eerder genoemde existentiële vraag voor de (aankomend) huisartsen voor het eerst in lange tijd positief kan worden beantwoord. Zodat huisartsen weer het vertrouwen krijgen dat regels ertoe doen, dat zij ertoe doen en dat zij aanspraak mogen maken op een minimum aan respect. Kortom, er kijken duizenden huisartsen verwachtingsvol uit naar de uitkomst van deze procedure. Dat geldt overigens ook voor het oordeel van uw college inzake het nog door DBH in te dienen beroep tegen de beslissing op bezwaar inzake de Prestatie- en tariefbeschikking huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg 2023 - TB/REG-23617-03 van de NZa.

Wat staat er nu in deze procedure op het spel?

- (8) In Nederland hebben wetenschappers en huisartsen al in een vroeg stadium (internationaal uniek) ingezien dat het op een wetenschappelijke wijze in kaart brengen van eerstelijns huisartsenzorg zinvol was. Er is met behulp van de medewerking van duizenden huisartsen, gedurende tientallen jaren, een inventarisatie gemaakt van wat er aan zeer uiteenlopende vragen op het bordje van de huisarts belandt en hoe die het best beantwoord kunnen worden. Welke aanpak werkt wel en welke niet? En daarmee is een compleet systeem van triage en protocollen ontwikkeld dat door alle huisartsen op dagelijkse basis wordt toegepast zodat patiënten zo doelmatig en gebaseerd op wetenschappelijke inzichten, geholpen kunnen worden. Deze standaarden, de NHG standaarden,¹⁵ die bijdragen aan kwaliteit en efficiëntie, worden internationaal zeer hoog gewaardeerd, evenals de Nederlandse huisartsen(zorg).¹⁶ Zo wordt er bijvoorbeeld door Zweden en Nieuw-Zeeland actief geworven onder Nederlandse

¹³ Raad Volksgezondheid & Samenleving (2023), 'De basis op orde – Uitgangspunten voor toekomstgerichte eerstelijnszorg'. Productie 12, p. 27.

¹⁴ Zie in dat kader ook de proefballon van de CZ voorzitter Skipr 11 november 2022, 'Joep de Groot: zorg niet meer toegankelijk voor iedereen'. Te raadplegen via: www.skipr.nl/nieuws/joep-de-groot-zorg-niet-meer-toegankelijk-voor-iedereen/. Een ziektekostenverzekeraar kondigt aan zich niet te gaan houden aan de wet en de NZa vindt dat prima: zie Zorgvisie (2 maart 2023), 'NZa: wapperen met boetes voor verzekeraars is niet nodig'. Te raadplegen via: www.zorgvisie.nl/nza-wapperen-met-boetes-voor-verzekeraars-is-niet-nodig/. De NZa wil geen boetes uitdelen omdat er zogenaamd sprake is van overmacht. Dit staat haaks op hetgeen in het IZA gezegd wordt, namelijk dat de zorginkoopplicht serieuzer moet worden uitgevoerd door zorgverzekeraars. Zie www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2022/09/16/integraal-zorgakkoord-samen-werken-aan-gezonde-zorg, p. 59: "Spreiding van planbare zorg is in het belang van de toegankelijkheid van de zorg nu en de komende jaren. De wettelijke zorgplicht is daarbij het vertrekpunt. Daarom maken de partijen de volgende afspraken: [...] De zorginkoop door zorgverzekeraars is aantoonbaar gericht op het optimaal benutten van de beschikbare zorgcapaciteit voor planbare zorg in relatie tot de zorgplicht. Daar waar wachtlijsten boven de treeknorm zijn, zoeken de zorgverzekeraar en de betreffende zorgaanbieder actief naar oplossingen om de wachtlijst te verkorten. Zij informeren hierover IGJ en NZa."

¹⁵ Zie richtlijnen.nhg.org/.

¹⁶ Zie Raad Volksgezondheid & Samenleving (2023), 'De basis op orde – Uitgangspunten voor toekomstgerichte eerstelijnszorg'. Productie 12, p. 6 "Een sterke, goed functionerende eerstelijnszorg is van groot belang voor de samenleving. Eerstelijnszorg vormt het eerste, laagdrempelige aanspreekpunt waartoe burgers zich zonder verwijzing kunnen wenden met vragen over gezondheid en ziekte. Een goed functionerende eerstelijnszorg regelt dat mensen op het passende moment, niet te vroeg en niet te laat, een beroep doen op complexe en duurdere zorg of via de sociale kaart naar niet-zorgorganisaties worden doorverwezen. Nederland werd in dat opzicht decennialang gezien als internationaal schoolvoorbeeld." Zie ook Productie 12, p. 20: "Nederland geldt internationaal als voorbeeld van een land met een sterke eerstelijnszorg."



MAVERICK

Competition | Regulation | Litigation

huisartsen vanwege hun hoge kwaliteit en kennis. Nederlandse huisartsen staan ook bekend als professionals die zo veel als mogelijk gezondheidsklachten 'in eigen huis' willen oplossen: omdat dit beter voor de patiënt is (een vertrouwde menselijke omgeving)¹⁷ en omdat dit jaarlijks veel macro-zorgkosten bespaart (dezelfde behandeling kost in het ziekenhuis, de tweede lijn, een veelvoud).¹⁸ Patiënten die gedurende langere tijd dezelfde huisarts hebben, leven bovendien bewezen langer en in een betere gezondheid.¹⁹

- (9) De Nederlandse huisartsenzorg kenmerkt zich – populair gezegd – door nuchterheid en efficiëntie. Om een voorbeeld te geven: veel klachten waarmee de patiënt bij de huisarts komt waaien 'vanzelf' over.²⁰ Aan de huisarts de taak om daar de uitzonderingen uit te halen, maar vaak kan het bij geruststelling blijven en schrijft de huisarts geen pil voor en verwijst hij niet. Dat vinden veel expats lastig.²¹
- (10) De kwaliteit van zorg wordt niet alleen binnen de spreekkamer aangeboden, op de NHG-website "Thuisarts.nl"²² vinden patiënten op een laagdrempelige manier antwoorden op *frequently asked questions*. De site wordt op dagelijkse basis door de NHG geüpdatet²³ en biedt aan patiënten de mogelijkheid tot zelfmanagement van hun ziek-zijn.
- (11) Parallel hieraan is de huisartsengeneeskunde ontwikkeld tot een apart vak op de geneeskundefaculteiten in Nederland. Ook op dit vlak was Nederland pionier. Dit heeft geleid tot een fijnmazig netwerk van huisartsen door heel Nederland. De gezondheidszorg in Nederland is gebaseerd op het principe dat elke patiënt een eigen huisarts heeft. De hier beschreven infrastructuur blijkt niet alleen 1) tot een hoge kwaliteit van zorg te leiden maar ook tot 2) hoge efficiëntie en 3) besparingen op zorgkosten. Zo lost de Nederlandse huisarts 94% van alle vragen van patiënten in de eigen praktijk

¹⁷ Zie Raad Volksgezondheid & Samenleving (2023), 'De basis op orde – Uitgangspunten voor toekomstgerichte eerstelijnszorg'. Productie 12, p. 11: "Centraal daarbij staat het in de tijd voortgaande contact tussen een patiënt en een zorgverlener, gedurende substantiële perioden van het leven en niet gelimiteerd tot een enkele ziekte-episode. Wanneer één of enkele zorgverleners en een patiënt elkaar goed kennen, ontstaat er een vertrouwensband en is er kennis van en over elkaar. Hierdoor ontstaat er meer begrip voor elkaar en kan beter en sneller worden bepaald of en welke hulp ingezet moet worden."

¹⁸ Zie Raad Volksgezondheid & Samenleving (2023), 'De basis op orde – Uitgangspunten voor toekomstgerichte eerstelijnszorg'. Productie 12, p. 11: "In veel wijken was er daarnaast een vaste maatschappelijk werker (ook wel sociaal werker genoemd) waarmee huisarts en wijkverpleegkundige snel konden schakelen en zo context-specifieke hulp konden leveren (verbinding tussen het medisch en het sociaal domein). Hierdoor werd zo veel mogelijk voorkomen dat sociale problematiek in de zorg terechtkwam (demedicalisering)." En p. 13: "De functie van poortwachter is essentieel voor de eerste lijn als onderdeel van het gezondheidszorgsysteem, omdat dit de kern vormt van de opbouw van ons zorgsysteem (getrapte toegankelijkheid tot tweedelijnszorg). De gedachte daarachter is dat een goed functionerende eerste lijn regelt dat mensen op het passende moment – niet te vroeg en niet te laat – een beroep doen op complexe en duurdere zorg. [...] De poortwachtersfunctie is hiermee van essentieel belang voor het garanderen van toegang tot zorg voor mensen die dit echt nodig hebben, voor het bewaken van de betaalbaarheid van zorg en voor het voorkomen van onnodige medisch ingrepen en van gezondheidsschade."

¹⁹ Zie J. Zaat, 'Langer leven door dezelfde huisarts', Ned Tijdschr Geneesk. 2017;161:D1034; Continuity of care in primary care and association with survival in older people: a 17-year prospective cohort study Br J Gen Pract. 2016 Aug;66(649):e531-9. doi: 10.3399/bjgp16X686101. Epub 2016 Jun 20; Pereira Gray DJ, Sidaway-Lee K, White E, et al Continuity of care with doctors—a matter of life and death? A systematic review of continuity of care and mortality BMJ Open 2018;8:e021161. doi: 10.1136/bmjopen-2017-021161; te Winkel, MT., Slottje, P., Lissenberg-Witte, Bl., van Marum, R.J., Schers, H. J., Uijen, A. A., Bont, J., & Maarsingh, OR. (2021). Which practice characteristics are associated with personal continuity? European Journal of General Practice, 27(1).

²⁰ Zie Raad Volksgezondheid & Samenleving (2023), 'De basis op orde – Uitgangspunten voor toekomstgerichte eerstelijnszorg'. Productie 12, p. 13: "Naast diagnosticeren, behandelen en palliatieve zorg, gaat het om watchful waiting: een groot deel van de klachten verdwijnt vanzelf. Door een combinatie van ervaring, expertise en intuïtie wordt een hiervoor essentieel plus-/niet-plusgevoel ontwikkeld dat bijdraagt aan demedicalisering en daarmee aan de publieke doelen van eerstelijnszorg."

²¹ Zie voor een ludieke beschrijving van het gedrag van een Nederlandse huisarts: www.youtube.com/watch?v=QORPASjoLEc.

²² Zie [thuisarts.nl/](https://www.thuisarts.nl/).

²³ Zie www.thuisarts.nl/over-thuisartsnl.



MAVERICK

Competition | Regulation | Litigation

op.²⁴ Dit is een internationaal gezien ongekend hoog percentage. De minister van VWS, de NZa en de verzekeraars noemen daarmee de huisarts (terecht) de poortwachter van de zorg.²⁵ Voordat de patiënt wordt doorgezonden naar de (kostbare) tweedelijnszorg moet deze eerst langs de huisarts.

- (12) Dit internationaal hoog aangeschreven systeem dat veel besparingen realiseert en tot een hoge kwaliteit van zorg leidt is al jaren structureel aan het afbrokkelen. Het basisprincipe van de zorg, namelijk 'Iedereen een huisarts' en 'Elke huisarts kent zijn patiënt' bestaat op vele plekken niet meer.²⁶

Waarom de unieke Nederlandse eerstelijns huisartsenzorg structureel zwakker wordt.

- (13) De vraag naar huisartsen neemt de komende jaren alleen maar toe door:
- De stijgende zorgvraag vanwege demografische veranderingen, met name de vergrijzing van de patiëntenpopulatie.²⁷
 - Voortzetting van verplaatsing van taken vanuit de tweede lijn naar de huisarts.²⁸

²⁴ Zie www.lhv.nl/opkomen-voor-belangen/over-de-huisarts/. Zie ook Raad Volksgezondheid & Samenleving (2023), 'De basis op orde – Uitgangspunten voor toekomstgerichte eerstelijnszorg', p. 13, "De term 'poortwachter' kan de indruk wekken dat eerstelijnszorgverleners vooral bezig zijn met wel of niet doorverwijzen (de deur open of dicht houden). Een van de essentiële functies van eerstelijnszorg is echter ook het zelf kunnen beantwoorden van het overgrote deel van de zorgvragen (veelomvattendheid).⁴³ Het is al jaren zo dat meer dan 90% van de gezondheidsvragen van de bevolking wordt opgelost in de eerste lijn tegen ongeveer 4% van het totale gezondheidszorgbudget.⁴⁴ Uiteraard zijn dit voor een groot deel lichtere problemen dan in andere delen van de zorg. Naast diagnosticeren, behandelen en palliatieve zorg, gaat het om watchful waiting: een groot deel van de klachten verdwijnt vanzelf." Te raadplegen via: open.overheid.nl/documenten/ronl-559041e5fb3b8a35af8751d6cd9b12682864b924/pdf/.

²⁵ Zie Raad Volksgezondheid & Samenleving (2023), 'De basis op orde – Uitgangspunten voor toekomstgerichte eerstelijnszorg', p. 13, "De functie van poortwachter is essentieel voor de eerste lijn als onderdeel van het gezondheidszorgsysteem, omdat dit de kern vormt van de opbouw van ons zorgsysteem (getrapte toegankelijkheid tot tweedelijnszorg). De gedachte daarachter is dat een goed functionerende eerste lijn regelt dat mensen op het passende moment – niet te vroeg en niet te laat – een beroep doen op complexe en duurdere zorg.⁴¹ De rol van poortwachter houdt in de praktijk in dat de eerstelijnszorgverlener (in samenspraak met de patiënt) besluit of deze patiënt toegang krijgt tot bijvoorbeeld aanvullende diagnostiek, therapie of zorg, of een andere zorgverlener, of – in geval van wijkverpleegkundige zorg – een indicatie voor verpleging en verzorging. Dit kan ook een verwijzing of toeleiding betreffen naar andere direct toegankelijke zorg of ondersteuning, bijvoorbeeld van huisarts of wijkverpleegkundige naar sociaal domein, onder andere via de sociale kaart. De poortwachtersfunctie is hiermee van essentieel belang voor het garanderen van toegang tot zorg voor mensen die dit echt nodig hebben, voor het bewaken van de betaalbaarheid van zorg en voor het voorkomen van onnodige medisch ingrepen en van gezondheidsschade. Een belangrijke voorwaarde voor het goed kunnen vervullen van de poortwachtersfunctie is voldoende ruimte en tijd." Te raadplegen via: open.overheid.nl/documenten/ronl-559041e5fb3b8a35af8751d6cd9b12682864b924/pdf/.

²⁶ Nivel 'Balans in vraag en aanbod'. Te raadplegen op:

https://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/Balans_in_vraag_en_aanbod_huisartsenzorg.pdf.

²⁷ Zie Raad Volksgezondheid & Samenleving (2023), 'De basis op orde – Uitgangspunten voor toekomstgerichte eerstelijnszorg'. Productie 12, p. 6: "Onze samenleving heeft te maken met ontwikkelingen zoals dubbele vergrijzing, een toenemend aantal chronisch zieken en langer thuiswonende ouderen. Hierdoor neemt de zorgbehoefte in de eerste lijn toe." Zie ook Productie 12, p. 21: "Zoals eerder beschreven, constateren we dat de uitvoering van de essentiële functies en waarden van eerstelijnszorg de afgelopen decennia door verschillende maatschappelijke ontwikkelingen onder druk is komen te staan en dat diverse beleidsmatige trends de uitvoering verder belemmeren. En dat terwijl het kunnen uitvoeren van de functies en waarden van eerstelijnszorg juist steeds belangrijker wordt om het hoofd te bieden aan maatschappelijke ontwikkelingen zoals toenemende gezondheidsverschillen, vergrijzing en personele schaarste. Daarom zouden deze functies en waarden en wat ervoor nodig is om deze goed te kunnen realiseren steeds als startpunt van redenatie voor beleid en in de praktijk gebruikt moeten worden."

²⁸ Zie Raad Volksgezondheid & Samenleving (2023), 'De basis op orde – Uitgangspunten voor toekomstgerichte eerstelijnszorg'. Productie 12, p. 19: "Een van de rode draden in het Nederlandse gezondheidszorgbeleid in de afgelopen decennia is substitutie van zorg van de tweede naar de eerste lijn. De redenering hierachter is dat zorg dicht bij huis prettiger is voor de patiënt en goedkoper is. Of dat laatste inderdaad altijd het geval is, is de vraag. Het besparingspotentieel is groot, maar de daadwerkelijk gerealiseerde besparing is erg moeilijk vast te stellen. Bij dit besparingspotentieel wordt vooral geredeneerd vanuit schadelast per 'product': de kosten van een 'product' zijn op papier lager in de eerste lijn dan in de tweede lijn, en in de tweede lijn is nauwelijks groeiruin meer, dus moet de zorg in een lager echelon worden geleverd. Dit is echter slechts één kant van de medaille. De andere kant vormen de (vele) randvoorwaarden om substitutie van de tweede naar de eerste lijn te doen slagen, zoals goede afspraken en vertrouwen tussen zorgverleners, voldoende capaciteit in de eerste lijn, meebewegende financiën, het voorkomen dat gecreëerde ruimte in de tweede lijn opnieuw wordt opgevuld, en daarnaast substitutie vanuit de eerste lijn zelf naar de nulde lijn. Aan die randvoorwaarden wordt momenteel over het algemeen onvoldoende voldaan. Daarnaast is het de vraag of het aanstellen van specifieke zorgverleners in de eerste lijn, dat hand in hand gaat met substitutie, op zichzelf niet méér zorg



MAVERICK

Competition | Regulation | Litigation

- Toenemende werkdruk onder huisartsen als gevolg waarvan veel van de afgestudeerden al na 15 jaar stoppen als huisarts, of in ieder geval geen praktijkhouder meer willen zijn of worden.²⁹ In een onderzoek in 2012 gaf 15% van de huisartsen aan wel eens een *burn out* te hebben gehad, in 2022 was dit percentage maar liefst gestegen tot 27%.³⁰ Daarbovenop zal 27,6% van de huisartsen in de komende 10 jaar uitstromen.³¹ Steeds meer huisartsen stoppen voor hun pensioengerechtigde leeftijd én tegelijk geldt dat steeds minder basisartsen kiezen voor de specialisatie tot huisarts. De redenen daarvoor zijn uiteenlopend, maar het gebrek aan zeggenschap (lees: de zorgverzekeraar dringt onzinnige bezuinigingen of administratie op aan de huisarts en komt daar steeds mee weg) is een van de belangrijkste factoren.³²
- (14) Bovenstaande ontwikkelingen leiden ertoe dat het huisartsenvak steeds onaantrekkelijker wordt en men het niet meer vol weet te houden: huisartsen gaan almaar vroeger met pensioen. Ook stoppen (jonge)³³ huisartsen opvallend vaak met het vak.³⁴ Uit cijfers van de Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten blijkt dat vorig jaar 138 huisartsen jonger dan 50 jaar het vak verlieten.³⁵ Dit staat tegenover gemiddeld 42 per jaar in de jaren ervoor. In de afgelopen tien jaar stopten bijna 500 huisartsen onder de 50 jaar met hun vak.³⁶ Waar er qua medisch specialisten nagenoeg een verdubbeling heeft plaats gevonden tussen 1999 en 2017 (van 9.890 naar 19.370, een stijging van

genereert. En verder is het de vraag of het, als de kosten van benodigde extra organisatie en afstemming in de eerste lijn worden meegerkend, uiteindelijk wel écht goedkoper wordt. Bij het steeds verder inzetten op substitutie – soms zelfs als doel op zich – is relatief weinig oog voor neveneffecten, zoals de verdere uitbreiding van het takenpakket in de eerste lijn, zonder dat er iets af gaat. Dit leidt tot overspoeling door taken en zorgvragen, minder overzicht en frustratie. Dit belemmert nog verder de mate waarin de waarden en functies van eerstelijnszorg kunnen worden vervuld. Ook binnen de beweging van langer thuiswonende ouderen is het maar zeer de vraag of de voordelen opwegen tegen de nadelen. Zo blijkt dat voor thuiswonende ouderen ongeveer net zo veel aan thuiszorg en ziekenhuiszorg wordt besteed als voor intramuraal wonende ouderen aan verpleeghuiszorg."

²⁹ LHV, 'Het gewenste carrièrepad van huisartsen'. Te raadplegen via: www.lhv.nl/wp-content/uploads/2021/09/LHV_factsheet_Gewenste-carrierepad-huisarts_Hoe-wil-de-huisarts-dokteren.pdf. Zie ook Raad Volksgezondheid & Samenleving (2023), 'De basis op orde – Uitgangspunten voor toekomstgerichte eerstelijnszorg'. Productie 12, p. 19: "De vaste, zelfstandig gevestigde huisarts vormt in ons zorgstelsel de hoeksteen van eerstelijnszorg in Nederland. Deze is binnen het systeem immers (eind)verantwoordelijk voor de continuïteit van zorg (inclusief avond-, nacht- en weekenddiensten), voor de coördinatie van zorg en voor de financieel-economische inbedding van huisartsen in loondienst en waarnemers. De verwachting is echter dat het aantal zelfstandig gevestigde huisartsen de komende jaren in hoog tempo afneemt: in het jaar 2000 was 84% van de huisartsen praktijkhouder, in 2021 was dit nog maar 51%, en binnen 6 jaar zal 30% met pensioen gaan.⁷⁴ Er is steeds minder interesse voor praktijkovername. Belangrijke redenen hiervoor zijn de extra verantwoordelijkheid, grote regeldruk en managementlast die komen kijken bij praktijkhouderschap, de feminisering en de wens voor flexibiliteit en een goede werk-privébalans bij de nieuwe generatie huisartsen."

³⁰ Van den Brekel-Dijkstra K, Cornelissen M, Van der Jagt EJ. De dokter gevloerd. Hoe voorkomen we burn-out bij huisartsen? Huisarts Wet 2020;63:DOI:10.1007/s12445-020-0765-8; Duchateau D. Werkdruk huisartsen is riskant hoog; Medisch Contact, 1 november 2012; Van der Voort S. Burn-out, een eigen keuze? Huisarts Wet 2013;56:88; VVAA (19 oktober 2022), 'Quickscan Bezieling 2022: Mentale energie zorgprofessionals gedaald'. Te raadplegen op: www.vvaa.nl/nieuws-en-kennis/nieuws-en-artikelen/resultaten-bezielingsonderzoek.

³¹ Zie capaciteitsorgaan.nl/app/uploads/2023/01/infographics_HaA-21112022.pdf.

³² Zie Raad Volksgezondheid & Samenleving (2023), 'De basis op orde – Uitgangspunten voor toekomstgerichte eerstelijnszorg'. Productie 12, p. 7: "Tegelijkertijd is er sprake van toenemende personele schaarste in de hele zorg. Terwijl de vraag naar zorg toeneemt, is de capaciteit qua zorgprofessionals structureel beperkt. Het aantal banen is niet evenredig meegegroeid met de toenemende zorgvraag en het werkzame deel van de bevolking wordt steeds kleiner. Ook is er sprake van een groot aantal deeltijdwerkers, een hoog ziekteverzuim en uitstroom van zorgpersoneel. Veelgenoemde redenen van zorgmedewerkers om te vertrekken zijn het gebrek aan zeggenschap, hoge werkdruk en hoge administratieve lasten." Zie ook Medisch Contact (2 maart 2022), 'Jonge huisartsen haken af – De kern van het vak is nog maar een klein onderdeel van het werk'. Te raadplegen via: www.medischcontact.nl/nieuws/laatste-nieuws/artikel/jonge-huisartsen-haken-af.

³³ Ibid.

³⁴ Medisch Ondernemen (14 april 2022), 'Vijf redenen waarom huisartsen eerder stoppen: 'We zijn de spin in het web van een disfunctioneel systeem''. Te raadplegen via: www.medischondernemen.nl/achtergrondartikel/vijf-redenen-waarom-huisartsen-eerder-stoppen-we-zijn-de-spin-in-het-web-van-een-disfunctioneel.

³⁵ Ibid.

³⁶ Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde (13 april 2022), 'Huisartsen stoppen vanwege steeds hogere werkdruk'. Te raadplegen via: www.ntvg.nl/artikelen/huisartsen-stoppen-vanwege-steeds-hogere-werkdruk.



MAVERICK

Competition | Regulation | Litigation

96%), is er bij huisartsen een toename van de helft (van 7.440 naar 11.770, een stijging van 58%) waar te nemen.³⁷ Ondertussen zijn er medisch specialisten werkeloos en vertrekken naar het buitenland. In het RVS-rapport (Productie 12) is terug te lezen dat het beleid (ook van de NZa) zich kenmerkt door efficiëntiewensen (die vaak niet uitkomen) waarbij geen acht wordt geslagen op de (schade toebrengende) impact op een eerstelijnsstelsel dat almaar minder functioneert.

- (15) Tenslotte in dit verband: de huisarts is – zeker in de gebieden met dubbele vergrijzing – zo langzamerhand de enige publieke ‘instelling’ waar mensen nog *live* als mens tot mens contact kunnen hebben. Op overheidsinstellingen is bezuinigd en deze zijn, net als de maatschappij in het algemeen, gedigitaliseerd. Mensen die laagopgeleid zijn, mensen met een taal/leesachterstand³⁸ en mensen op hoge leeftijd vinden geregeld hun weg niet meer. Daarbij kunnen zij niet meer terecht bij het loket van de gemeente, want dat bestaat niet meer of is op zijn best genomen (niet zelden op onpraktische wijze) gedigitaliseerd.
- (16) Daar komt bij de enorme, hardnekkige en groeiende wachtlijsten in de ggz door heel Nederland. Omdat de NZa – die al meer dan vijf jaar over het bestaan van deze wachtlijsten rapporteert³⁹ – niet op grond van de zorg(inkoop)plicht vervat in artikel 11 Zorgverzekeringswet op tijd ingreep (en weigert in te grijpen⁴⁰), is er nu sprake van een chronische verstopping in de eerstelijnszorg bij met name de huisartsen.
- (17) Patiënten met ggz problemen stromen niet uit en/of keren steeds met (vermeerderde) ggz-klachten bij de huisartsen terug. Mensen lopen in de zorg (alsmaar ook sociaal maatschappelijk verder) vast en kloppen dan aan bij... de huisarts. Dat alles is door de NZa ook vastgesteld in het kader van het IZA.⁴¹ Het IZA biedt daar geen panklare oplossing voor, maar de NZa vond wel dat (terwijl de NZa weigert de zorgplicht te handhaven) de huisartsen het IZA moesten gaan tekenen. In een (tamelijk obligate) passage in het IZA wordt weer eens gezegd dat de NZa haar toezichtinstrumentarium “zal” gaan inzetten om verzekeraars aan te spreken op hun zorgplicht. De onvoltooid toekomstige tijd is hier niet toevallig gekozen.⁴² En de voorzitter van de NZa laat direct na publicatie van het IZA weten dat boetes het probleem niet oplossen.⁴³ Kortom, welk signaal geeft de toezichthouder hier eigenlijk af aan zorgverzekeraars als het gaat om zorgplicht?⁴⁴ En heeft de NZa zich wel de vraag gesteld hoe dit overkomt bij huisartsen die van dit gedrag, anders dan verzekeraars, wel slapeloze nachten krijgen?

³⁷ Zie CBS, Medisch geschoolden; arbeidspositie, positie in de werkkring, 1999-2017, opendata.cbs.nl/stal/line/#/CBS/nl/dataset/81551NED/table?ts=1556716245055. Geraadpleegd op 30 maart 2023.

³⁸ 2,5 miljoen Nederlanders zijn laaggeletterd en/of laaggecijferd. 29% van alle Nederlanders is beperkt gezondheidsvaardig. Voor hen is de weg naar de dokter, apotheek en het ziekenhuis bezaaid met hindernissen. Zie Stichting Lezen en Schrijven: Feiten & cijfers geleterdheid (2016). Te raadplegen op: www.lezenenschrijven.nl/uploads/editor/201602_SLS_Litstudie_FeitenCijfers_web.pdf.

³⁹ Zie NZa 'Vraag en antwoord aanleveren wachttijden ggz'. Te raadplegen via: www.nza.nl/zorgsectoren/geestelijke-gezondheidszorg-ggz-en-forensische-zorg-fz/vraag-en-antwoord/vraag-en-antwoord-aanleveren-wachttijden en https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_659866_22/1/. Zie ook NZa (23 maart 2023), 'Geen daling wachttijden ggz ondanks regionale inzet: meerdere factoren van invloed'. Te raadplegen via: www.nza.nl/actueel/nieuws/2023/03/07/geen-daling-wachttijden-ggz-ondanks-regionale-inzet-meerdere-factoren-van-invloed.

⁴⁰ Zie Zorgvisie (1 september 2022), 'NZa kan harder sturen op zorgplicht in ggz'. Te raadplegen via: www.eur.nl/eshpm/nieuws/erik-schut-zorgvisie-nza-kan-harder-sturen-op-zorgplicht-ggz en www.zorgvisie.nl/nza-faalt-bij-handhaven-zorgplicht-van-zorgverzekeraars/.

⁴¹ Zie IZA en NZa (23 maart 2023), 'Geen daling wachttijden ggz ondanks regionale inzet: meerdere factoren van invloed'. Te raadplegen via: www.nza.nl/actueel/nieuws/2023/03/07/geen-daling-wachttijden-ggz-ondanks-regionale-inzet-meerdere-factoren-van-invloed.

⁴² Zie Zorgvisie (1 september 2022), 'NZa kan harder sturen op zorgplicht in ggz'. Te raadplegen via: www.eur.nl/eshpm/nieuws/erik-schut-zorgvisie-nza-kan-harder-sturen-op-zorgplicht-ggz en www.zorgvisie.nl/nza-faalt-bij-handhaven-zorgplicht-van-zorgverzekeraars/.

⁴³ Zie Zorgvisie (2 maart 2023), 'NZa: wapperen met boetes voor verzekeraars is niet nodig'. Te raadplegen via: www.zorgvisie.nl/nza-wapperen-met-boetes-voor-verzekeraars-is-niet-nodig/

⁴⁴ Zie Zorgvisie (31 maart 2023), 'NZa blijft de plank misslaan bij handhaving zorgplicht verzekeraars'. Te raadplegen via: www.zorgvisie.nl/blog/nza-blijft-de-plank-misslaan-bij-handhaving-zorgplicht-verzekeraars/. Zie ook Zorgvisie (3 april



MAVERICK

Competition | Regulation | Litigation

- (18) Tegelijk kampen huisartsen met toenemend wantrouwen en daarmee gepaard gaande administratieve druk vanuit zorginkopers als zorgverzekeraars.⁴⁵ Dat kost hen veel tijd, vreet hun energie op en is voor veel huisartsen een bron van chronische stress en (mentale) uitputting.⁴⁶ Dit heeft geleid tot een verzameling van (meer of minder) ludieke voorbeelden in de vorm van de verscheurkalender.⁴⁷ En dit sublimereert zich in de conclusie van Zembla⁴⁸ dat huisartsen de onderbetaalde en ondergewaardeerde afvoerput van de maatschappij zijn geworden.⁴⁹
- (19) Ook studenten geneeskunde en basisartsen krijgen deze zaken mee en kijken naar en/of horen over de Zembla-uitzending. Zij raken gedemotiveerd, haken af, kiezen niet voor het praktijkhouderschap en laten huisartsgeneeskunde waar mogelijk links liggen. Dat is onacceptabel in een land waar gezien de demografische ontwikkeling en aanstaande pensionering in de beroepsgroep in heel Nederland een chronisch tekort is aan jonge artsen die kiezen voor het praktijkhouderschap.⁵⁰

De huisarts als de afvoerput van de zorg; is er een weg uit deze vicieuze cirkel?

- (20) Trouw⁵¹ en de Groene Amsterdammer⁵² onderzochten de oorzaken die het vak van huisarts steeds onaantrekkelijker maken. Ruim 90 procent van de huisartsen in de enquête zegt vanwege capaciteitsproblemen elders in de zorg extra taken toebedeeld te krijgen, terwijl zij het gevoel hebben hier onvoldoende voor te zijn toegerust. Steeds meer verantwoordelijkheden worden op het bord van de huisarts gelegd.⁵³ Hierbij valt te denken aan situaties als gevolg van de chronische wachtlijsten in de ggz, de capaciteitsproblemen bij de thuiszorg, ouderen die in acute situaties vaak niet direct terecht kunnen in verpleeg- of verzorgingshuizen. In al die situaties komt de verantwoordelijkheid

2023), 'NZa ga aan de slag met de zorg(inkoop)plicht'. Te raadplegen via: www.zorgvisie.nl/blog/nza-ga-aan-de-slag-met-de-zorginkoopplicht/.

⁴⁵ De Raad Volksgezondheid & Samenleving legt in april 2023 vinger onlangs op een zere plek: "Bovendien leidt het onderhandelings- en contracteringsproces met afzonderlijke concurrentiële zorgverzekeraars, en de hiermee gepaard gaande administratieve lasten en versnippering in plannen en eisen, af van het vanuit samenlevingsperspectief optimaliseren van eerstelijnszorg." De Raad concludeert dat het belangrijk is dat zorgverzekeraars zo min mogelijk gehinderd worden door administratieve lasten en verantwoordingseisen vanuit zorgverzekeraars in o.a. het zorginkoopproces." (Productie 12, p. 21).

⁴⁶ Van den Brekel-Dijkstra K, Cornelissen M, Van der Jagt EJ. De dokter gevloerd. Hoe voorkomen we burn-out bij huisartsen? Huisarts Wet 2020;63:DOI:10.1007/s12445-020-0765-8.

⁴⁷ Medisch Contact (3 maart 2022), 'Verscheurkalender 2022: Onzinnige taken van de huisarts'. Te raadplegen op: www.medischcontact.nl/nieuws/boeken-en-films/media-en-cultuur/verscheurkalender-2022. Zie ook Zie Raad Volksgezondheid & Samenleving (2023), 'De basis op orde – Uitgangspunten voor toekomstgerichte eerstelijnszorg', p. 7: "Ook vanuit de overheid en de zorgsector zelf wordt steeds meer verwacht van de eerste lijn. Zo worden steeds meer taken naar de eerste lijn overgeheveld, komt steeds meer nazorg na opnames bij de eerste lijn terecht en wordt verwacht dat de eerste lijn meer afstemt en samenwerkt met het sociaal domein. De eerste lijn heeft ook last van onnodige of ongepaste verzoeken en taken die op hun bordje terecht komen. Een aantal huisartsen heeft recent een verzameling gemaakt van voorbeelden hiervan in de 'Verscheurkalender'. [<https://www.helpdehuisartsverzuipt.nl/wp-content/uploads/2022/02/Verscheurkalender2022-web.pdf>]. Te raadplegen via: open.overheid.nl/documenten/ronl-559041e5fb3b8a35af8751d6cd9b12682864b924/pdf/.

⁴⁸ Zie www.bnnvara.nl/zembla/artikelen/het-huisartseninfarct.

⁴⁹ Uiteraard geldt dit niet voor heel Nederland in dezelfde mate. In meer rurale gebieden en kleinere gemeenten spelen sommige factoren minder dan bijvoorbeeld in Rotterdam Zuid of de Haagse Schilderswijk.

⁵⁰ Zie De Groene Amsterdammer (4 mei 2022), 'Wie wil er nou nog een eigen praktijk?'. Te raadplegen via: www.groene.nl/artikel/wie-wil-er-nou-nog-een-eigen-praktijk. Zie ook EO (6 januari 2023), 'Dreigend huisartsentekort in Nederland; wat is er aan de hand?'. Te raadplegen via: www.eo.nl/artikel/dreigend-huisartsentekort-in-nederland-wat-is-er-aan-de-hand/.

⁵¹ Trouw (4 mei 2022), 'Ruim helft van de huisartsen weet niet of ze hun vak willen blijven uitoefenen'. Te raadplegen via: www.trouw.nl/binnenland/ruim-helft-van-de-huisartsen-weet-niet-of-ze-hun-vak-willen-blijven-uitoefenen-b793775e/.

⁵² De Groene Amsterdammer (4 mei 2022), 'Onderzoek De dokter onder druk - Wie wil er nou nog een eigen praktijk?'. Te raadplegen via: www.groene.nl/artikel/wie-wil-er-nou-nog-een-eigen-praktijk.

⁵³ Zie Friesch Dagblad (11 augustus 2022), 'Frieze huisartsen zijn verontwaardigd over de manier waarop het ministerie hen een taak geeft in de nieuwe vaccinatieronde dit najaar: 'Ik doe niet mee, ik wil niet zo behandeld worden'. Te raadplegen via: frieschdagblad.nl/regio/Huisartsen-ontstemd-over-houding-ministerie-in-nieuwe-boosterronde-27864065.html. En zie NOS (1 juli 2022), 'Huisartsendemonstratie in Den Haag: 'Wij zijn een spoedgeval'. Te raadplegen via: nos.nl/artikel/2434873-huisartsendemonstratie-in-den-haag-wij-zijn-een-spoedgeval.



MAVERICK

Competition | Regulation | Litigation

terecht op het bordje van de huisarts.⁵⁴ Het gaat ook om zaken die op grond van de taakomschrijving van de huisarts daar niet thuishoren, terwijl de huisarts daar vervolgens wel tuchtrechtelijk op wordt aangesproken.⁵⁵ De complexiteit van het huisartsenvak neemt jaar op jaar toe. De Nederlandse huisarts wordt blootgesteld aan een enorme hoeveelheid verplichte administratie, denk aan de recente ophef over de jaarverantwoordingsplicht die voortvloeit uit de WTZA⁵⁶ en de renseigneringsplicht.⁵⁷ Het is kortom niet zonder grond dat veel huisartsen hun beroepsgroep zien als de 'afvoerput van de zorg'.⁵⁸

- (21) Huisartsen kunnen tegen deze ontwikkelingen betrekkelijk weinig tot niks uitrichten. De ACM (in lijn met de aanpak van de NMa) heeft hen verboden samen op te trekken bij de zorgcontractering. Zodra hun branchevereniging LHV zich bemoeit met zaken die raken aan de zorgcontractering slaat (de angst voor) de handhaving door de ACM van het kartelverbod toe.⁵⁹ De LHV was al eens onderwerp van een kartelboete van bijna € 8 miljoen, waarbij ook nog ACM-boetes aan twee LHV-functionarissen werden opgelegd.⁶⁰ Ook al werd de kartelboete vernietigd, er is geen LHV-bestuur dat zich een vergelijkbare situatie op de hals durft te gaan halen.⁶¹ De inval van de karteltoezichthouder, mét ook nog een boete voor de LHV voor een vermeende zegelverbreking⁶² in het kader van het bedrijfsbezoek aan de LHV, heeft tot op heden diepe sporen nagelaten. Dat niet alleen bij de LHV, maar bij huisartsen in het algemeen leeft het idee dat er een voortdurend risico van boetes boven hun hoofd hangt.
- (22) En nee, die angst is niet weg, want ook begin dit jaar liet de ACM in het kader van de handhaving van het kartelverbod bij de zorginkoop weer van zich horen: *"De Autoriteit Consument & Markt (ACM) is onderzoeken gestart naar beïnvloeding door brancheorganisaties van de individuele onderhandelingen tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars voor volgend jaar. De ACM heeft diverse signalen gekregen dat brancheorganisaties van zorgaanbieders sturende informatie aan hun leden sturen. De signalen suggereren dat brancheorganisaties van zorgaanbieders bijvoorbeeld 'adviseren' om een bepaald prijsstijgingspercentage in de onderhandelingen met de zorgverzekeraars te hanteren. Dergelijk sturend gedrag van een branchevereniging kan leiden tot hogere zorgkosten en*

⁵⁴ Zie Raad Volksgezondheid & Samenleving (2023), 'De basis op orde – Uitgangspunten voor toekomstgerichte eerstelijnszorg'. Productie 12, p. 7: "Ook vanuit de overheid en de zorgsector zelf wordt steeds meer verwacht van de eerste lijn. Zo worden steeds meer taken naar de eerste lijn overgeheveld, komt steeds meer nazorg na opnames bij de eerste lijn terecht en wordt verwacht dat de eerste lijn meer afstemt en samenwerkt met het sociaal domein. De eerste lijn heeft ook last van onnodige of onangepaste verzoeken en taken die op hun bordje terecht komen."

⁵⁵ Regionaal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg Eindhoven 3 december 2021, ECLI:NL:TGZREIN:2021:75. Zie ook Medisch Contact (24 april 2013), 'Arts moet tot uiterste gaan voor zorgmijder'. Te raadplegen op: www.medischcontact.nl/kennis-carriere/tuchtrecht/tuchtzaak/arts-moet-tot-uiteerste-gaan-voor-zorgmijder.

⁵⁶ LHV (23 maart 2023), 'Tweede Kamer wil uitleg van minister Helder over jaarverantwoordingsplicht'. Te raadplegen op: www.lhv.nl/nieuws/tweede-kamer-wil-uitleg-van-minister-helder-over-jaarverantwoordingsplicht/.

⁵⁷ LHV (19 januari 2023), 'LHV wil nieuwe verplichting Belastingdienst snel van tafel'. Te raadplegen op: www.lhv.nl/nieuws/lhv-wil-nieuwe-verplichting-belastingdienst-snel-van-tafel/.

⁵⁸ Trouw (4 mei 2022), 'Ruim helft van de huisartsen weet niet of ze hun vak willen blijven uitoefenen'. Te raadplegen op: www.trouw.nl/binnenland/ruim-helft-van-de-huisartsen-weet-niet-of-ze-hun-vak-willen-blijven-uitoefenen-b793775e/.

⁵⁹ Zie www.acm.nl/nl/publicaties/publicatie/6626/NMa-beoet-LHV-wegens-ongoorloofde-vestigingsadviezen.

⁶⁰ Zie ACM (9 januari 2012), 'NMa beoet LHV wegens ongoorloofde vestigingsadviezen': "Omdat de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) haar leden adviseert deze vestigingsvrijheid in te perken, krijgt de brancheorganisatie een boete van EUR 7.719.000 van de Nederlandse Mededingingsautoriteit (NMa). Twee functionarissen krijgen een persoonlijke boete van respectievelijk EUR 50.000 en EUR 25.000 omdat de NMa hen verantwoordelijk houdt voor de aanbevelingen van de brancheorganisatie aan de leden. Bijna alle huisartsen in Nederland zijn aangesloten bij de LHV." Te raadplegen via: www.acm.nl/nl/publicaties/publicatie/6626/NMa-beoet-LHV-wegens-ongoorloofde-vestigingsadviezen.

⁶¹ Zie Medisch Contact (5 juli 2012), 'LHV technisch failliet door NMa-boete'. Te raadplegen via: www.medischcontact.nl/nieuws/laatste-nieuws/artikel/lhv-technisch-failliet-door-nma-boete

⁶² Zie ACM (9 september 2010), 'NMa: Landelijke Huisartsen Vereniging krijgt boete voor verbreken zegel'. Te raadplegen via: www.acm.nl/nl/publicaties/publicatie/10738/NMa-Landelijke-Huisartsen-Vereniging-krijgt-boete-voor-verbreken-zegel.



MAVERICK

Competition | Regulation | Litigation

*hogere premies voor de zorgpolis.*⁶³ Vergelijk deze (spierballen)taal met het bestreden besluit dat betrekking heeft op concrete overtredingen van dwingende regels ten aanzien van het zorginkoopproces. Dan wordt duidelijk dat de toezichthouders (NZa en ACM) inkoopmacht van zorgverzekeraars – op eigen initiatief – verdedigen én daarover ook meteen een webbericht plaatsen (ook al is er nog geen concreet bewijs geleverd voor de schending), maar ondertussen wegkijkt bij concrete schendingen zie bijv. artikel 5 lid 1 Regeling Zorginkoop, door ZK.⁶⁴

- (23) Van daadwerkelijk onderhandelen met zorgverzekeraars kunnen huisartsen alleen dromen. Al decennia worden alle huisartsen structureel geconfronteerd met zogenaamde 'slikken of stikken'- of TROG-contracten (Tekenen Rechts Onder Graag) van zorgverzekeraars. En daarbij worden dwingende NZa zorginkoopregels, maar ook afspraken uit het HRMO en/of een Bestuurlijk Akkoord door zorgverzekeraars straffeloos geschonden. De huisarts voelt zich genegeerd en voelt zich respectloos door de zorgverzekeraars behandeld. En als een eerstelijnsaanbieder publiekelijk in het belang van zijn patiënten(zorg) zijn onvrede uit en/of patiënten wijst op de gevolgen van een inkoopbeleid van een dominante zorgverzekeraar, dan is de NZa er direct bij om – zonder voorafgaand inhoudelijk onderzoek – dat gedrag af te keuren én daarvoor te waarschuwen met dreiging van een boete van € 150.000.⁶⁵ Dit wordt nader uiteengezet in hoofdstuk IV e.v.
- (24) Voor een jurist lijkt dit betoog juridisch niet relevant, maar toch is het voorgaande voor uw college zeer relevant. Dat wordt in de volgende paragraaf uiteengezet.

Hoe kan het dat een zo waardevol eerstelijnsstelsel zo ten gronde wordt gericht?

- (25) De eerste oorzaak zijn de huisartsen zelf. Het gaat om een hoogopgeleide, gezagsgetrouwe groep van mensen. Deze groep is conflictmijdend en leeft voor hun vak/patiënten. Zij zien de problemen en hebben een beroepsmatige reflex om die zelf op te gaan lossen ook als die niet hun verantwoordelijkheid zijn. Als gemaakte afspraken (zoals het Bestuurlijk Akkoord⁶⁶) door de minister van VWS en zorgverzekeraars worden gebroken, ontbreekt het hen de juridische vaardigheden (zij hebben geen in house juristen of afdeling juridische zaken of zorgverkoop), middelen en/of aan de politieke en/of zakelijke handigheid om dat tijt te keren. Daar kan nog meer over worden gezegd maar deze oorzaak is in dit kader niet relevant.
- (26) De tweede oorzaak is gelegen in het feit dat, zoals in alle westerse landen, de kosten van gezondheidszorg blijven toenemen én het bestuur geen keuzes wenst te maken (plat gezegd: bijvoorbeeld niet langer voor 4 ton per maand een doodzieke patiënt blijven behandelen, terwijl daarmee iemand maar twee maanden langer leeft). De beteugeling van de zorgkosten heeft het bestuur overgelaten aan de zorgverzekeraars. Zij maken evenmin de lastige keuzes, omdat zij dat niet willen of denken goed werk te leveren door te kaasschaven. Zij mogen aldus het 'vuile' werk opknappen en als wederdienst krijgen zij met hun inkoopmacht de vrije hand in het beteugelen van de kosten. En het dragen van de verantwoordelijkheid voor al die vrijheid, die verder gaat dan juristen voor mogelijk lijken te houden, vergt empathie en wijsheid.

⁶³ Zie ACM (20 december 2022), 'ACM start onderzoeken naar beïnvloeding door brancheorganisaties van individuele zorgcontracten'. Te raadplegen via: www.acm.nl/nl/publicaties/acm-start-onderzoeken-naar-beinvloeding-door-brancheorganisaties-van-individuele-zorgcontracten.

⁶⁴ Zie beslissing op bezwaar, Productie 1, p. 9: "Het opnemen van een uiterlijke reactietermijn (van 1 juni 2021) in het inkoopbeleid als zodanig maakt niet dat Zilveren Kruis voor of na die tijd onvoldoende beschikbaar is geweest voor vragen en opmerkingen. De NZa leest in de in paragraaf 6 van het inkoopbeleid opgenomen passage een mogelijkheid voor zorgaanbieders om specifiek op het op 1 april 2021 gepubliceerde inkoopbeleid te reageren en leest daarin geen algemene contactbeperking voor het gehele zorginkoop- en contracteerproces."

⁶⁵ Zie NZa, 'NZa roept zorgaanbieders op patiënten niet te misleiden'. Te raadplegen via: www.nza.nl/zorgsectoren/paramedische-zorg/tussenmap/nza-roept-zorgaanbieders-op-patienten-niet-te-misleiden en www.apothekersnieuws.nl/nza-roept-zorgaanbieders-op-patienten-niet-te-misleiden/.

⁶⁶ Bijlage 2 bij Productie 3.



MAVERICK

Competition | Regulation | Litigation

- (27) Die eigenschappen ontbreken: terwijl bekend is dat de administratieve druk in de eerstelijnszorg en bij de huisarts in het bijzonder al lang veel te hoog is,⁶⁷ gaan zorgverzekeraars nog weer nieuwe regels invoeren. Onlangs werd er geld vrijgemaakt voor 'Meer Tijd Voor De Patiënt' en voerden zorgverzekeraars na onderling overleg een 'leidraad MTVP'⁶⁸ in van maar liefst 20 pagina's aan voorwaarden (niet gebaseerd op wetenschappelijk onderzoek).⁶⁹ Alsof huisartsen zelf niet weten hoe zij meer tijd voor de patiënt zinvol kunnen inrichten. Maar deze additionele administratieve lasten (en bijbehorende controlemechanismen) moesten opgevoerd worden, opdat alle zorgverzekeraars kunnen volhouden dat zij 'bovenop de kosten zitten'. Dat is kennelijk belangrijker dan het per direct reduceren van administratieve lasten en voorkomen van verdere demotivatie bij huisartsen en studenten geneeskunde. Zorgverzekeraars blijken structureel niet in staat om verstandige afwegingen in de eerstelijnszorg te maken; controle van kosten draagt men in overvloed aan, oorspronkelijke en intelligente ideeën heeft men een chronisch tekort aan.
- (28) Wetenschappelijke kennis en praktijkervaring van de huisartsen zijn daarom niet leidend voor het inkoopbeleid van zorgverzekeraars, maar leidend zijn de publieke en politieke bühne. Het was de grootste zorgverzekeraar van Nederland – ZK – die in 2021 besloot a) tegen maandenlang verzet van alle afdelingen van de betrokken huisartsen en beroepsverenigingen, b) midden in de coronapandemie, om c) een *penny wise pound foolish* bezuiniging van € 100 miljoen door te drukken en d) te verlangen dat huisartsen grote operationele veranderingen in door de pandemie al overbelaste huisartsenpraktijken zouden doorvoeren, terwijl e) de nut en noodzaak voor grote groepen huisartsen niet navolgbaar en niet begrijpelijk waren. De NZa stond er bij en keek ernaar. De minister van VWS stond er bij en keek ernaar. De beroepsverenigingen LHV en VPH durfden – zie o.a. de aanpak van de ACM⁷⁰ – niks anders te doen dan de schade te gaan "monitoren".
- (29) Zoiets kan alleen als zorgverzekeraars zich boven de wet verheven voelen, of onaantastbaar wanen. Dat doen zij – als rationeel handelende partijen – alleen als zij weten dat zij ermee weggelopen. Omdat de toezichhouders (de NZa en de ACM) niet of onvoldoende tijdig ingrijpen. Die constatering volgt ook uit klachten van andere eerstelijnszorgaanbieders.⁷¹ En toezichhouders grijpen niet in zolang (de minister van) VWS hen niet zal corrigeren. Dit is het beeld van de afgelopen jaren (zie de flagrante schendingen van meerdere afspraken uit het Bestuurlijk Akkoord; alle partijen waren erbij betrokken), er is geen discussie dat de essentiële afspraken (terugdringen administratie, verminderen werkdruk, meer tijd voor de patiënt, werkelijke naleving van zorgplicht) daarin niet van de grond zijn gekomen en

⁶⁷ Zie www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2022/09/16/integraal-zorgakkoord-samen-werken-aan-gezonde-zorg, p. 102: "Zoals in paragraaf 1 van dit hoofdstuk aangegeven zeten zorgverzekeraars en zorgaanbieders in op een continue verbetering van het contracteerproces om de contractering zo goed mogelijk te laten verlopen, zoals het verhogen van de toegankelijkheid van het contracteerproces, het verminderen van administratieve lasten, transparantie over inkoopbeleid, gelijkgerichtheid en de wenselijkheid en mogelijkheid van meerjarenafspraken." Maar zie ook p. 6: "Verminderen van de administratieve lasten om zorgprofessionals te ontlasten." Zie ook p. 86: "Het is belangrijk om de administratieve lasten en regeldruk fors te reduceren."

⁶⁸ Zie bijvoorbeeld www.menzis.nl/zorgaanbieders/publicaties/zorgaanbieders_zorgsoorten/2023/02/03/leidraad-meer-tijd-voor-de-patient.

⁶⁹ Ondertussen blijven zorgverzekeraars zaken met elkaar afstemmen hoe zij "meer tijd voor de patiënt" in segment 3 gaan inkopen. Het faciliteren van meer tijd voor de patiënt is namelijk één van de vereisten uit het IZA en eerder uit het Bestuurlijk Akkoord huisartsenzorg 2019-2022. Zorgverzekeraars stellen samen de prestatie voor "meer tijd voor de patiënt" vast. Door zorgverzekeraars dit eerst samen uit te laten werken (al dan niet in ZN-verband), wordt er een prikkel weggehaald bij ieder van de zorgverzekeraars om zelf een betere (voor huisartsen meer gunstige) invulling van meer tijd voor de patiënt te gaan bieden aan de huisartsen. Doordat zorgverzekeraars hier collectief over onderhandelen, wordt er een soort stolp over heel Nederland gezet wat betreft meer tijd voor de patiënt. Dit is kwalijk, omdat juist in segment 3 zorgverzekeraars ruimte kunnen maken om te laten zien dat de ene zorgverzekeraar het beter voor heeft met huisartsen dan hun concurrent (een andere zorgverzekeraar). Dan kan de ene zorgverzekeraar meer ruimte bieden voor meer tijd voor de patiënt, waardoor die zorgverzekeraar voor patiënten en zorgaanbieders aantrekkelijker wordt. Nu is meer tijd voor de patiënt slechts *window dressing* en gaat dit ten koste van de zorgverlening van onder andere huisartsen.

⁷⁰ Vergelijk ACM (20 december 2022), 'ACM start onderzoeken naar beïnvloeding door brancheorganisaties van individuele zorgcontracten'. Te raadplegen via: www.acm.nl/nl/publicaties/acm-start-onderzoeken-naar-beinvloeding-door-brancheorganisaties-van-individuele-zorgcontracten.

⁷¹ NZa Waarschuwing Zilveren Kruis zorginkoop 2021 extramurale farmacie vanwege schenden door ZK van artikel 4 en 7 Regeling Zorginkoop: https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_739320_22/1/.



er is geen discussie dat daar niet op is gehandhaafd. In dit verband wordt ook verwezen naar de (wanhopige) brieven van de minister van VWS aan de LHV, waarin hij meerdere keren toezegt dat hij aanspreekbaar is op de gemaakte afspraken in het IZA.⁷² De inhoud van die brieven komt niet uit het niets; die reflecteren de jaren van mooie praatjes en het schaamteloos negeren van aangegane verplichtingen, door de NZa, de minister van VWS en de zorgverzekeraars.

- (30) Wat huisartsen nodig hebben, is dat zij kunnen zien dat regels niet alleen voor hen gelden, maar ook voor de partijen die hen TROG⁷³-inkoopcontracten opleggen. Zij hebben nodig dat als de NZa de ogen sluit voor het structureel schenden van transparantieregels door zorgverzekeraars, uw college dit niet zo maar passeert onder het motto 'beleidsvrijheid' van de NZa. Populair gezegd: alleen het college kan de oplossing bieden (die zal hierna uiteen worden gezet). Zonder correctie blijven huisartsen geconfronteerd worden met *business as usual*: (de minister van) VWS, de NZa en ACM laten de boel op zijn beloop en bij uitwassen van inkoopmacht (of het niet naleven van de zorg(inkoop)plicht) kijken zij weg. Dat zal – zie het RVS rapport – ertoe leiden dat Nederland binnenkort de poortwachter in de zorg nog verder kwijt raakt. Dat betekent dat Nederland als koopman, wat zo werkt het Nederlands bestuur, decennia lang duurder uit is.⁷⁴

III. TOEPASSELIJK JURIDISCH KADER

- (31) Voor een nadere toelichting op het relevante juridisch kader verwijzen wij naar Productie 5. In het kort komt het erop neer dat de NZa in strijd met het zorgvuldigheids- en vertrouwensbeginsel heeft geoordeeld dat ZK artikelen 4, 5 lid 1 en 7 Regeling zorginkoop niet schond.
- i. Artikel 5 lid 1 Regeling zorginkoop werd door ZK geschonden. Dit omdat ZK (in iedere versie van) het Inkoopbeleid meldde dat huisartsen slechts tot 1 juni 2021 vragen konden stellen/opmerkingen maken over het Inkoopbeleid. Dat terwijl dit nu juist volgens artikel 5 Regeling zorginkoop *altijd* mogelijk moet zijn, tot het contract 2022/23 is gesloten met ZK door de huisartsen. Zie hiervoor randnummers 8-21 van het bezwaarschrift (Productie 5) en randnummers 6-12 van de pleitnota in de bezwaarprocedure (Productie 1).
 - ii. Artikelen 4/7 Regeling zorginkoop werden door ZK geschonden. ZK publiceerde op 1 april 2021 niet een transparant en compleet zorginkoopbeleid voor de contractjaren 2022 en 2023. ZK wijzigde het Inkoopbeleid in september 2021 nog drastisch. Dat is gezien de geldende NZa zorginkoopregels en dynamiek in het zorginkoopproces onzorgvuldig en onrechtmatig. ZK publiceerde daarbij haar tarieven en bijbehorende (meerdere varianten van) rekentools (zonder welke de impact van de tarieven niet te begrijpen is) niet op tijd. Zie daarvoor randnummers 27-51 van het bezwaarschrift (Productie 5) en randnummers 20-21 van de pleitnota in de bezwaarprocedure (Productie 1).
- (32) Dit alles miskent de NZa. Het besteden besluit bevat niet alleen onjuiste overwegingen en een onjuiste rechtsopvatting. Het bestreden besluit ontnemt de Huisartsen de publiekrechtelijke rechtsbescherming waar zij dringend behoefte aan hebben. ZK heeft een dominante positie ten opzichte van de Huisartsen. Dat is relevant, omdat de huisarts niet om ZK heen kan. De Huisartsen zijn, om rendabel te kunnen opereren, ieder jaar volledig afhankelijk van een contract met ZK. ZK is de grootste zorgverzekeraar van Nederland en in het gebied waarin de Huisartsen actief zijn ook de zogenaamde preferente verzekeraar (lees: dominante verzekeraar). Zonder overeenkomst met ZK is het voor huisartsen financieel onmogelijk om voort te bestaan. Dit wordt bevestigd door het rapport

⁷² Zie brief van de minister van VWS aan de LHV betreffende het IZA van 15 september 2022. Te raadplegen via: www.lhv.nl/wp-content/uploads/2022/09/Brief-MVWS-aan-LHV-IZA-in-format.docx.pdf en www.lhv.nl/wp-content/uploads/2022/09/Brief-min-VWS-aan-LHV-over-IZA-15-9-2022.pdf.

⁷³ Tekenen Rechts Onder Graag.

⁷⁴ Voor nog meer (nadere) achtergronden, data en feiten over de wijze waarop de huisartsenzorg wordt geleverd en welke knelpunten daarbij spelen, wordt korthedshalve verwezen naar **Productie 9**.



MAVERICK

Competition | Regulation | Litigation

van de NZa waaruit volgt dat vrijwel alle huisartsen een contract hebben met de in het kernwerkgebied dominante zorgverzekeraar.⁷⁵

- (33) Dominantie houdt in dat ZK een bijzondere verantwoordelijkheid heeft zich aan de wetten en regels te houden, zoals de Regeling zorginkoop. De Huisartsen werden echter eind 2021 geconfronteerd met een voor de Huisartsen significant gewijzigd en ondoordacht inkoopbeleid van ZK.⁷⁶ Dat had desastreuze gevolgen voor de Huisartsen reden waarom deze, samen met vele andere huisartsen en huisartsenmaatschap Trynwalden, een (risicovol) kort geding moesten starten tegen ZK. Daarin werd gevorderd dat ZK de bestaande financieringspraktijk zou voortzetten. ZK heeft maandenlang op alle verzoeken negatief gereageerd om vervolgens een dag voor de zitting alle verzoeken van de huisartsen (waaronder de Huisartsen) in te willigen. ZK erkende nadien dat haar inkoopbeleid onzorgvuldig was (zie ook Hoofdstuk VI van dit beroepschrift).
- (34) Alle stress, kosten en gedoe hadden voorkomen kunnen worden als ZK de Regeling zorginkoop, Het Roer Moet Om en het Bestuurlijk Akkoord huisartsenzorg 2019 t/m 2022 (deze worden hierna toegelicht) had nageleefd. In plaats daarvan beschermt de NZa met de beslissing op bezwaar de (uitwassen van) inkoopmacht van ZK. Het bestreden besluit schept een ongewenst precedent en zet de huisartsen onterecht weg als mensen die het inkoopbeleid gewoon niet goed hebben gelezen.
- (35) De NMa en ACM hebben het huisartsen meermaals duidelijk gemaakt waar de grenzen liggen voor huisartsen bij samen optrekken bij de zorginkoop.⁷⁷ Weinig verrassend hebben alle zorgverzekeraars al decennia geen enkele behoefte getoond aan een andere vorm van zorginkoop met huisartsen dan slikken of stikken of TROG-contracten. En zo is de cirkel al decennialang rond, de huisartsen komen niet weg uit het eenrichtingsverkeer: de zorgverzekeraar bepaalt en weet dat er geen grenzen worden gesteld door de toezichthouders, waardoor er geen rem is op uitwassen van inkoopmacht. En dat werkt grensverleggend voor zorgverzekeraars zo wijst de geschiedenis uit.
- (36) Uit het handhavingsverzoek (Productie 3) en het bezwaarschrift (Productie 5) volgt dat de Regeling zorginkoop is geschonden. De commotie over deze schendingen was dagelijks te volgen op de NOS, in landelijke dagbladen en medische tijdschriften. Toch heeft NZa niet eenmaal daarover contact opgenomen met ZK of onderzoek gedaan (zo heeft de NZa de Huisartsen laten weten).⁷⁸ Dat doet de NZa wel als haar geluiden bereiken dat zorgaanbieders bij de zorginkoop NZa regels zouden schenden.⁷⁹
- (37) Het gaat overigens in dit dossier om meer dan de Regeling zorginkoop en de hiervoor omschreven huisartsenproblematiek alleen. De Regeling zorginkoop moet immers ook gezien worden in het licht van andere geldende regels.
- In de praktijk gelden ook de contracteerregels als vervat in "Het Roer Moet Om" (HRMO) (zie bijlage 6 bij Productie 3). Deze HRMO contracteerregels dragen de regels van de Regeling zorginkoop ook uit. De HRMO contracteerregels moesten tot gevolg hebben dat administratieve lasten werden beperkt en, belangrijker, zorgverzekeraars niet zonder draagvlak

⁷⁵ Zie NZa Monitor Contractafspraken huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg 2019. Te raadplegen via: puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_278393_22/1/.

⁷⁶ Zie randnummers 9-25 van de reactie van de Huisartsen op het chronologisch overzicht van ZK in Productie 6.

⁷⁷ Zie ACM (20 december 2022), 'ACM start onderzoeken naar beïnvloeding door brancheorganisaties van individuele zorgcontracten'. Te raadplegen via: www.acm.nl/nl/publicaties/acm-start-onderzoeken-naar-beïnvloeding-door-brancheorganisaties-van-individuele-zorgcontracten. Zie ook ACM (3 juni 2015), 'Reactie ACM op praktijksituaties in huisartsenzorg'. Te raadplegen via: www.acm.nl/nl/publicaties/publicatie/14325/Reactie-ACM-op-praktijksituaties-in-huisartsenzorg.

⁷⁸ De NZa had uit het openbare inkoopbeleid zelf kunnen opmaken dat ZK ten onrechte doet voorkomen alsof vragen voor 1 juni 2021 gesteld moeten worden.

⁷⁹ Zie NZa, 'NZa roept zorgaanbieders op patiënten niet te misleiden'. Te raadplegen via: www.nza.nl/zorgsectoren/paramedische-zorg/tussenmap/nza-roept-zorgaanbieders-op-patiënten-niet-te-misleiden en www.apothekersnieuws.nl/nza-roept-zorgaanbieders-op-patiënten-niet-te-misleiden/.



MAVERICK

Competition | Regulation | Litigation

beleidswijzigingen zouden doorvoeren en/of dat zorgverzekeraars grote onzekerheid over financiering van activiteiten zouden moeten vermijden. Deze regels zijn overeengekomen door VWS, huisartsen(verenigingen) én zorgverzekeraars. De Regeling zorginkoop is daarbij ook nog eens integraal als bijlage bij het HRMO opgenomen.

- Daarnaast moet dit beroepschrift worden gezien in het licht van het bestuurlijk akkoord huisartsenzorg 2019 t/m 2022 (Bijlage 2 bij Productie 3). ZK heeft zich met het Bestuurlijk Akkoord verbonden om in het kader van huisartsenzorg onder andere “meer tijd voor de patiënt” en “minder administratieve lasten” te creëren. ZK bewerkstelligde met het inkoopbeleid 2022/2023 en bijbehorende contract daarentegen precies het tegenovergestelde: minder tijd voor de patiënt en meer administratieve lasten voor huisartsen en hun praktijkondersteuners.
- De algemene beginselen van behoorlijk bestuur dienen door de NZa nageleefd te worden en omvatten de geschreven en ongeschreven gedragsnormen van de overheid. Artikel 2:4 Awb en Hoofdstuk 3 van de Awb codificeren enkele algemene beginselen van behoorlijk bestuur. De algemene beginselen van behoorlijk bestuur omhelzen – kort samenvattend en voor deze procedure van belang – de volgende beginselen:
 - Het vertrouwensbeginsel. De Huisartsen mochten er op basis van het vertrouwensbeginsel op vertrouwen dat de NZa zorgde dat de Regeling zorginkoop werd nageleefd en dat de Huisartsen werden beschermd tegen ZK.
 - Het zorgvuldigheidsbeginsel. De NZa had de beslissing op bezwaar zorgvuldig moeten voorbereiden en nemen. Daartoe behoort o.a. zorgvuldig onderzoek naar de feiten en belangen en een deugdelijke besluitvorming.
 - Het motiveringsbeginsel. De NZa had de beslissing op bezwaar zorgvuldig moeten motiveren. De NZa heeft met het bestreden besluit deze beginselen overtreden zoals hierna zal worden toegelicht.

IV. NZA BLIJFT TEN ONRECHTE SCHENDING ARTIKEL 5 LID 1 REGELING ZORGINKOOP MISKENNEN

- (38) Dat de NZa wel had moeten constateren dat ZK artikel 5 lid 1 Regeling zorginkoop heeft geschonden, blijkt uit randnummers 8-21 van het bezwaarschrift (Productie 5) en randnummers 6-12 van de pleitnota in de bezwaarprocedure (Productie 1). Daaraan wordt het volgende toegevoegd.
- (39) Huisartsen liepen in 2021 (tweede coronapandemiejaar) over van het (extra) werk en liepen op hun tandvlees. Een huisarts zou dus – juist in 2021 – niet door ZK moeten worden gedwongen te gaan zoeken in het Inkoopbeleid hoe de vork nu in de steel zit (geen zoekplaatje of grabbelton). Evenmin zou de huisarts maandenlang moeten gissen naar welke gevolgen het Inkoopbeleid voor hem/haar heeft. Evenmin zou een huisarts in een najaar 2021 gedwongen moeten worden een cursus te volgen om een voor duiding van de ZK tarieven essentiële rekentool te begrijpen. Dit om daarna vast te stellen deze tool fouten bevat en/of ook de rekentool geen helderheid/transparantie geeft.
- (40) Kortom, niet pagina's Inkoopbeleid met tegenstrijdige tekst, of ZK webpagina's en niet werkende (én niet-beschikbare) rekentools moeten bekijken, alvorens te kunnen begrijpen wat ZK met een tweejarig TROG-contract voor hen in petto had bij de zorginkoop 2022/23. Huisartsen vertrouwden erop dat de NZa hierop toezag en voldoende (afschrikwekkend) zou optreden bij overtreding van de transparantieregels die de zorginkoop door dominante zorgverzekeraars als ZK niet voor niets reguleren. Maar de NZa zag (vrijwel dagelijks in de krant: paginagrote advertenties met een oproep om ZK te bewegen haar onzinnige beleid te staken) hoe ZK de Regeling zorginkoop, de HRMO afspraken en het Bestuurlijk Akkoord aan haar laars lapte en kwam niet in actie.
- (41) In het bestreden besluit aanvaardt de NZa een ontoelaatbare tekst van ZK. ZK zette online in haar Inkoopbeleid:

6. Hoe ziet het contracteringsproces eruit?

Wij publiceren ons inkoopbeleid op 1 april en u kunt daarop reageren. Heeft u een vraag over ons inkoopbeleid, staan er onduidelijkheden in of bent u het oneens met het inkoopbeleid? U kunt tot uiterlijk 1 juni 2021 reageren. Kijk voor alle contactmogelijkheden op zilverenkruis.nl/zorgaanbieders/contact.

- (42) De NZa weet dat een dergelijke geel gearceerde passage, gezien artikel 5 Regeling Zorginkoop, in het geheel niet in het Inkoopbeleid mag staan. De NZa had dat zelf op 1 april 2021 meteen vast kunnen stellen (het Inkoopbeleid is openbaar) en ZK daarop kunnen aanspreken, maar dat liet de NZa na. Dat alles is toegelicht in het bezwaarschrift in de randnummers 8 tot en met 21.
- (43) Het is niet dat de NZa geen reden had ZK aan te spreken. De Regeling zorginkoop schrijft immers al jaren voor dat ZK te allen tijde bereikbaar moet zijn tot het moment dat het contract is gesloten. De NZa weet dat dit voor eerstelijnszorgaanbieders, die geen juridische afdeling in huis hebben, al decennia van groot belang is. Het belang is zelfs zo groot dat het HRMO nog een schepje bovenop artikel 5 Regeling Zorginkoop doet. De zorgverzekeraar moet op grond van het HRMO gewoon gedurende het hele jaar bereikbaar zijn voor vragen of knelpunten over de contractering van de huisarts. Dus ook na het tekenen van het aangeboden contract.
- (44) De NZa kent het HRMO en ook de redenen waarom dat ondanks het bestaan van de Regeling zorginkoop het licht zag. Toch kiest de NZa ook in bezwaar de kant van ZK. De NZa schrijft in het bestreden besluit het volgende:
- "De NZa leest in de in paragraaf 6 van het inkoopbeleid opgenomen passage een mogelijkheid voor zorgaanbieders om specifiek op het op 1 april 2021 gepubliceerde inkoopbeleid te reageren en leest daarin geen algemene contactbeperking voor het gehele zorginkoop- en contracteerproces. Dit blijkt ook uit de tekst van de passage: "Wij publiceren ons inkoopbeleid op 1 april en u kunt daarop reageren. Hebt u een vraag over ons inkoopbeleid, staan er onduidelijkheden in of bent u het oneens met het inkoopbeleid? U kunt tot uiterlijk 1 juni 2021 reageren." Deze uitnodiging laat het stellen van vragen en het maken van opmerkingen voor het overige onverlet, zoals blijkt uit het overige deel van de passage: "Kijk voor alle contactmogelijkheden op zilverenkruis.nl/zorgaanbieders/contract". Ook uit de overige contactinformatie in het inkoopbeleid, de berichtgeving van Zilveren Kruis op haar website, de reguliere contacten met de brancheorganisaties, alsmede de reguliere contactmogelijkheden via de zorginkopers en de website van Zilveren Kruis volgen geen (bewuste of onbewuste) beperkingen van de beschikbaarheid. De NZa acht deze passage en de overige contactinformatie gelet hierop ook niet onderling tegenstrijdig, noch geeft de NZa een bedenkelijke draai aan het standpunt van bezwaarden door ook naar de overige contactinformatie (uit het inkoopbeleid en elders) te kijken."*
- (45) De gezochte uitleg van de NZa is dat huisartsen – ondanks artikel 5 Regeling zorginkoop (en het HRMO) – in het kader van transparantie zelf maar op zoek moesten naar de meest waarschijnlijke uitleg van het Inkoopbeleid 1.0/2.0. Dit doet uiteraard geen recht aan precies hetgeen bereikt zou moeten worden met de Regeling zorginkoop (en het HRMO): transparantie. Dat betekent dat je als huisarts weet en kunt begrijpen wat er op je afkomt zonder allerlei extra inspanningen (die natuurlijk al helemaal niet hadden mogen worden verlangd in een pandemie). Maar volgens de NZa zijn, blijkens het bestreden besluit, de huisartsen lui en hadden zij beter moeten weten. Als de huisartsen, weliswaar tegen beter weten in, flink door de website van ZK waren gaan grasduinen dan hadden zij ergens wel tegen kunnen komen dat ZK ook overigens wel bereikbaar is.
- (46) Het door ZK op een prominente plek in het Inkoopbeleid benadrukken dat huisartsen tot uiterlijk 1 juni 2021 inhoudelijk konden reageren op het Inkoopbeleid is onzorgvuldig en voorzienbaar strijdig met artikel 5 lid 1 Regeling zorginkoop. Dit omdat: 1) ZK gewoon ondubbelzinnig had moeten vermelden dat ZK gedurende het gehele zorginkoopproces beschikbaar zou zijn voor vragen/opmerkingen en 2) ZK de huisarts op zijn minst op het verkeerde been zette met de geel gearceerde tekst. Dat erkent ZK ook in de reactie op het handnavingsverzoek, nu ZK schrijft dat de datum in het Inkoopbeleid 2.0 en 2.1 daar niet had horen te staan (Productie 7). Het standpunt van ZK dat de Huisartsen de norm uit



MAVERICK

Competition | Regulation | Litigation

artikel 5 lid 1 Regeling zorginkoop ruimer dan beoogd uitleggen (Productie 1, pleitnota ZK randnummer 13), klopt dan ook niet.

- (47) ZK wekte bij de NZa de indruk dat de geel gearceerde tekst *de facto* zinledig was, want de huisartsen konden volgens ZK ook gewoon na 1 juni 2021 contact met ZK opnemen. De NZa grijpt dat met beide armen aan. De NZa toetst niet eerst hoe het nu bij huisartsen overkwam dat in het Inkoopbeleid de tekst staat "*U kunt uiterlijk tot 1 juni [2021] reageren*" bij het prominent gepresenteerde kopje 'Hoe ziet het contracteerproces eruit'? *So much for transparantie*.
- (48) Opvallend is dat een dergelijke (geel gearceerde) passage "*U kunt uiterlijk tot 1 juni [2023] reageren*" uit het Inkoopbeleid niet meer voorkomt in het nieuwe inkoopbeleid huisartsenzorg van ZK.⁸⁰ Blijkbaar is ZK zich er wel degelijk bewust van dat een passage zoals die in het alle versies van het Inkoopbeleid stond strijdig is met de Regeling zorginkoop. Het is de Huisartsen een raadsel waarom de NZa niet aan ZK heeft uitgelegd dat ZK in het vervolg gebruikmaakt van een tekst die wel in lijn is met de Regeling zorginkoop, zoals: "*huisartsen kunnen voor vragen altijd contact opnemen met ZK door te bellen naar namen van de zorginkopers op [telefoonnummers] en/of een e-mail te sturen naar [e-mailadres]*". Dat deed de NZa niet, net zo min als zij in actie kwam gedurende de maandenlang durende commotie, net zo min als zij onderzoek deed naar de ernst van de overtreding (geen van de Huisartsen is gecontacteerd, geen van de 700+ bij DBH aangesloten huisartsen is gecontacteerd), terwijl zij wel de vrijheid neemt om een deel van de regels helemaal te negeren (HRMO) en voor het overige een interpretatie van de regels aan te houden die in strijd is met een redelijke uitleg en doel en strekking van de regels. Op deze manier hebben de huisartsen geen rechtsbescherming meer.

V. NZA HAD SCHENDING ARTIKEL 4/7 REGELING ZORGINKOOP MOETEN VASTSTELLEN

- (49) De schending van artikelen 4/7 Regeling zorginkoop zijn uiteengezet in randnummers 27-51 van het bezwaarschrift (Productie 5), randnummers 20-21 van de pleitnota in de bezwaarprocedure (Productie 1) en randnummers 7-25 van de reactie op de tijdlijn van ZK (Productie 6). Daaraan wordt het volgende toegevoegd.
- (50) De NZa hecht naar eigen zeggen veel waarde aan een soepel verloop van het zorginkoopproces: "*Een inzichtelijk proces komt de verstandhouding tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders ten goede en een gezonde relatie is cruciaal voor een goede werking van de zorgmarkt.*"⁸¹ De verstandhouding van ZK met huisartsen is – zo wist de NZa voordat het besteden besluit is genomen – extreem verslechterd, nadat deze eind november 2021 begrepen wat er op hen afkwam. 32 Huisartsenpraktijken besloten binnen enkele dagen om een kort geding te starten tegen ZK (meer dan honderd praktijken meldten zich nadien om zich aan te sluiten). De woede en wanhoop van huisartsen kunnen ZK en de NZa niet zijn ontgaan; huisartsen plegen niet met regelmaat te procederen tegen de hand die hen voedt. Dan moet je het echt te bont hebben gemaakt. Alleen daarom al kan niet worden volgehouden dat aan de Regeling zorginkoop en de HRMO regels is voldaan. Artikelen 4 en 7 Regeling zorginkoop hebben tot doel om de zorginkoop door dominante zorgverzekeraars (ZK) transparanter te maken, om zo de praktijk van de huisarts makkelijker en overzichtelijker te houden.
- (51) Fundamenteel voor een soepel verloop van het zorginkoopproces dat transparant en navolgbaar voor eerstelijnszorgaanbieders moet zijn, is dat zorgverzekeraars *uiterlijk* op 1 april 2021 voorafgaand aan het kalenderjaar waarvoor de zorginkoop ziet een compleet, zorgvuldig en doordacht inkoopbeleid bekend maken.

⁸⁰ Zie www.zilverenkruis.nl/-/media/files/zilveren-kruis/zorgaanbieders/beleid-en-contract/huisartsenzorg/huisartsenzorg/2024-2025/beleid/inkoopbeleid-huisartsenzorg-2024-2025.pdf?rev=a324d5b517d743a8a27ac4f8e370b0cc.

⁸¹ NZa (3 november 2021) 'Waarschuwing voor EUCARE om overtreding regels zorginkoopproces'. Te raadplegen via: www.nza.nl/actueel/nieuws/2021/11/03/waarschuwing-voor-eucare-om-overtreding-regels-zorginkoopproces.



MAVERICK

Competition | Regulation | Litigation

- (52) Dit is door de NZa vervat in artikel 4 Regeling zorginkoop. De eerste zin van dit artikel is: "Zorgverzekeraars maken het zorginkoopbeleid en de procedure van de zorginkoop uiterlijk op 1 april voorafgaand aan het kalenderjaar of de kalenderjaren waarvoor de zorginkoop zal plaatsvinden bekend." Artikel 4 Regeling zorginkoop bevat diverse concrete punten die uiterlijk 1 april 2021 in het Inkoopbeleid dienden te zijn vermeld. Artikel 7 Regeling zorginkoop laat zien dat het niet de bedoeling is om na publicatie van het Inkoopbeleid (uiterlijk 1 april 2021) zaken nog aan te passen, behoudens met inachtneming van hetgeen in artikel 7 Regeling zorginkoop staat.⁸² En het moet bij de toepassing van artikel 7 Regeling zorginkoop volgens de NZa gaan om zaken die door *externe* factoren (niet binnen het ZK domein) zijn ingegeven/gedreven. Anders gezegd nu ZK weet dat na 1 april 2021 het Inkoopbeleid niet zomaar is aan te passen, is het zaak dat het Inkoopbeleid op 1 april 2021 compleet, zorgvuldig en doordacht is.
- (53) Voldoende (voorbereidings)tijd en een transparant en soepel verloop van het zorginkoopproces was in 2021 voor de huisartsen niet aan de orde, zo heeft ZK nadien ook erkend.⁸³
- (54) Op 1 april 2021 publiceerde ZK een inkoopbeleid (bijlage A bij Productie 6, "Inkoopbeleid 1.0"). Met dat Inkoopbeleid 1.0 zou ZK overstappen op een systeem waarbij een POH-S⁸⁴ consulten zou kunnen declareren bij ZK.⁸⁵ ZK maakte met het Inkoopbeleid 1.0 op 1 april 2021 kenbaar dat de rekentool voor de module POH-S niet gebruikt hoefde te worden. Dit omdat er door een keuze van ZK in zijn geheel geen POH-S module meer zou zijn per 2022.⁸⁶ Een vergoeding voor indirecte en niet-patiëntgebonden tijd zou niet aan de orde zijn aldus ZK (Productie 6, p. 7 van het ZK-overzicht). ZK meldt in maart 2021 in een ZK nieuwsbrief dat de gesprekken met brancheorganisaties in januari en februari 2021 hebben geleid tot het Inkoopbeleid 1.0.⁸⁷
- (55) Deze stap van ZK was kennelijk niet of onvoldoende doordacht. In Productie 6 erkent ZK immers dat ZK er na 1 april 2021 toch voor koos om de vergoeding voor de POH-S (deels) terug te laten komen. De overleggen tussen ZK en brancheorganisaties voor 1 april 2021 hebben er dus niet voor gezorgd dat er op 1 april 2021 een volledig en doordacht Inkoopbeleid 1.0 is gepubliceerd. Dat terwijl dat nu juist is wat van de grootste zorgverzekeraar verwacht wordt op grond van de NZa Regeling transparantie zorginkoop. ZK heeft bij herhaling aangegeven dat zij in gesprek was met de LHV / OTH. Hierdoor duurde de onzekerheid voor de huisarts in 2021 lang voort. Door ZK werd tevens vanaf juni 2021 de boodschap gegeven: huisartsen moeten nog geduld hebben en niet zelf gaan reageren. De

⁸² De toelichting bij artikel 7 Regeling zorginkoop is de volgende: "Dit artikel geeft de zorgverzekeraar de ruimte om de informatie, als bedoeld in artikel 4, te wijzigen. De zorgverzekeraar dient de wijziging te motiveren en tijdig bekend te maken. Dit artikel heeft met name betrekking op wijzigingen door externe factoren. Dit gaat met name om nieuwe standpunten van het Zorginstituut Nederland, wijzigingen in de regelgeving van de NZa en wijzigingen in het budgettair kader van het ministerie van VWS."

⁸³ Zie Hoofdstuk VI.

⁸⁴ De functie praktijkondersteuner ("POH") is al sinds 1999 ingebed in het ons zorgstelsel. Vrijwel iedere huisartsenpraktijk heeft een (of meerdere) POH Somatiek ("POH-S") in dienst. Een POH-S ondersteunt de huisarts bij de behandeling van patiënten die een chronische lichamelijke aandoening hebben. Hierbij valt te denken aan diabetes, astma, COPD en hart- en vaatziekten. Van alle huisartsenpraktijken geeft 45% aan de POH-S te willen uitbreiden. Een POH-S heeft een aandeel van ca. 12% in de totale capaciteit in uren in de huisartsenpraktijk. Ter vergelijking: het aandeel van een huisarts is ca 35%. De functie POH-S is voorzienbaar onmisbaar en zeer belangrijk voor een huisartsenpraktijk. Zie o.a. www.nivel.nl/nl/nieuws/functie-praktijkondersteuner-huisartsenzorg-poh-waardevol-huisartsenpraktijken-wensen-behoud.

⁸⁵ Een huisarts kreeg tot en met 2021 een vaste vergoeding (lump sum) voor de daadwerkelijke inzet van een POH-S per uur dat deze POH-S werkzaam was bij de huisarts.

⁸⁶ Zie bijlage A bij Productie 6, p. 2: "De vergoeding 'Praktijkondersteuning Somatiek (POH-S)', bedoeld voor de POH-S uren buiten de ketenzorg, is komen te vervallen. Deze S3 vergoeding komt om die reden niet meer terug in dit inkoopbeleid. U kunt de POH uren buiten de ketenzorg declareren via de 'verlengde arm' van de huisarts. We reduceren hiermee de administratieve lasten van de rekentool en geven uw de vrijheid om de POH in te zetten naar uw behoefte."

⁸⁷ ZK Nieuwsbrief maart 2021 (www.zilverenkruis.nl/zorgaanbieders/zorgsoort/huisartsenzorg/nieuws/nieuwsbrief-maart-2021).

Huisartsen werpen het beeld dat ZK schetste in de pleitnota (Productie 1) – dat huisartsen contact hebben afgewacht alvorens zich te verdiepen in de wijzigingen – dan ook verre van zich.

Ons nieuwe inkoopbeleid heeft vragen opgeroepen

Van InEen en de LHV ontvingen we een brief over ons [inkoopbeleid huisartsenzorg 2022-2023](#). Ook individuele huisartsen reageerden. Veel van de reacties gaan over de nieuwe financiering van de POH-S, gebaseerd op consulten.

We benadrukken graag dat we de meerwaarde inzien van een POH-S in de huisartsenpraktijk. In de nieuwe financiering zijn er dan ook meer mogelijkheden om de POH-S voor patiëntenzorg in te zetten. Tegelijk nemen we de signalen serieus en zijn daarover in gesprek met InEen en de LHV. We houden u op de hoogte.

(56) Uit deze eigen publicatie van maart 2021 van ZK volgt reeds dat het inkoopbeleid op dat moment nog steeds niet duidelijk was – ZK was immers nog in gesprek. ZK heeft daarna tot 23 september 2021 volgehouden een bepaald beleid voor POH-S te voeren dat zich kenmerkte door declareren. Toen dat niet zo bleek te zijn, publiceerde ZK pas op 23 september 2021 een nieuw inkoopbeleid (Bijlage 1 bij Productie 3, “**Inkoopbeleid 2.0**”). ZK stapte met het Inkoopbeleid 2.0 ineens over op een systeem waarbij huisartsen de directe tijd dat een POH-S patiëntgebonden werkt moest gaan declareren. Een beslissing met grote operationele gevolgen voor huisartsen. Ook werd de vergoeding van de module-POH-S door ZK eenzijdig met 85% gekort. De resterende 15% van de uren van de POH-S zouden worden vergoed als bijdrage voor zogenaamde “indirecte tijd”.⁸⁸ Pas toen dit door ZK kenbaar was gemaakt, konden huisartsen gaan uitzoeken wat het Inkoopbeleid 2.0 voor hen de komende twee jaren (2022 en 2023) betekenden. Om dat alles te kunnen begrijpen waren de door ZK opgestelde rekentools – ook volgens ZK – voor de huisarts onontbeerlijk.

(57) Artikel 7 Regeling zorginkoop eist dat wijzigingen na 1 april i) gemotiveerd en ii) tijdig bekend worden gemaakt op iii) dezelfde wijze als waarop het Inkoopbeleid is bekend gemaakt. Bovenal dienen deze wijzigingen iv) ingegeven te zijn door externe factoren. Die waren in 2021 niet aan de orde.

“Dit artikel geeft de zorgverzekeraar de ruimte om de informatie, als bedoeld in artikel 4, te wijzigen. De zorgverzekeraar dient de wijziging te motiveren en tijdig bekend te maken. Dit artikel heeft met name betrekking op wijzigingen door externe factoren. Dit gaat met name om nieuwe standpunten van het Zorginstituut Nederland, wijzigingen in de regelgeving van de NZa en wijzigingen in het budgettair kader van het ministerie van VWS.”⁸⁹

(58) De verplichting voor ZK dat er op 1 april 2021 een volledig (doordacht) Inkoopbeleid lag dat alleen door externe factoren en conform de eisen van artikel 7 Regeling zorginkoop is aangepast, is daarmee ernstig en herhaaldelijk geschonden. Misschien moet ZK in het vervolg haar eigen website eens gaan lezen:⁹⁰

⁸⁸ De gemachtigden hebben bij hun cliënten gevraagd wat dit was; drie van de 32 eisers van het eerste uur wisten waar het over ging. Het gaat bij deze indirecte tijd om de tijd die elke werknemer nu eenmaal per definitie niet productief kan besteden (koffie halen, sanitaire stops, hygiënemaatregelen zoals handen wassen, lunchpauze, een praatje met een patiënt die knel zit, etc.). Alle overige kosten moet de huisarts van ZK gaan ‘terugverdienen’ door de POH-S declaraties te laten opmaken. Een huisarts moest daarvoor bij ZK aangeven hoeveel uren POH-S een huisarts in dienst had.

⁸⁹ Regeling TH/NR-011 Transparantie zorginkoopproces Zvw, toelichting bij artikel 7 (pagina 6).

⁹⁰ Zie www.zilverenkruis.nl/zorgaanbieders/inkoopbeleid/contracteren/good-contracting-practices.



"Ons beleid wordt na 1 april niet meer gewijzigd. Behalve als wijziging onvermijdelijk is, door bijvoorbeeld nieuwe standpunten van het Zorginstituut Nederland of wijzigingen in de regelgeving van de overheid. Dan zullen wij wijzigingen toelichten en bekend maken via onze website."

- (59) Het gepingpong met de rekentool is illustratief voor de chaos die ZK over de Huisartsen storte. ZK maakte met het Inkoopbeleid 1.0 op 1 april 2021 kenbaar dat de rekentool voor de module POH-S niet langer gebruikt hoeft te worden. ZK koos na 1 april 2021 (namelijk op 23 september 2021) toch voor om de vergoeding voor de POH-S (deels) terug te laten komen met een rekentool (die aanvankelijk fouten bevatte die de LHV heeft geïdentificeerd). De NZa schrijft over deze rekentools:

"Met betrekking tot de gewijzigde rekentool merkt de NZa op dat een wijziging in een rekentool geen wijziging van het zorginkoopbeleid en de procedure van de zorginkoop betreft. Immers, de rekentool geeft zorgaanbieders de mogelijkheid om op basis van het (aangepaste) inkoopbeleid een voorbeeldberekening te maken als indicatie van de inkomsten die de huisarts zal ontvangen. Deze rekentool maakt daarmee géén onderdeel uit van (de wijziging van het) beleid, maar is een instrument om de consequenties van het beleid voor de individuele huisarts te berekenen."

- (60) Wat de NZa hier niet noemt – omdat zij geen onderzoek heeft gedaan – is dat de rekentool-saga enorm veel verwarring en onrust heeft veroorzaakt. Dat is iets anders dan transparantie. Ook het feit dat ZK niet eigenhandig meldde dat er fouten in haar rekentool stonden leidde er toe dat huisartsen het spoor bijster raakten.
- (61) De drastische aanpassing van de module POH-S werd de steen des aanstoots. De praktijkondersteuner somatiek wordt daarmee bekostigd. Deze cryptische teksten zette ZK online:

Versie:	Belangrijkste wijzigingen:
1.0	-
2.0	<p>Pagina 6: Toevoeging over de indexatie in het 2e contractjaar 2023. Ook dan indexeren we met als uitgangspunt het NZa indexatiepercentage.</p> <p>Bijlage, pagina 2: Voor de vergoeding van de POH-S is een nieuwe module toegevoegd. Via deze module ontvangt u een aanvulling voor de indirecte en niet-patiëntgebonden tijd. De tekst over de belangrijkste wijzigingen ten opzichte van 2021 is ook aangepast.</p>

- Bijlage: De 'Vergoeding POH-S' – bedoeld voor de POH-S uren buiten de ketenzorg – is gewijzigd. Via het nieuwe beleid ontvangt u een aanvullende vergoeding voor de indirecte en niet-patiëntgebonden tijd. U kunt de directe tijd van uw POH-S (buiten de ketenzorg) declareren via consulten en verrichtingen. We geven u hiermee de vrijheid om de POH-S in te zetten naar uw behoefte. Voor de indirecte en niet-patiëntgebonden tijd is ook aanvullende bekostiging mogelijk via de vernieuwde prestatie 'Samenwerking rondom kwetsbare ouderen' of via de prestatie 'Toekomstbestendige Huisartsenzorg' (doelstelling B).

- (62) Daarbij schreef ZK ook het volgende:

Voor de direct patiëntgebonden tijd kan uw POH-S vanaf 2022 consulten declareren

Onder direct patiëntgebonden tijd verstaan we het contact met de patiënt. De aanvullende vergoeding is bedoeld voor de indirecte en niet-patiëntgebonden tijd. Onder indirecte tijd verstaan we de tijd gerelateerd aan contact met de patiënt, zoals verslaglegging en collegiaal overleg. En bij niet-patiëntgebonden tijd gaat het om tijd die niet gerelateerd is aan een patiënt.

We houden rekening met de groeiruimte 2020 uit het hoofdlijnenakkoord

De extra inzet van 3,25 uur per week / per normpraktijk blijft bekostigd vanuit dit nieuwe POH-S beleid. We stellen namelijk geen limiet aan het aantal uur dat u bekostigd krijgt via de nieuwe systematiek.

- (63) De "geen limiet aan het aantal uur dat u bekostigd krijgt" bleek de facto een enorme fopspeen. De doorgevoerde bezuiniging op de POH-S kon onmogelijk, niet eens bij benadering, gecompenseerd



MAVERICK

Competition | Regulation | Litigation

worden met declareren volgens de NZa regels (het bleek uiteindelijk tot een verlies van circa €20.000 of meer per jaar per normpraktijk te leiden). Dit is, ongeacht de hier in het geding zijnde publiekrechtelijke regels, schaamteloos de Huisartsen op het verkeerde been zetten.

- (64) Duidelijkheid over de "3,25 uur per week" en andere gevolgen van het inkoopbeleid kwam pas in het najaar van 2021 met publicatie van het Inkoopbeleid 2.0 en bijbehorende rekentools. Die rekentools (die zo ingewikkeld waren dat er speciale handleidingen moesten worden geschreven) waren cruciaal voor huisartsen om de impact van het Inkoopbeleid 2.0 en de tarieven helder te krijgen. Dat is door ZK ook erkend (**Productie 10**). ZK schrijft namelijk: "*In de rekentool POH-S 2022 kan het tarief berekent (sic) worden*". Tegelijkertijd was het bericht van ZK: "*We kunnen u niet helpen bij het invullen van de rekentool*" (Productie 10). De NZa is het daarmee niet eens, die vindt immers blijkens het bestreden besluit dat de rekentool geen onderdeel is van het Inkoopbeleid; dat het Inkoopbeleid onbegrijpelijk is zonder rekentool laat de NZa gemakshalve even in het midden.
- (65) Uit een nieuwsbericht van LHV van 14 oktober 2021 (Bijlage 10 bij Productie 5, p. 1) blijkt dat huisartsen (waaronder de Huisartsen) veel problemen ervoeren bij het invullen van de ZK rekentools.

Zoals aangekondigd in ons [nieuwsbericht van 22 september](#) zijn we nog ver verwijderd van een visie-gedreven contract met Zilveren Kruis (ZK) waarbij investering in de eerste lijn het uitgangspunt zou moeten zijn. Het overlegteam huisartsen (OTH) heeft ernstige twijfels of de door ZK beoogde budgetneutraliteit voor praktijken als gevolg van de gewijzigde POH-S financiering vanaf 2022 voldoende is gewaarborgd.

Tevens ontvangen we op dit moment veel verontruste signalen van huisartsen die problemen ervaren bij het invullen van de [POH-S rekentool 2022 van ZK](#). Ook het vergelijken van de inkomsten voor 2022 met 2021 via deze [POH-S rekentools](#) levert vragen en onrust op. Hiemee is het voor praktijken niet goed mogelijk om vooraf in te schatten of declareren van niet-ketenzorg verrichtingen door de POH-S het verschil kan opheffen.

- (66) Toelichting op de toepasselijke tarieven volgde van de zijde van ZK pas op 27 oktober 2021.⁹¹

^ Hoe berekent Zilveren Kruis mijn aanvullende vergoeding?

De nieuwe rekentool houdt rekening met de totale inzet en de totale bekostiging van uw POH-s. Eerst kijken we naar de vergoeding die u mogelijk al ontvangt voor uw POH-s. Daarbij gaat het om de module 'Samenwerking rondom kwetsbare ouderen', de module 'Toekomstbestendige huisartsenzorg' en eventuele andere afspraken.

Daarna corrigeren we voor de vergoeding die u ontvangt vanuit de ketenzorg. We gaan hierbij uit van de chronische patiënten die zijn geïncludeerd in het ketenzorgprogramma, volgens de inclusiecriteria van InEen. U ontvangt voor deze zorg al een ketentarieff via de regio-organisatie.

Vervolgens blijft de overige tijd van de totale POH-s formatie over, die nog niet wordt bekostigd. Voor deze overige tijd vergoeden we 15% van de POH-s kosten. De POH-s kosten zijn gebaseerd op de jaarkosten van 1 fte POH-s. We houden daarbij rekening met de loonkosten, vakantiegeld, eindejaarsuitkering, managementtijd van de huisarts, ICT en infrastructurele kosten.

U vindt de rekentool en rekenvoorbeelden bij [rekentools](#).

⁹¹ Zie zilverenkruis.nl/zorgaanbieders/zorgsoort/huisartsenzorg/nieuws/vragen-poh-s-beleidswijziging-per-2022.



MAVERICK

Competition | Regulation | Litigation

- (67) Wat dit nu echt in Euro's betekende was nog steeds niet duidelijk voor huisartsen. Dit terwijl ZK op dat moment (14 oktober 2021) ook al wist dat haar tarievenlijst en rekentool voor veel onrust en onduidelijkheid bij huisartsen zorgden (Bijlage 10 bij Productie 5, p. 1). Het Inkoopbeleid 2.0 was zelfs zo onduidelijk, dat de LHV online bijeenkomsten moest gaan organiseren.

Dit heeft ons doen besluiten om een LHV handleiding op te stellen voor het [invullen van deze POH-S rekentool](#) en voor het [vergelijken van inkomsten in 2022 t.o.v. 2021](#). Deze documenten zijn tekstueel afgestemd met ZK om ervoor te zorgen dat wat wij schrijven overeenkomt met hoe ZK rekent. Het OTH organiseert daarnaast vier online bijeenkomsten om te laten zien waar je aan moet denken bij het invullen van de rekentools POH-S aan de hand van voorbeelden. Deze online bijeenkomsten zijn gepland op:

- (68) LHV heeft:
- i. in afstemming met ZK een zeven pagina lange handleiding en toelichting op de tarievenlijst en rekentool van ZK geschreven (Bijlage 11 bij Productie 5).
 - ii. LHV heeft daarnaast vier online bijeenkomsten georganiseerd om de toelichting op de tarievenlijst en rekentool van ZK toe te lichten aan huisartsen. Deze bijeenkomsten waren gepland op 19, 21, 25 en 27 oktober 2021 in de avonden (Bijlage 10 bij Productie 5). Deze bijeenkomsten duurden meer dan een uur. Eén van deze bijeenkomsten is online geplaatst op YouTube.⁹² Deze online bijeenkomst die op 9 november 2021 op YouTube is geplaatst, is bijna 600 keer bekeken.
- (69) De stelling van ZK dat de rekentool "goed werkte" op 31 augustus 2021 (Productie 1, pleitnota ZK randnummer 21) is platte bluf. De NZa schrijft in de beslissing op bezwaar (randnummer 51) dat huisartsen tijdig op de hoogte gesteld zijn van de wijziging. Deze overweging staat compleet los van de realiteit. En de ernst van de situatie: de Huisartsen wisten pas in het najaar van 2021 dat zij per 2022 werknemers (de POH-S) moesten gaan ontslaan (**Productie 11**). Het bleek namelijk ineens dat een POH-S niet meer rendabel in te zetten was. Ook kwamen huisartsen (waaronder de Huisartsen) er pas in oktober 2021 achter dat hun hele bedrijfsvoering in zeer korte tijd drastisch aangepast diende te worden.
- (70) Wat was nu eigenlijk het effect van de publicatie van het Inkoopbeleid en alle rekentools van ZK? In de voorbereiding van het kort geding in januari 2022 bleek de gemachtigden van de Huisartsen dat van alle eisers nog niet 25% zonder hulp begreep wat de impact was van het Inkoopbeleid 2.0. De NZa had in moeten grijpen, maar liet dat na. De bezwaarprocedure met betrekking tot het handhavingsverzoek was de tweede kans van de NZa, maar de NZa besloot weer niks te doen.

VI. NZA GEEFT VERKEERD SIGNAAL AF MET ENKEL EEN WAARSCHUWING

- (71) De NZa heeft dan weliswaar terecht een schending van artikel 5 lid 3 Regeling transparantie door ZK vastgesteld, maar (mede gezien het feit dat ZK meer schendingen beging), is een waarschuwing daarvoor een te lichte maatregel. Waarom een te lichte maatregel is gekozen, is uiteengezet in randnummers 52-84 van het bezwaarschrift (Productie 5) en in de zienswijze met betrekking tot de publicatie van het handhavingsverzoek (Productie 8). Daar wordt hierbij het volgende aan toegevoegd.
- (72) ZK heeft zelf aan de Huisartsen heeft toegegeven dat het inkoopbeleid onzorgvuldig was. Op 2 februari 2022 stuurde ZK het volgende bericht aan huisartsen.

"Beste huisarts,

⁹² Zie www.youtube.com/watch?v=WGcivr58sq0.



MAVERICK

Competition | Regulation | Litigation

Afgelopen weken ontvingen we verschillende klachten en vragen over de wijziging van de vergoeding praktijkondersteuners somatiek (POH-s). Er is bij een groep huisartsen onrust ontstaan over eventuele gevolgen van de verandering. Dat betreuren we.

De wijziging in het beleid voor praktijkondersteuners is er op gericht huisartsen en praktijkondersteuners te ondersteunen bij de toenemende zorgvraag.

Alle huisartsen én praktijkondersteuners zijn juist nu extra hard nodig. Daarom investeren we dit jaar ook miljoenen euro's extra in de huisartsenzorg.

De overgangstermijn naar het nieuwe beleid was voor een aantal huisartsen te krap.

Dat hadden we zorgvuldiger moeten doen. We hebben daarom besloten u een keuze aan te bieden.

U kunt vanaf 1 april 2022 kiezen voor het huidige of voor het vorige POH-s beleid."

- (73) Ook als alleen een schending van artikel 5 lid 3 Regeling Zorginkoop vastgesteld kan worden vastgesteld zou een zwaardere maatregel aan ZK opgelegd moeten worden. Hiervoor wordt verwezen naar randnummers 52 tot en met 84 van het bezwaarschrift (Productie 5).
- (74) Daarbij moet ook acht worden geslagen op: i) dat ZK maandenlang tegen veel protest in halsstarrig haar zin door wilde zetten en daarbij herhaaldelijk de (HRMO) regels heeft geschonden ii) het feit dat de NZa ten onrechte doet voorkomen alsof sprake was van een eenmalige misser van ZK en dit gedrag niet meer zal (kunnen) worden herhaald. Het effect van de keuze van de NZa om een lauwe loene besluit te nemen kregen huisartsen gepresenteerd tijdens de hoorzitting van een aan dit beroep gerelateerd dossier (Trynwalden); bovengenoemde excuses door ZK waren enkel gestuurd omdat de FHV (de pendant van de LHV in Friesland) te weinig zou hebben gecommuniceerd met haar achterban. ZK had helemaal niets verkeerd gedaan. In het bestreden besluit overweegt de NZa dat er geen risico op recidive is; die conclusie is voor haar ogen gelogenstraft toen ZK aanvoerde dat anderen fouten hadden gemaakt. En toch volgde het bestreden besluit dat niet anders dan juridisch en overigens een klap in het gezicht van de Huisartsen is.⁹³

VII. CONCLUSIE

- (75) Gezien de permanente inkoopmacht van de zorgverzekeraars bij de zorgcontractering hebben alle huisartsen indringend behoefte aan effectieve rechtsbescherming door de NZa. De NZa Regeling Zorginkoop dient een helder doel: zorg dat eerstelijnszorgaanbieders te maken hebben met transparante zorginkoop, dat huisartsen tijdig weten waar zij aan toe zijn. En daaraan was gezien de omstandigheden juist in 2021 bij de Huisartsen en hun collega's meer dan anders behoefte. Deze regels zijn mede ingegeven om huisartsen te beschermen tegen uitwassen van de inkoopmacht van de zorgverzekeraars. Want, zo meent de NZa, dat is funest en contraproductief voor de zorginkoop en de relatie tussen huisarts en zorgverzekeraar.⁹⁴
- (76) In 2021 heeft de NZa zich oorverdovend stil gehouden terwijl de melk in huisartsenland aan het overkoken was. Vervolgens ging het in 2022 in bezwaar van kwaad naar erger: de NZa weigerde het gevraagde zorgvuldig onderzoek te verrichten. Correctie: de NZa heeft gebeld met ZK. Daar bovenop besloot de NZa zelf argumenten te bedenken waarom ZK de artikelen 4/7 en 5 Regeling Zorginkoop toch niet zou hebben geschonden. Daarbij zijn doel en strekking van de Regeling Zorginkoop botweg

⁹³ Want wat ZK er niet bij vertelde (en waarmee de NZa ZK niet confronteerde) is dat dat contact tussen LHV/FHV en hun leden altijd door ACM aan de banden van het kartelverbod worden gelegd. De NZa werkt nauw samen met de ACM en wist ten tijde van het nemen van het besluit op bezwaar dat ACM na signalen (van zorgverzekeraars) in het kader van het kartelverbod onderzoek doet naar vermeende beïnvloeding van de zorgcontractering door brancheverenigingen (als LHV/FHV) van het contracteerproces. ACM (20 december 2022), 'ACM start onderzoeken naar beïnvloeding door brancheorganisaties van individuele zorgcontracten'. Te raadplegen via: www.acm.nl/nl/publicaties/acm-start-onderzoeken-naar-beïnvloeding-door-brancheorganisaties-van-individuele-zorgcontracten.

⁹⁴ Vergelijk NZa (19 september 2020) 'Boete voor zorgverzekeraars IZA, UMC, Univé Zorg en VGZ vanwege onvoldoende transparantie in zorginkoopproces'. Te raadplegen via: www.nza.nl/actueel/nieuws/2020/09/15/boete-voor-zorgverzekeraars-iza-umc-unive-zorg-en-vgz-vanwege-onvoldoende-transparantie-in-zorginkoopproces.



genegeerd. Maar veel belangrijker is dat de NZa negeert wat het *effect* op huisartsen is van haar werkwijze. Huisartsen zien dat handhaving van de zeer beperkte publiekrechtelijke rechtsbescherming bij het zorginkoopproces ondergeschikt wordt gemaakt aan de arrogantie en onverschilligheid van ZK: uitwassen van inkoopmacht. Juist die uitwassen mochten zich van de NZa zich niet meer voordoen. Daarvoor riep de NZa in 2016 de Regeling zorginkoop in het leven. En nu ervaren de huisartsen dat ze weer terug bij af zijn: de 10 jaar oude Good Contracting Practices, vrijblijvende zorginkoopregels die niet worden gesanctioneerd.

- (77) Terwijl zorgverzekeraars de Regeling zorginkoop blijven schenden⁹⁵, kiest de NZa er nooit voor *ex officio* op te treden in het kader van de Regeling zorginkoop. Bij handhavingverzoeken probeert zij haar rol en verantwoordelijkheid zo klein mogelijk te maken. Het recente RVS-rapport (Productie 12) beschrijft nuchter wat er in de loop der jaren aan ondoordacht en kortzichtig beleid over de eerstelijns is gestort. Het is schokkend om te moeten constateren dat de NZa met de in dat rapport beschreven negatieve ontwikkelingen de NZa stelselmatig niks heeft gedaan. En als de NZa al naar buiten treedt, dan is dat om te zeggen wat zij niet gaat doen. De NZa zal bij schending van de zorgplicht geen boetes opleggen want "*bij wachtlijsten spelen zoveel partijen een rol dat je het niet met een boete kunt oplossen*".⁹⁶ De normadressant van de zorgplicht is niet "zoveel partijen", maar de zorgverzekeraar. Het is niet zo ingewikkeld, maar de manifeste onwil van de NZa maakt het voor huisartsen wel ingewikkeld tot onmogelijk.
- (78) Eerder betoogden de Huisartsen in randnummer 30 dat uw college de oplossing in handen heeft. Omdat de NZa overtuigend heeft getoond haar toezichthoudende taak al jarenlang niet, echt niet, op te willen pakken en ziende blind en horende doof is voor alle desastreuze en demotiverende gevolgen voor huisartsen van dien, is het van groot belang dat uw college besluit dat het bestreden besluit wordt vernietigd. Waarom kwalificeert een juridisch besluit als een oplossing? Omdat de Huisartsen dan kunnen zien dat zij niet dom of lui zijn als zij zorginkoopbeleid niet begrijpen, dat niet alleen zij maar ook zorgverzekeraars en de NZa zich hebben te houden aan de regels en dat de dubbele moraal van de NZa geen pas geeft. Dat geeft de huisarts, die tenslotte ook een burger is, weer moed, een beetje vertrouwen en bovenal weet deze zich gesteund als hij respectloos is bejegend. Het RVS-rapport (Productie 12) beschrijft met fijne pen en goed onderbouwd welke ingrijpende dilemma's dagelijks door falende derden op het bordje van de huisarts geschoven worden. Onder die omstandigheden is die steun zeer welkom en, met alle respect, niet te veel gevraagd.
- (79) De Huisartsen concluderen tot gegrondverklaring van het beroep en vernietiging van het bestreden besluit.

Amsterdam, 28 april 2023

Gemachtigden,
D.W.L.A. Schrijvershof
P. Sippens Groenewegen
A.J.H. Kingma

⁹⁵ NZa (12 april 2022), 'Waarschuwing transparantieregeling zorginkoopproces zvw VGZ'. Te raadplegen via: puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_714198_22/1/. Zie ook NZa (27 september 2021), 'Waarschuwing Zilveren Kruis zorginkoop 2021 extramurale farmacie'. Te raadplegen via: puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_739320_22/1/.

⁹⁶ Volkskrant (21 maart 2023), 'De zorg staat voor een grotere verandering dan ooit tevoren: 'Alles blijven doen wat we doen, dat kan niet meer''. Te raadplegen via: www.volkskrant.nl/nieuws-achtergrond/de-zorg-staat-voor-een-grotere-verandering-dan-ooit-tevoren-alles-blijven-doen-wat-we-doen-dat-kan-niet-meer~b230fa77/.

**MAVERICK**

Competition | Regulation | Litigation

Producties bij aanvullende gronden van beroep	
1	Beslissing op bezwaar NZa d.d. 22 december 2022
2	Beslissing op bezwaar NZa d.d. 24 februari 2023
3	Handhavingsverzoek van de Huisartsen en aanvulling op handhavingsverzoek inclusief bijlagen
4	Besluit op Handhavingsverzoek d.d. 1 juni 2022
5	Bezwaarschrift inclusief bijlagen
6	Reactie op chronologisch overzicht ZK zorginkoop chronologisch overzicht
7	Reacties ZK op handhavingsverzoek van de Huisartsen
8	Zienswijze publicatie handhavingsverzoek van de Huisartsen
9	Nadere feiten en achtergronden
10	Voorbeelden ZK e-mails tariefberekening dmv rekentool
11	Voorbeeld ZK e-mail POH-S ontslagen
12	RVS-rapport 'De basis op orde'